Stord kommune

Stord kommune, Kontrollutvalet

Møteinnkalling

Utval:	Stord kommune, Kontrollutvalet
Møtestad:	Stord rådhus, Publikumssalen
Dato:	10.09.2026
Tid:	14:00

OBS: Merk at møtelokale er sett til publikumssalen.

Til varamedlemar er denne innkallinga å sjå på som ei orientering.
Dersom det vert aktuelt at varamedlemar må møta, vil det bli gjeve nærmare beskjed.

Tarjei Aamot Haga
kontrollutvalsleiar

Malene Hopsdal Grønningen
rådgjevar

Dokumentet er godkjent elektronisk og har difor ingen handskriven underskrift

Kopi: Vararepresentantar til kontrollutvalet
Ordførar
Revisor
Kommunedirektør/Rådmann

Sakliste

Utvals-saknr	Innhald	Arkiv-saknr	U.Off
	Godkjenningssaker		
GK 6/26	Godkjenning av innkalling og sakliste		
GK 7/26	Godkjenning av protokoll etter møte i kontrollutvalet 13.05.2026 i Stord kommune	2023/470	
	Politiske saker		
PS 20/26	Oppfølging av forvaltningsrevisjonsrapporten - Forvaltningsrevisjon av psykisk helse- og rustjenester	2024/98	
PS 21/26	Orientering frå kommunedirektør, svar på oppsummering i samband med revisjon og årsrekneskap	2023/476	
PS 22/26	Orientering om Sak PS 09/2025 - utval for oppvekst og kultur	2023/472	
PS 23/26	Budsjett for kontrollarbeidet i Stord kommune 2027	2023/486	
PS 24/26	Revisjon og risikovurdering i høve etterlevingskontroll 2026 for Stord kommune	2023/476	
PS 25/26	Vurdering av om BDO er uavhengig i høve Stord kommune	2024/52	
PS 26/26	Forvaltningsrevisjon av heimebaserte tenester - revisjonsrapport	2025/15	
PS 27/26	Gjennomgang av møteprotokollar i Stord kommune	2023/472	
PS 28/26	Eventuelt	2023/468	

GK 6/26 Godkjenning av innkalling og sakliste

Saksframlegg

Saksnr:	2023/470-47
Saksbehandlar:	Malene Hopsdal Grønningen

Saksgang

Utval	Utv.saksnr.	Møtedato
Stord kommune, Kontrollutvalet	7/26	10.09.2026

Godkjenning av protokoll etter møte i kontrollutvalet 13.05.2026 i Stord kommune

Forslag til vedtak

1. Møteprotokoll frå møte i kontrollutvalet 13.05.2026 vert godkjent.

Anne Kristin Meyer
kontrollsjef

Malene Hopsdal Grønningen
rådgjevar

Saksframlegget er godkjent elektronisk og har difor inga handskriven underskrift

Vedlegg
1 Protokoll etter møte i kontrollutvalet Stord 13.05.2026.pdf

Møteprotokoll

Utval:	Stord kommune, Kontrollutvalet
Møtestad:	Stord rådhus, Kommunestyresalen
Dato:	13.05.2026
Tid:	14:00 - 16:00

Følgjande faste medlemer møtte:

Namn	Funksjon	Representerer
Tarjei Aamot Haga	Leiar	AP
Nils Magne Blålid	Nestleiar	SV
Jim Ryen	Medlem	AP
Fredrik Litleskare	Medlem	H
Randi Høgås Nesse	Medlem	UAVH

Følgjande medlemer hadde meldt forfall:

Namn	Funksjon	Representerer

Følgjande varamedlemer møtte:

Namn	Møtte for	Representerer

Andre som møtte:
Marianne Heggholmen Aarbø, økonomisjef i Stord kommune
Kristin Steinsland, einingsleiar for tenester til heimebuande i Stord kommune
Jon Eirik Kvalnes, personal- og organisasjonssjef i Stord kommune
Solveig Bø Daltsø, partner i BDO
Ørjan Johannessen, senior manager i BDO
Malene Hopsdal Grønningen, rådgjevar i Vestland fylkeskommune

Tarjei Aamot Haga
utvalsleiar

Malene Hopsdal Grønningen
utvalssekretær

Dokumentet er godkjent elektronisk og har difor inga handskriven underskrift

Sakliste

Utvals-saknr	Innhald	Arkiv-saknr	U.Off
	Godkjenningssaker		
GK 4/26	Godkjenning av innkalling og sakliste		
GK 5/26	Godkjenning av protokoll frå møte 09.03.2026	2023/470	
	Politiske saker		
12/26	Orientering om Sak PS 09/2025 - utval for oppvekst og kultur	2023/472	
13/26	Kommunedirektøren orienterer om postlistene i Stord kommune	2023/469	
14/26	Årsrekneskap og årsberetning 2025 for Stord hamn - Uttale frå kontrollutvalet	2023/476	
15/26	Årsrekneskap og årsberetning Stord kommune for 2025 - Uttale frå kontrollutvalet	2024/476	
16/26	Eigarskapskontroll av Stord kommunale utviklingsselskap AS - rapport	2025/27	
17/26	Forvaltningsrevisjon av heimebaserte tenester - oppdatert framdriftsplan	2025/13	
18/26	Gjennomgang av møteprotokollar i Stord kommune	2023/468	
19/26	Eventuelt		

GK 4/26 Godkjenning av innkalling og sakliste

Saksprotokoll 13.05.2026 - Stord kommune, Kontrollutvalet

Behandling i møte

Representant Litleskare ønskjer at det vert undersøkt om kontrollutvalet si møteoversikt kan inkluderast i den ordinære møtekalenderen til kommunen.

Sekretariatet følgjer opp saka overfor administrasjonen.

Vedtak

Innkalling og saksliste vart samrøystes vedteke.

GK 5/26 Godkjenning av protokoll frå møte 09.03.2026

Forslag til vedtak

1. Møteprotokoll frå møte i kontrollutvalet 09.03.2026 vert godkjent.

Saksprotokoll 13.05.2026 - Stord kommune, Kontrollutvalet

Behandling i møte

Det framkom ikkje merknad til protokoll frå møte 09.03.2026

Vedtak

1. Møteprotokoll frå møte i kontrollutvalet 09.03.2026 vert godkjent.

PS 12/26 Orientering om Sak PS 09/2025 - utval for oppvekst og kultur

Forslag til vedtak

1. Utvalet tek informasjonen til orientering.

Saksprotokoll 13.05.2026 - Stord kommune, Kontrollutvalet

Behandling i møte

Det møtte ingen frå administrasjonen for å orientere om saka. Saka vert difor utsett til neste møte.

Sekretariatet vil ta kontakt med kommunedirektøren for å avklare vidare kommunikasjon og understreke behovet for å sikre nødvendig administrativ oppfølging av saker til kontrollutvalet.

Saka utsettes til neste møte.

PS 13/26 Kommunedirektøren orienterer om postlistene i Stord kommune

Forslag til vedtak

1. Kontrollutvalet tek informasjonen til orientering.
2. Kontrollutvalet ber om ei ny orientering i første kontrollutvalsmøte i 2027, om ikkje anna er avtalt.
3. Utvalet vil elles be særskilt om informasjon når utvalet finn behov for det gjennom året.

Saksprotokoll 13.05.2026 - Stord kommune, Kontrollutvalet

Behandling i møte

Personal- og organisasjonssjef Jon Eirik Kvalnes orienterte i møtet og svara på spørsmål frå kontrollutvalet.

Det vart gjort greie for ei mogleg hending i 2026.

Kontrollutvalet tok orienteringa til vitande, og merka seg at det kan vere aktuelt med nærare orientering dersom det oppstår behov eller kjem nye opplysningar i saka.

Det vart vidare gitt ei overordna orientering om det løpande arbeidet med informasjonssikkerheit i kommunen.

Vedtak

1. Kontrollutvalet tek informasjonen til orientering.
2. Kontrollutvalet ber om ei ny orientering i første kontrollutvalsmøte i 2027, om ikkje anna er avtalt.
3. Utvalet vil elles be særskilt om informasjon når utvalet finn behov for det gjennom året.

PS 14/26 Årsrekneskap og årsberetning 2025 for Stord hamn - Uttale frå kontrollutvalet

Forslag til vedtak

1. Kontrollutvalet vedtek utkast til uttale om Stord Hamn sin årsrekneskap og årsmelding for 2025.

Saksprotokoll 13.05.2026 - Stord kommune, Kontrollutvalet

Behandling i møte

Økonomisjef Mariann Heggholmen Aarbø svarte på spørsmål frå utvalet.

Kontrollutvalet drøfta innhaldet i årsrekneskapet. Utvalsleiar la fram eit alternativt forslag til uttale.

Det alternative forslaget vart samrøystes vedteke.

Uttale

1. Kontrollutvalet registrerer at Stord hamn i 2025 har driftsinntekter på kr. 22.376.000 og eit netto driftsresultat er på kr 4.813.000. Det gjev eit driftsresultat på 21,5 % (sett opp mot sum driftsinntekter), dvs. godt over tilrådinga til TBU.

2. Kontrollutvalet støttar seg til BDO sin uttale om den økonomiske situasjonen for Stord hamn for året 2025, og har ikkje øvrige merknader til denne enn dei som er omtalt i saksframlegget.

3. Uttalen vert send kommunestyret via utval for byutvikling og/eller via formannskapet.

PS 15/26 Årsrekneskap og årsberetning Stord kommune for 2025 - Uttale frå kontrollutvalet

Forslag til vedtak

1. Kontrollutvalet vedtek utkast til uttale om Stord kommune sin årsrekneskap og årsmelding for 2025.
2. Med bakgrunn i det som kjem fram i revisjonsberetninga frå BDO, ber kontrollutvalet kommunedirektøren møte i kontrollutvalet 09.09.2026 for å gjere greie for korleis tilrådingane i rapporten vil bli følgde opp. Skriftleg informasjon skal sendast sekretariatet innan 26.08.2026.

Saksprotokoll 13.05.2026 - Stord kommune, Kontrollutvalet

Behandling i møte

Kontrollutvalet drøfta innhaldet i årsrekneskapet og delte sine vurderingar og refleksjonar.

Økonomisjef Marianne Heggholm svarte på spørsmål frå utvalet.

Vedtaket vart samrøystes.

Vedtak

1. Kontrollutvalet vedtek utkast til uttale om Stord kommune sin årsrekneskap og årsmelding for 2025.
2. Med bakgrunn i det som kjem fram i revisjonsberetninga frå BDO, ber kontrollutvalet kommunedirektøren møte i kontrollutvalet 09.09.2026 for å gjere greie for korleis tilrådingane i rapporten vil bli følgde opp. Skriftleg informasjon skal sendast sekretariatet innan 26.08.2026.

PS 16/26 Eigarskapskontroll av Stord kommunale utviklingsselskap AS - rapport

Forslag til innstilling

1. Kommunestyret tek rapport etter gjennomført eigarskapskontroll av Stord kommunale utviklingsselskap AS (SKU AS) til etterretning.
2. Kommunestyret ber kommunedirektør gjennomføre følgjande tiltak:

Basert på funn og vurderingar tilrår Deloitte at Stord kommune som eigar set i verk følgjande tiltak:

1.Oppdatere vedtektene til SKU AS, mellom anna slik at føremålet gir ei korrekt skildring av forholdet mellom mor- og dotterselskap, og at generalforsamlinga i morselskapet vert halden før generalforsamlingane i dotterselskapa.
2.Evaluere og forbetre eigarstrategien til SKU AS, og inkludere eventuelle krav, forventningar eller føringar overfor SKE AS i eigarstrategien til morselskapet.
3.Sikre at deltaking i generalforsamling i selskapa skjer i tråd med vedtektene (eventuelt med justerte vedtekter).
4.Sikre at administrasjonen har tilstrekkeleg kapasitet til å støtte eigarskapsforvaltninga i tråd med dei behova kommunen har.
5.Utarbeide rutinar for gjennomføring av uformelle eigarmøte, under dette krav til dokumentasjon av møta.
6.Sørge for at valkomiteen etterspør og nyttar styreevalueringar i arbeidet med å setje saman og føreslå styremedlemmer.

Basert på funn og vurderingar tilrår Deloitte at Stord kommunale utviklingsselskap AS set i verk følgjande tiltak:

7.Sikre etterleving av vedtektene til SKU AS ved gjennomføringa av styreval.
8.Vurdere tiltak for å redusere risikoen for habilitetskonfliktar og rolleblanding når generalforsamling og styre i SKE AS er sett saman av dei same personane.
9.Vurdere oppdatering av vedtektene til SKE AS, mellom anna for å formalisere ordninga med felles styre.
10.Etablere rutinar for opplæring av styremedlemmar i tråd med eigarskapsmeldinga prinsipp 12 om at nye styremedlemmar skal gjevast opplæring om ansvar, oppgåver og rollefordeling.
11.Vedta etiske retningsliner for selskapet.

3. Kommunestyret ber kommunedirektør om å rapportere til kontrollutvalet om status på oppfølginga og eventuell plan for vidare oppfølging av tilrådingane innan 26.08.2026. Planen må innehalde kva tiltak som skal setjast i verk for å følgje opp tilrådingane i rapporten, når tiltaka skal setjast i verk, og kven som skal ha ansvaret for iverksettinga.

Saksprotokoll 13.05.2026 - Stord kommune, Kontrollutvalet

Behandling i møte

Erlend Risvand Mo frå Deloitte AS orienterte om funna frå eigarskapskontrollen av Stord kommunale utviklingsselskap AS.

Orienteringa omfatta føremål og problemstillingar, metodegrunnlaget for undersøkinga, sentrale funn, samt tilrådingar retta mot både Stord kommune og Stord kommunale utviklingsselskap AS.

Det vart vidare svart på spørsmål frå utvalet.

Kontrollutvalet gav uttrykk for eit ønskje om at Deloitte presenterer rapporten for kommunestyret. Sekretariatet vil sende ei førespurnad til ordføraren om dette.

Innstilling

1. Kommunestyret tek rapport etter gjennomført eigarskapskontroll av Stord kommunale utviklingsselskap AS (SKU AS) til etterretning.
2. Kommunestyret ber kommunedirektør gjennomføre følgjande tiltak:

    1.Oppdatere vedtektene til SKU AS, mellom anna slik at føremålet gir ei korrekt skildring av forholdet mellom mor- og dotterselskap, og at generalforsamlinga i morselskapet vert halden før generalforsamlingane i dotterselskapa.
    2.Evaluere og forbetre eigarstrategien til SKU AS, og inkludere eventuelle krav, forventningar eller føringar overfor SKE AS i eigarstrategien til morselskapet.
    3.Sikre at deltaking i generalforsamling i selskapa skjer i tråd med vedtektene (eventuelt med justerte vedtekter).
    4.Sikre at administrasjonen har tilstrekkeleg kapasitet til å støtte eigarskapsforvaltninga i tråd med dei behova kommunen har.
    5.Utarbeide rutinar for gjennomføring av uformelle eigarmøte, under dette krav til dokumentasjon av møta.
    6.Sørge for at valkomiteen etterspør og nyttar styreevalueringar i arbeidet med å setje saman og føreslå styremedlemmer.

    7.Sikre etterleving av vedtektene til SKU AS ved gjennomføringa av styreval.
    8.Vurdere tiltak for å redusere risikoen for habilitetskonfliktar og rolleblanding når generalforsamling og styre i SKE AS er sett saman av dei same personane.
    9.Vurdere oppdatering av vedtektene til SKE AS, mellom anna for å formalisere ordninga med felles styre.
    10.Etablere rutinar for opplæring av styremedlemmar i tråd med eigarskapsmeldinga prinsipp 12 om at nye styremedlemmar skal gjevast opplæring om ansvar, oppgåver og rollefordeling.
    11.Vedta etiske retningsliner for selskapet.

3. Kommunestyret ber kommunedirektør om å rapportere til kontrollutvalet om status på oppfølginga og eventuell plan for vidare oppfølging av tilrådingane innan 26.08.2026. Planen må innehalde kva tiltak som skal setjast i verk for å følgje opp tilrådingane i rapporten, når tiltaka skal setjast i verk, og kven som skal ha ansvaret for iverksettinga.

PS 17/26 Forvaltningsrevisjon av heimebaserte tenester - oppdatert framdriftsplan

Forslag til vedtak

1. Kontrollutvalet tek informasjonen til orientering.

Saksprotokoll 13.05.2026 - Stord kommune, Kontrollutvalet

Behandling i møte

Kristin Steinsland, einingsleiar for tenester til heimebuande, ga ei kort orientering. Ho informerte om følgjande:

- Tema revisjonen skal sjå på
- Status for forvaltningsrevisjon (det er oversendt omfattande dokumentasjon til revisjonen)
- Datainnsamling (dokumentasjon og intervju) er gjennomført

Vedtak

1. Kontrollutvalet tek informasjonen til orientering.

PS 18/26 Gjennomgang av møteprotokollar i Stord kommune

Forslag til vedtak

1. Kontrollutvalet tek møteprotokollane til orientering

Saksprotokoll 13.05.2026 - Stord kommune, Kontrollutvalet

Behandling i møte

Representantane la fram relevante sakar frå sine respektive utval.

Forslag til vedtak vart samrøystes.

Forslag til vedtak

1. Kontrollutvalet tek møteprotokollane til orientering

PS 19/26 Eventuelt

Forslag til vedtak

1. Saka vert lagt fram utan forslag til vedtak.

Saksprotokoll 13.05.2026 - Stord kommune, Kontrollutvalet

Behandling i møte

Det var ingen saker til eventueltsaka.

Vedtak

Det vart ikkje vedteke noko i saka.

Saksframlegg

Saksnr:	2024/98-32
Saksbehandlar:	Malene Hopsdal Grønningen

Saksgang

Utval	Utv.saksnr.	Møtedato
Stord kommune, Kontrollutvalet	20/26	10.09.2026

Oppfølging av forvaltningsrevisjonsrapporten - Forvaltningsrevisjon av psykisk helse- og rustjenester

Forslag til vedtak

1. Kontrollutvalet ser positivt på det omfattande oppfølgings- og forbetringsarbeidet kommunen har gjennomført etter forvaltningsrevisjonen av psykisk helse- og rustenestene.
2. Kontrollutvalet ber kommunedirektøren om ei ny orientering til eitt av vårmøtene i 2027. Det bes om skriftleg tilbakemelding i god tid før møtet. Kontrollutvalet tek deretter stilling til om oppfølginga kan avsluttast.

Samandrag

Dette er andre oppfølging av kommunestyret sitt vedtak etter forvaltningsrevisjonen av psykisk helse- og rustenestene. I møte 09.03.2026 bad kontrollutvalet kommunedirektøren om status til møtet 09.09.2026, med særleg vekt på måla der det gjekk føre seg aktivt forbetringsarbeid.

Kommunedirektøren har lagt fram eit statusnotat frå august 2026 og Handlingsplan for PHR 2026. Materialet viser omfattande framdrift. Samstundes er enkelte tiltak framleis under arbeid, og statusen inneheld i avgrensa grad resultat som dokumenterer verknaden av dei nye systema og rutinane. Sekretariatet rår difor til ei siste, avgrensa statusrapportering i første møte i 2027.

Anne Kristin Meyer
kontrollsjef

Malene Hopsdal Grønningen
rådgjevar

Saksframlegget er godkjent elektronisk og har difor inga handskriven underskrift

Vedlegg

1. Handlingsplan for PHR 2026
2. Status august 2026 etter forvaltningsrevisjon av psykisk helse- og rustenester

Saksutgreiing

Bakgrunn for saka

Kommunestyret handsama forvaltningsrevisjonsrapporten i møte 19.06.2025, sak PS 28/2025. Kommunestyret bad kommunedirektøren følgje opp ti tilrådingar om styring, koordinering, kompetanse, samarbeid, informasjonsflyt, kartlegging og samtykke, sakshandsaming, individuell plan, individuelt tilpassa vedtak og brukar- og pårørandemedverknad. I tillegg bad kommunestyret om ein prioritert handlingsplan.

Kontrollutvalet handsama handlingsplanen første gong i møte 09.03.2026, sak 1/26, og gjorde slikt vedtak:

> *Kontrollutvalet registrerer at kommunen har starta opp forbetringsarbeidet etter forvaltningsrevisjon, men at det står att ein del arbeid.*
>
> *Kontrollutvalet ber kommunedirektøren om å gi skriftleg status til møte 09.09.2026, med særleg vekt på dei måla der det pågår aktivt forbetringsarbeid.*

I samband med denne saka har sekretariatet fått tilsendt Handlingsplan for PHR 2026 og eit statusnotat frå august 2026.

Møtet vart seinare utsett til 10.09.2026, og saka vert handsama då.

Vedtakskompetanse

Kontrollutvalet har vedtakskompetanse til å følgje opp kommunestyret sine vedtak etter revisjonsrapportar, jf. kommunelova § 23-2, e.

Vurderingar og verknader

Kommunen har dokumentert ei omfattande oppfølging av forvaltningsrevisjonen. Statusnotatet svarar ut alle punkta i kommunestyret sitt vedtak, og dokumentasjonen viser at kommunen har sett i verk eit breitt forbetringsarbeid. Tilrådingane er følgde opp mellom anna gjennom tydelegare rolle- og ansvarsfordeling, kompetanseheving og etablering av nye rutinar for samarbeid og sakshandsaming.

Sjølv om kommunen har gitt tilbakemelding på alle punkta i vedtaket, er det etter sekretariatet si vurdering framleis uklårt om alle punkta kan reknast som fullt ut følgde opp.

Dette kjem mellom anna til uttrykk i punkt 9, der det er planlagt stikkprøvekontrollar våren og hausten 2026, men statusnotatet opplyser ikkje om desse er gjennomførte eller kva eventuelle resultat dei har gitt. Vidare var avklaringar knytte til bustadsosialt team planlagde til november 2026.

Vidare for punkt 10 er strategien for brukarmedverknad framleis under revisjon. Brukarundersøking skal gjennomførast hausten 2026, og eventuelle forbetringstiltak skal deretter vurderast. Eit planlagt verktøy for samarbeid med nettverk og pårørande er heller ikkje omtalt som ferdigstilt.

På denne bakgrunnen vurderer sekretariatet at det framleis står att nokre forhold som ikkje er tilstrekkeleg avklarte gjennom den skriftlege rapporteringa. Samstundes vil den munnlege orienteringa i møtet kunne gi ytterlegare informasjon om status for tiltaka. Kontrollutvalet kan på bakgrunn av både den skriftlege og munnlege orienteringa ta stilling til om oppfølginga kan reknast som tilstrekkeleg, eller om det framleis er behov for vidare rapportering. Dersom utvalet vurderer at det er behov for ytterlegare oppfølging, rår sekretariatet til at kommunedirektøren legg fram ein ny skriftleg statusrapport til utvalet sitt første møte i 2027.

Konklusjon

Kommunen har dokumentert ei omfattande oppfølging av forvaltningsrevisjonen, og statusnotatet viser at dei fleste tiltaka er gjennomførte eller sett i verk. Samstundes går det fram at enkelte tiltak framleis er under arbeid eller ikkje er endeleg avklarte. Sekretariatet vurderer derfor at oppfølginga ikkje kan reknast som fullført på noverande tidspunkt. På denne bakgrunnen bør saka følgjast opp

vidare, og kontrollutvalet bør be om ein ny skriftleg statusrapport frå kommunedirektøren til utvalet sitt første møte i 2027.

Oppfølging av forvaltningsrevisjonsrapporten - Satus august 2026 – Forvaltningsrevisjon psykisk helse- og rustenester

1. Sikra tydeleg oversikt over Eining for psykisk helse og rus sine mål, rollar og ansvar, og at det blir gjennomført jamleg evaluering av verksemda sine aktivitetar, mål og tiltak.
   Svar: Det er utarbeida stillingsskildring for avdelingsleiar og assisterande avdelingsleiar i psykisk helse og rus. Det er utarbeida skildring av arbeidsoppgåver til fagkoordinator, primær- og sekundærkontakt. Det er utarbeida ei oversikt over tilsette med ansvar- og nøkkelfunksjonar i PHR. Det er utarbeida eit organisasjonskart i Tenester til heimebuande, som inkluderer PHR.

2. Tydeleggjera, både internt i kommunen og ut mot innbyggjarane, kven som har ansvaret for koordinering av dei ulike pasientforløpa i kommunen.
   Svar: Det er utarbeida Tenestestandard som beskriv formålet med tenesta, kva vilkår det er for tildeling av tenester, den gjer praktiske opplysningar, informasjon om betaling, lovheimel og klageveg, vidare seier den noko om forventingar ein har til tenesteytar og tenestemottakar/pårørande/verje.
   Fordeling av ansvar og oppgåver er elles fordelt gjennom struktur og korleis oppgåver er organisert og fordelt i eininga. Pasientar og brukarar har i dag stadig større grad av kompleksitet i sitt sjukdomsbilde og hjelpebehov. Det medfører mellom anna at det er fleire som grensar til og kan ha behov for hjelp frå fleire tenester. Trass i ein oppdatert tenestestandard, er det pårekneleg at det dukkar opp brukarar som ligg i gråsona mellom ulike tenester. Desse skal likevel sikrast forsvarleg og heilskapleg teneste.

   Det er etablert faste møter mellom PHR og Tildelingskontoret ein gang per veke, tverrfagleg møte kvar fjerde veke, samt samarbeidsmøter på individnivå, og ansvarsgruppemøter.

3. Sikra systematisk arbeid med kompetansebehov i psykisk helse- og rustenestene og at det blir gjennomført evaluering av kompetansetiltak.
   Svar: Det er i 2026 gjennomført kompetansekartlegging av tilsette i avdeling psykisk helse og rus. Det er lagt inn fagdagar i årsturnus. RHO har etablert strategisk kompetanseplan som blir evaluert og revidert årleg. Det er utarbeida ein plan og starta opp med systematisk etisk refleksjon.

4. Sørger for tilstrekkeleg formalisering av samarbeid mellom kommunale aktørar, til dømes gjennom å etablere samarbeidsavtalar, og sikra at alle samarbeidsavtalar (også mellom kommunale og eksterne aktørar) blir følgt opp i samsvar med krav i avtalen.
   Svar: Det er eit gjensidig ansvar mellom kommunen og spesialisthelsetenesta å sikre samarbeid, det er etablert faste møtepunkt med Stord DPS to gangar i året. Og det er faste møtepunkt med TSB.
   Helse Fonna har samarbeidsavtale med kommunen.

5. Sikra nødvendig og tidsriktig overføring av informasjon mellom kommunen og spesialisthelsetenestene ved inn- og utskriving av pasientar, samt at det blir meldt avvik ved manglar i samhandlinga.

   Svar: Samarbeidsavtalar mellom Helse Fonna og kommunen legg vekt på melding av avvik er eit viktig bidrag til kvalitetssikring av tenestetilbodet og samhandling mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta. Avviksmeldingane blir brukt for å rette opp i svikt i informasjonsflyten og forbetre samarbeidsrutinar. Samarbeidsavtale nummer 5 sikrar kva informasjon som skal sendast ved inn- og utskriving av pasientar. Føremålet til samarbeidsavtale 5 er å medverke til at pasientar og brukarar får eit heilskapleg tilbod om helse- og omsorgstenester ved å:

   - Avklare helseføretaket og kommunen sitt ansvar, slik at pasientar og pårørande opplever ei best mogleg samanhengande helseteneste.
   - Sikre effektiv, korrekt og sikker informasjonsflyt mellom og innafor ulike behandlings- og omsorgsstadar.
   - Syte for at helsehjelp vert utført på rett stad.
   - Redusere risiko for uheldige hendingar.

Det ligg og føre ein avtale mellom kommunen og FACT sikkerhet, noko som bidreg til å sikre eit godt føreseieleg samarbeid.

6. Sørga for at det i kartlegging av nye brukarar

a) føreligg tilstrekkelege opplysningar til at søknadar om psykisk helse- og rustenester kan vurderast og avgjerast på ein fagleg forsvarleg måte.

b) blir sikra og dokumentert samtykke frå søkar dersom kommunen i samband med kartlegginga må innhente opplysningar om vedkomande frå andre tenester i kommunen eller i spesialisthelsetenesta.

Svar: Det er utarbeida eit nytt søknadsskjema som sikrar at det blir gjort ei kartlegging allereie i søknadsprosessen. Søknadsskjema er både på pdf (der søkjar kan fylle ut manuelt) eller som digitalt skjema på nettsida. Dersom ein søker om tenester innan psykisk helse og rus, fyller ein ut tilleggsspørsmål. Der ein blant anna kartlegg arbeidsevne, om ein får behandling eller er tilvist til behandling/anna psykisk helse hjelp, og om ein har hatt tidlegare behandling. I tilleggskal saksbehandlar ta kontakt med søkjar, for å kartleggja behova nærare.

Når det gjeld samtykke frå søkjar står det i søknadsskjema:

> Når du sender inn søknaden, samtykker du til at Stord kommune kan:

- Innhenta og utveksla nødvendige opplysningar for å behandla søknaden og yta tenester
- Innhenta relevante helseopplysningar frå fastlege og andre fagpersonar
- Innhenta inntektsopplysningar dersom tenesta har eigenbetaling

7. Sikra at saker blir behandla utan ugrunna opphald, at tenester blir iverksett innan forsvarleg tid og at kommunen snarast mogleg sender eit førebels svar dersom sakshandsamingstida vil vare meir enn ein månad.

Svar:

Kommunen har etablert rutinar som skal sikra at saker vert behandla utan ugrunna opphald, at tenester vert iverksette innan forsvarleg tid, og at kravet til førebels svar vert ivareteke.

Alle skriftlege søknadar får sendt førebels svar når søknaden vert registrert ved Tildelingskontoret. Dette skal sikra at søkjar får stadfesting på at søknaden er motteken og informasjon om vidare saksgang.

Det er gjennomført organisatoriske endringar ved Tildelingskontoret som har auka kapasiteten i sakshandsaminga. Dette har bidrege til å styrka arbeidet med å behandla saker fortløpande og redusera risikoen for unødvendig lang sakshandsamingstid. Kommunen har òg merksemd på at nødvendige tenester skal iverksetjast innan forsvarleg tid ut frå den enkelte brukar sitt behov.

8. Etablera system og rutinar som sikrar

a) at brukarar med behov for langvarige og koordinerte tenester får informasjon om rett til individuell plan (IP).

b) samhandling og koordinering i tenester til brukarar som ikkje ønsker IP.

Svar: Det er laga rutinar for å gje tilbod om informasjon om individuell plan, dette tilbodet skal gis jamleg og blir dokumenter i journalsystemet Profil. Individuell plan og koordinator er lite brukt innan tenesta psykisk helse og rus, då dei fleste brukarane ikkje har føresetnader for å eige planen slik det krevst. Då nyttar ein kriseplan og plan for samarbeid og oppfølging. Psykisk helse og rus har eigen ressurskoordinator og deltek systematisk i treff med andre koordinatorar i kommunen saman med koordinerande eining. Kommunen har rutinar for korleis samhandling og koordinering skal sikrast også for brukarar som takkar nei til Individuell plan.

9. Etablerer system og rutinar som sikrar at brukarar får individuelt tilpassa tenester når det blir fatta vedtak på psykisk helse- og rustenester. Under dette

a) Sikre at det går fram av vedtak kva teneste(r) som er tildelt, i kva omfang, samt kor lang tid vedtaket er gjeldande.

Svar:

Kommunen har etablert system og rutinar som skal sikra at brukarane får individuelt og tilpassa tenester når det vert fatta vedtak om helse- og omsorgstenester.

Det er gjennomført organisatoriske endringar ved Tildelingskontoret som har auka kapasiteten i sakshandsaminga. Dette har styrkt arbeidet med å sikra forsvarlege vurderingar, individuelle kartleggingar og tydelege vedtak tilpassa den enkelte brukar sine behov.

Det er etablert rolle- og oppgåveskildring for primærkontakt og sekundærkontakt i tenesta. Dette bidreg til kontinuitet, oppfølging og koordinering av tenestene rundt den enkelte brukar.

Det kjem klart fram i vedtaka kva teneste(r) som er tildelte, i kva omfang tenestene skal ytast, samt kor lenge vedtaket er gjeldande. Tildelinga byggjer på ei individuell vurdering av den enkelte sitt hjelpebehov, og tenestene vert tilpassa den enkelte brukar innanfor ramma av forsvarleg og naudsynt helsehjelp.

Gjennom kartlegging, individuell vurdering, vedtaksfesting av tenesteinnhald og tett oppfølging frå primær- og sekundærkontakt arbeider kommunen systematisk for å sikra at brukarar av psykisk helse- og rustenester frå individuelt tilpassa og forsvarlege tenester.

10. Sikra tilstrekkeleg brukar- og pårørandemedverknad gjennom å

a) etablere prosedyrar eller liknande som tydeleggjer korleis kommunen skal involvera brukarar og eventuelt deira pårørande ved tildeling og/eller endring av tenestetilbodet.
b) etablere system og rutinar som sikrar at kommunen 1) jamleg hentar inn erfaringar og innspel til forbetring av psykisk helse- og rustenestene frå brukarar og pårørande 2) bruker innspel og erfaringar frå brukarar og pårørande i verksemda sitt kontinuerlege forbetringsarbeid.

Svar: Det er utarbeida eit nytt søknadsskjema som sikrar at det blir gjort ei kartlegging av pårørande og nettverk allereie i søknadsprosessen. Dette vil gjere det lettare å involvere pårørande i det vidare kartleggingsarbeidet. I søknadsskjemaet er det spørsmål:

> Har du vener, familie, naboar eller andre (nettverk) som kan vere til støtte eller hjelpa deg i kvardagen? Beskriv kort kven dei er.
>
> Ser du moglegheiter for at nettverket ditt, i samarbeid med kommunen, kan bidra til at du meistrar kvardagen best mogleg? Om ja, beskriv gjerne kva dette kan vera.

Stord kommune har strategi for brukarmedverknad i planlegging og utvikling av tenester og tiltak i Stord kommune. Denne er under revidering i 2026.

Det vil i september/oktober 2026 bli gjennomført ei brukarundersøking i RHO, der blant anna brukarar i tenesta psykisk helse og rus skal få svare på ei brukarundersøking. Etter ei slik undersøking vil kommunen gå gjennom resultata og utarbeide planar for forbetringsarbeid.

Avdelinga psykisk helse og rus arrangerer faste pårørande grupper seks gangar i året. Og PHR bidreg også med pårørande arbeid frå sak til sak.

11. Laga ein prioritert handlingsplan til kontrollutvalet innan 11.11.24 som viser kva tiltak som skal setjast i verk for å følgje opp tilrådingane i rapporten, når tiltaka skal setjast i verk og kven som skal ha ansvaret for iverksettinga.

Svar: Det er laga handlingsplan, (sjå vedlegg)

HANDLINGSPLAN RHO FOR 2026

Handlingsplan for PHR

LTV gruppa har saman med fagkoordinator utarbeida handlingsplanen, alle tilsette skal kjenne til handlingsplanen og den skal følgjast opp gjennom året.

- Personalmøte
- LTV møter
- Leiarmøte
- Fagdag
- Utgangspunkt for årsmelding for avdeling psykisk helse og rus

Fokusområde **Formulert som målbare mål**	**Tiltak**	**Ansvar og tid**	**Teikn på om me har lukkast**	**Årsmelding / tilbakemelding grad av måloppnåing**
BRUKAR			**Mål for 2026**	**Resultat 2024**
Brukarane er nøgd med samarbeid og brukarmedverknad	Gjennomføre brukarundersøking I PHR var det lav svarprosent sist. . Må ha auka fokus i 2026 for å få større svarprosent og dermed meir valide svar. Tilsette må gjere seg kjend med undersøkinga for å motivere til deltaking. Fokuset er å arbeide med at brukar skal få uttrykke kva som er viktig for den enkelte, og at ein må eige sitt eige liv.	**Einingsleiar/avdelingsleiar/tilsette** **Einingsleiar/avdelingsleiar/tilsette**	Mål 2026: 3,5/4 Høgare svarprosent Ha høgare fokus på brukarundersøkinga i dei ulike avdelingane.	Resultat: 2,9/4 i brukarundersøkinga.

	Det handlar mykje om motivasjonsarbeid! Evaluerer kartleggingsskjema som vart brukt- ta det opp i ny rutine. Forventingsavklaring skal ligge i vedtak samarbeid med TK. - Tidsavgrensa og spissa vedtak for å kunne avslutte vedtak - Forventingsavklaring for brukarar av lågterskel , brukarhefta, husreglar, brukarmøte både på hamna og lågterskel **Lage sjekklister** for førstegongssamtale i alle team	Koordinator / assisterande avdelingsleiar lagar eit utkast) **01.05.26** **Avdelingsleiar/ koordinator** lagar utkast og tar det opp i leiargruppa Fagkoordinatorar lagar sjekklister for sine team, alle tilsette har eit ansvar for å bruke dei.		

	Heimesida skal til ei kvar tid vera oppdatert. Kontaktinformasjon med avgrensa tilgang til tilsette.	Einingsleiar saman med merkantil		August 2026 heimesida er oppdatert
	Det vert planlagt å søkje midlar frå Statsforvaltaren «tilskot til PHR feltet-lågterskel»	**Sesilie** **01.05.26**		Tilskot er innvilga, kr 1 000 000. Prosjekt vert iverksett i september 2026
	Sjå til pårørandeavtalen som verktøy kan sjå på det i PHR og samarbeid med pårørande Pårørendeavtale – et verktøy for godt samarbeid - Helsedirektoratet	**Einingsleiar – 01.05.26**		
	Tenestestandard må gjerast tilgjengeleg, kjend for tilse Avklare *forventningar,* både frå brukar til teneste, men og teneste til brukar.			Tenstestandard er ferdigstiling
	tte, brukar og pårørande	**Silje føl opp status i saka og purrar på.**		
	Ha fokus på recoveryarbeid i arbeidet vårt	**01.03.26**		
	Markere kva er viktig for deg dagen kvart år 6 juni.			Juni 2026 Kva er viktig for deg dagen vart markert i Stord kommune

	Kommunen får tilbod om å delta i samarbeid / avtale med FACT sikkerheit. Utarbeida ein mal for kartlegging plan for møter, kva er planen, kva er mål, når skal ein skrivast , plan for open retur. Digitalisere og revidere brukarhefte. Denne tas med inn i førstegangssamtalen. Samtykke: i januar sjekkar ein over alle samtykker med brukarane ifht. informasjonsutveksling med pårørande og/eller andre instansar, samt tannlegeavtale. Pårørande sin kontaktinformasjon i Profil, skal til ei kvar tid vera oppdatert.	**Fagkoordinatorar/tilsette** **01.05.26** **Alle tilsette/primærkontaktar** **Einingsleiar/tildelingskontoret/avdelingsleiar/tilsette** **Einingsleiar/kommunalsjef**		Kommunalsjef er informert om avtala via Kjetil Øyehaug, med anbefaling om å delta i samarbeidet. Det var snakka om at dette ville bli tema på eit samarbeidsråd eller

	Delta på møter og ha fokus på samarbeid med mellom anna helseføretaket jf. Samarbeidsavtalar i Compilo Fokus på å gjenopprette tidligare samarbeidsmøter på overordna nivå med PHR og DPS. Brukarar med samansette behov skal få tilbod om IP. Gjere dei tilsette kjent med verktøyet samspill Brukarar med behov for kriseplan (hovudsakleg brukt frå Valen), skal du heim skal du ha ein kriseplan, planen er brukaren sin for eksempel får eg angst skal eg høyre på musikk Plan for samarbeid og oppfølging med DPS/Valen	**Einingsleiar/ Avdelingsleiar/ tilsette** **01.05.26** **Einingsleiar** **Einingsleiar/avdelingsleiar/primærkontakt**		noko, med kommunar og Helse Fonna. Usikker status her. (17.02.26 - Silje) Mai 2026 Samarbeidsmøter er reetablert August IP og koordinator har eit kontinurleg fokus, avdlelinga har eigen ressurskoordinator

Brukarane og brukarrepresentantane opplever å bli møtt med respekt	Me er profesjonelle, vennlege, har omsorg og er imøtekommande i møte med brukarar. Kultur og verdiplakaten til Stord kommune skal ligge til grunn i arbeidet vårt. Fokus på etikk og haldningar i møte med brukarar og pårørande. Halde fram med strukturerte etiske refleksjonar Halde fram med caserettleiing frå kommunepsykolog i Ambulant team 2 (skal evalueres i slutten av året 2026)	**Alle tilsette** **Alle tilsette** **Fagkoordinator/tilsette** **Avdelingsleiar/ tilsett**	Resultat:3,4/4 i brukarundersøkinga	07.11.25 - Jfr. Resultat av brukarundersøking over
Brukarane er nøgde med tilgjenge på tenestene	Me er tilgjengelege for brukarane innanfor gitte rammer, og imøtekommande for deira behov.	**Alle tilsette**	Resultat: 2,9/4 i brukarundersøkinga	Jfr. Resultat av brukarundersøking over

	At heimesida er oppdatert med kontaktinformasjon m.m. Personalgruppa skal vera kjend med dei ulike tenestene i kommunen, og eventuelt hjelpe brukarar og pårørande vidare til rett instans om behovet til brukar ligg utanfor vår teneste. Fokus på korleis me held kontakt med brukarar /pårørande, tlf, sms, e-post og liknande i høve personvern og samtykkeerklæring.	**Einingsleiar/merkantil/tilsett** **Einingsleiar/Avdelingsleiar /fagkoordiatorar** **avdelingsleiar/alle tilsette**		17.02.26 - alle tilsette skal ha tilgang i innbyggardialog. Eg har også fått oppskrift på korleis eg kan gi tilgang til dei som ikkje har. Silje
Brukarane er nøgde med tilgangen på informasjon om innhaldet i tenestene	Gjere innhaldet i tenestene i PHR kjend på nettsida i Stord kommune. Nettsida må vera oppdatert til ei kvar tid. Digitalisere og revidere brukarhefte i dei ulike teama. At tilsette er kjent med at ein har ei pårørandegruppa (eigd av lågterskel helsestasjon).	**Einigsleiar/merkantil/alle** **Fagkooridnatorar** **01.05.26**	Resultat: 2,9/4 i brukarundersøkinga	07.11.25 - Jfr. Resultat av brukarundersøking over

	Når det er endring i tenestebehov, skal brukar og evt. pårørande informerast.	**Avdelingsleiar/ fagkoordinatorar.** **Fagkoordinator/primærkontaktar**		
Brukarane er nøgde med den totale kvaliteten på tenestene (Heilskapsvurdering)	Gir helseteneste jfr. vedtak og tidleg forventningsavklaring. Ved ledig tid skal ein halde seg oppdatert, og oppdatere, i profil/journalsystem.	**fagkoordinatorar/alle tilsette** **Avdelingsleiar/ tilsette**	Resultat: 3,3/4 i brukarundersøkinga	07.11.25 - Jfr. Resultat av brukarundersøking over
MEDARBEIDAR			**Mål for 2027**	**Resultat 2026**
Deltakarprosent på medarbeidarundersøkinga	Tidleg og tilstrekkelig informasjon om medarbeidarundersøkinga Sette av tid til gjennomføring av undersøkinga.	**Avdelingsleiar/ tilsette**	Mål for 2027 – 100%	07.11.25 - Medarbeidarundersøkinga gjeld alle faste tilsette i avdeling psykisk helse og rus. **Svarprosent 91.3 %** Avdelingsleiar har informert alle tilsette, samt sendt SMS med purring.
Faktor 1- Indre motivasjon	Lage gode og tydelege stillingsomtalar.	**Einingsleiar/avdelingsleiar**	4,2	**Resultat frå 10 faktor: 4,2** Rfr. medarbeidarundersøkinga

	Må utarbeide stillingsomtale for dei andre stillingane på arbeidsplassane -	Leiargruppa i samarbeid med LTV gruppa		07.11.25 - Har utarbeida stillingsomtale for assisterande avdelingsleiar, avdelingsleiar, fagkoordinator, merkantil.
	Halde oversikta over nøkkelpersonar oppdatert	**Avdelingsleiar**		
	Tydeleg ansvarsfordelingar Jf. myndighetetskart	**Einingsleiar/avdelingsleiar**		
	Gjennomføre alle medarbeidarsamtalar med god planlegging. (føl årshjul)	**Avdelingsleiar**	Alle skal få tilbod om medarbeidarsamtale ila året	
	Legge til rette for debrief/defuse ved alvorlege avvik/hendingar.	**Einingsleiar/ Avdelingsleiar**		
	Gi god opplæring til nytilsette og ved implementering av nye arbeidsoppgåver. Fagdagar satt i system	**Avdelingsleiar/ fagkoordinator /tilsett**	Alle skal oppleve tryggleik på arbeidsplassen og i utøving av arbeidsoppgåver	

	Halde liv i sosiale tiltak Kontinuerleg arbeid for å oppretthalde eit trygt og inkluderande arbeidsmiljø. Skape rom for at tilsette kan gi beskjed når ein er usikker på oppgåveutføring, gi då god opplæring for å auke tryggleik hjå tilsett. Skape rom for konstruktiv tilbakemelding som gis 1-1. Skryt kan gis i plenum. Skape rom for å komme med forbetringsforslag. Ha tydelege rutinar på oppgåveoverføring Ha fokus på å bruke rutinar for Bør-Må-Skal oppgåver i alle avdelingar. Ivareta pausetida så langt det let seg gjere, hjelpe kvarandre til å ta pause. Vere bevisst på korleis me både omtalar arbeidsplassen,	**Alle** **Alle** **Alle** **Alle** **Avdelingsleiar/ tilsette**	Alle skal oppleve eit godt arbeidsmiljø	

	men og kvarandre. Me er alle ulike.			
Faktor 2 - Meistringstru	Legge til rette for tryggleik og utvikling gjennom - kursing - Vernerundar - ROS-arbeid - Tydelege rutinar i avdelingane - Fagdagar - Personalmøter - Etiske refleksjoner satt i system - stillingsomtale Nytte verktøyet debrief/defuse etter uønska hendingar Gjere beredskapsplanen kjend for alle i eininga. (revidert 2024) – legge den i leseliste i Compilo Sikre at rutinar og prosedyrar er kjend for alle tilsette.	**Einingsleiar/avdelingsleiar/fagkoordinator/tilsette** **Vernerunder er avdelingsleiar sitt ansvar i samarbeid med verneombod.** **Einingsleiar** **Avdelingsleiar /alle** **Einingsleiar/avdelingsleiar** **Alle**	4,2	**Resultat frå 10 faktor: 4** Jfr. medarbeidarundersøkinga

	Samt att alle veit kvar dei finn desse.			
Fokusområde Formulert som målbare mål	**Tiltak**	**Ansvar og tid**	**Teikn på om me har lukkast**	**Årsmelding / tilbakemelding grad av måloppnåing**
Faktor 3 - Autonomi	Alle tilsette kjenner til kva oppgåver som er forventa av den enkelte gjennom gode stillingsomtalar og myndighetskart Skapa eit psykologisk trygt arbeidsmiljø gjennom ulike tiltak som å gå to når det er hensiktsmessig og forsvarleg i gjennomføring av oppgåver. Tilsette deltek i utviklingsarbeid og gis rom for å uttale seg. Skape rom for å stille spørsmål og ta opp ulike problemstillingar.	**Einingsleiar/avdelingsleiar.** **Alle tilsette**	4,1	**Resultat frå 10 faktor: 4** Jfr. medarbeidarundersøkinga 07.11.25 - Brukarar der ein har vurdert behov for å gå to tilsette, ligg slik på arbeidsplanleggaren. Det er kultur for at ein melder behov for å være to ved tilsyn, dette vært tatt til følge og evt. lagt inn i arbeidsplanleggaren. 07.11.25 - Etablert kultur for involvering og tilbakemelding, arbeider kontinuerleg med å halde kulturen slik
Faktor 4- Bruk av kompetanse	Ha oversikt over all kompetanse i tilsett gruppa, nytte kompetansen i ulike drøftingar eller internundervisning.	**Avdelingsleiar**	4,1	**Resultat frå 10 faktor: 3,7** Jfr. medarbeidarundersøkinga 11.02.26 - nytte kompetansekartlegginga til vidare bruk internt og planlegging av fagdagar

	Legge til rette for deling av kunnskap etter f.eks tilsette har delteke på kurs eller anna utdanning. Tilsette melder inn behov for internkurs og forslag til kurs.	**Avdelingsleiar/ fagkoordinator** **Alle**		
Faktor 5- Meistringsorientert leiing	Tilsette får tilbod om systematisk medarbeidarsamtalar. Den tilsette og leiar kjem førebudd til samtalen. Be om hospitering mellom/i einingane. Legge til rette for hospitering Leiar er tydeleg, tilgjengeleg og tilstedeverande. Oppdaterte outlook kalender. Det skal vera tydeleg kven som er stedfortredar for leiar, i leiar sitt fråvær. Fokus på positive tilbakemeldingar til alle tilsette. Det er viktig att alle	**Avdelingsleiar/ alle tilsette.** **Alle** **Avdelingsleiar/ fagkoordinatorar** **Avdelingsleiar/ nestleiar**	3,9	**Resultat frå 10 faktor: 3,7** Jfr. medarbeidarundersøkinga 11.02.2026 - I kontinuerleg fokus. Det er også evaluering av leiar i 10 faktor

	vert sett og høyrd. Konstruktiv tilbakemelding vert gitt 1-1. Kultur for forbetringsforslag både til andre tilsette og leiar når dette er føremålsteneleg. Vurdere bemanning i forhold til arbeidsoppgåver som SKAL gjennomførast (etter bør-må-skal rutine). Nytte avvikssystemet Alle tilsette er trygge på korleis ein utfører arbeidsoppgåvene og gir beskjed ved behov Alle tilsette får relevant og naudsynt informasjon om arbeid i eininga, leiargruppa, LTV gruppa mm.	**Alle** **Alle** **Einingsleiar/Avdelingsleiar/fagkoordinator** **Alle/avdelingsleiar/fagkoordinator**		11.02.2026 - kontinuerleg samarbeid mellom fagkoordinator og avdelingsleiar. 11.02.2026 - Følg opp etter rutinar. Avvik blir gjennomgått i personalmøter. Avvik vert vidaresendt ved behov for orientering høgare i kommuneleiinga. 11.02.2026 - Følge opp deltidstilsette og vikarar 11.02.2026 - Teams er implementert i avdelinga. Ein oppfordrar til å nytte dette verktøyet jamnleg.
Faktor 6- Rolleklarhet	Gjennomføre medarbeidarsamtalar Avklare forventningar og strukturar jf, myndighetskart og gjer dette kjend for alle tilsette Fokus på å prioritere oppgåver, har eige dokument	**Einingsleiar/avdelingsleiar/alle tilsette.** **Einingsleiar**	4,1	**Resultat frå 10 faktor: 3,9** Jfr. medarbeidarundersøkinga

	i teams som skildrar MÅ - KAN- BØR). Utarbeide og gjennomgå stillingsomtalar. Forventningsavklare samarbeid på tvers i avdelinga ved fråvær og/eller ledig høve Legge til rette for att verneombod og tillitsvalte får gjennomført oppgåver som ligg til deira verv og mandat. Trygge tilsette i rolla når ein står i vanskelege prioriteringar	**Einingsleiar/avdelingsleiar** **Alle** **Avdelingsleiar/ fagkoordinator i samarbeid med tilitsvalgt** **Avdelingsleiar /alle**		11.02.2026 - Kartlegge vikarar om dei kan arbeide på tvers av teama i avdelinga. 11.02.2026 - God kultur for å be om frikjøpt tid ved behov. 11.02.2026 - God kultur for å løyse vanskelege prioriteringar saman. God takhøgde for å drøfte vanskelege/komplekse situasjonar. 11.02.2026 - Startar opp med avdelingsmøte i 2026 for å få samla heile avdelinga til ein felles møteplass
Faktor 7- Relevant kompetanseutvikling	Tilsettgruppa har eit felles ansvar for opplæring av nytilsette og at ein skal følge sjekklista Ein er sjølv ansvarleg for å innhente god nok opplæring og kunnskap	**Alle** **Einingsleiar/avdelingsleiar**	4	J **Resultat frå 10 faktor: 3,7** fr. medarbeidarundersøkinga 11.02.2026 - Strategisk kompetanseplanvert revidert i januar kvart år

	Publisere oversikta over kva kompetanse ein har og treng vidare. Nytte interne opplæringsverktøy som: - VR briller - Læringsforum - Nøkkelpersoner - Førstehjelpskurs - Compilo - Webinar - VAR (prosedyrar ligg i sikker sone) Alle tilsette skal fullføre kurset om vald og trugslar (VR briller) Legge til rette for hospitering både internt og eksternt. Gjennomføre fagdagar, 2 pr. År Papirlister skal være tilgjengeleg i perm i beredskap, men skal ikkje tas med ut i feltet.	**Leiargruppa** **Einingsleiar/avdelingsleiar** **Fagkoordinator** **01.05.26**		11.02.2026 -

	Synleggjera og nytta samarbeidsavtalen med Helse Fonna/spesialisthelsetenesta ved behov for rettleiing/opplæring i prosedyrar og/eller sårstell, diabetes.			
Faktor 8- Fleksibilitetsvilje	Gjennomføre medarbeidarsamtale der forventningsavklaring til fleksibilitet er tema. Leiarar og tilsette støttar kvarandre ved td. fråvær. God opplæring når nye ting skal implementerast Ved nytilsetting må fleksibilitet vera eit viktig tema. Fleksibilitetsvilje hjå alle tilsette for å yte hjelp der det trengs, også på tvers av avdelingane. Her er det viktig med god opplæring dersom personale skal nyttast i anna avdeling. Ta godt i mot personale frå andre avdelingar. Bistå med fagleg og praktisk rettleiing der ein kan.	**Avdelingsleiar** **Avdelingsleiar/ Alle tilsette**	4,5	**Resultat frå 10 faktor: 4** Jfr. medarbeidarundersøkinga

Faktor 9- Meistringsklima	God opplæring av nytilsette, jfr. sjekkliste.	**Avdelingsleiar/ fagkoordinator.**	4,0	**Resultat frå 10 faktor: 4** Jfr. medarbeidarundersøkinga
	Tydeleggjere i avdelingane att ueinigheit kan vera ein styrke, men leiar har styringsmynde.	**Einingsleiar/avdelingsleiar**		11.02.26 - Avdelingsleiar har revidert nytilsettheftet og lagt ved forventning om at den nytilsette tek kontakt etter gjennomført opplæring dersom det er meirbehov.
	Fokus på att me alle er ulike, og nytte det som ein ressurs i utviklingsarbeidet.			
	Ha faste refleksjonsgrupper/kollegaret tleiing i dei avdelingane det er etablert og vurdere det i dei avdelingane det ikkje er	**Avdelingsleiar/ fagkoordinator**		
	Sette rettleiing i system i dei ulike avdelingane.			
	God og open dialog mellom alle tilsette.	**Alle**		11.02.26 - har jamnleg rettleiing og diskusjonar/refleksjonar
	Rose initiativ og ha rom for konstruktive attendemeldingar.	**Alle tilsette**		
	Ha ein kultur der ein våger å dele kunnskap og erfaring. Ikkje vera redd for å dele faglege synspunkt.			11.02.26 - Kontinuerleg arbeid med «open dør kultur» og psykologisk tryggleik»
	Alle tilsette blir sett og høyrd, både frå kollegaer og leiargruppa.	**Einingsleiar/avdelingsleiar/alle tilsette**		

	Fokus på emosjonelle belastningar, kollegastøtte, refleksjonar og debrief/defuse			
Faktor 10- Prososial motivasjon	Vera rause, ansvarlege og saklege med kvarandre, og kunne ha rom for gode faglege diskusjonar. God kultur for å hjelpe kvarandre slik att alle arbeidsoppgåver vert gjort på ein god og forsvarleg måte. Vera lojal mot bestemmelser som er gjort i avdelinga – arbeida saman som eit lag og team Halde stillingsomtalar oppdatert og revidert Gjennomføre medarbeidarsamtalar Vera tru mot tiltak som er iversksatt i høve den enkelte brukar. Respektere kvarandere og våre ulikskapar. Fokus på profesjonalitet i dilemma mellom arbeid og fritid.	**Avdelingsleiar/ alle tilsette** **Einingsleiar** **Avdelingsleiar** **Alle** **Fagkoordinator/primærkonta**	4,5	**Resultat frå 10 faktor: 4,4** Jfr. medarbeidarundersøkinga

	Vurdere tenestebehovet hos brukarar, både ved auke og redusjon av teneste. Få avklare mandatet til tenester innan psykisk hels og rus	**kt i samarbeid med TK** **Kommunalsjef/ einingsleiar innanfor RHO**		
HMT – Helse, miljø og tryggleik			**Mål for 2026**	**Resultat 2026**
Sjukefråvær %	Gi oppfølging jfr. rutine i Stord kommune Være obs på tilsette som er ekstra sårbar for sjukefråvær. Vurdere tilrettelegging for å forebygga sjukefråvær - i ein avgrensa periode Hospitering både internt i avdelinga, men også eksternt Ha god takhøgde på jobb. Låg terskel for å snakke med næraste leiar. At leiar er tilgjengeleg Gjennomgang av retter og pliktar hjå tilsette, gjerne i samarbeid med personalsjef/HMT leiar i kommunen	**Einingsleiar/av delingsleiar.** **Alle tilsette** **Einingsleiar/av delingsleiar** **Einingsleiar/av delingsleiar**	Resultat: 10 %	Jfr. medarbeidarundersøkinga

	Ved sosiale tiltak skal ein tilstrebe at alle tilsette bli hugsa på Tilstrebe godt arbeidsmiljø	**Einingsleiar/avdelingsleiar** **Alle tilsette**		
Korttidsfråvær <16 dagar	Den næraste leiar tek initiativ til samtale når nokon har hatt mange eigenmeldingar på kort tid. Den tilsette har god dialog med sin næraste leiar slik att leiar eventuelt kan tilrettelegge arbeidsoppgåver i perioder der det er naudsynt. Den enkelte har ansvar for å melde sjukefråvær så tidleg som råd. Tilby influensavaksine Bli ansvarleggjort, få meiningsfylte oppgåver Tilstrebe godt arbeidsmiljø Gjennomgang med tilsette om rettar og plikter i høve samhandling med arbeidsgjevar. Samt gjennomgang av	**Avdelingsleiar** **Avdelingsleiar/ alle tilsette** **Alle tilsette** **Einingsleiar/avdelingsleiar**	Resultat: 3,3 %	Jfr. medarbeidarundersøkinga

	fråværsmelding, leiar som skal ha melding			
HMT- avvik registrert i Compilo	Gå gjennom avvik. Ha oppfølging av avvik med verneombod om naudsynt. - Fast tema på LTV møter Opplæring i avvikssystem. Invitere hovudverneombod og/eller HMT leiar for særleg gjennomgong av HMT avvik. Gjennomføre debrief/defuse etter uønska hendingar. Rutinar for å kontakte bedriftshelsetenesta der det er naudsynt etter uønska hendingar. Gjennomføre rettleiing med intern/ekstern rettleiiar. Gjennomføre risikoanalyse på alle avdelingane. Gjennomføre vernerundar, og rapportere desse i rapporteringssystem.	**Avdelingsleiar/ verneombod** **Einingsleiar/avdelingsleiar** **Verneombod/avdelingsleiar**	Resultat:1 avvik per årsverk per år	Januar 2026 - gjennomført vernerunde på det psykososiale. Alle tilsette hadde moglegheit for å komme med attendemeldingar.
Hendingar med arbeidsrelatert skade	Fokus på tryggleik i alle avdelingane.	**Alle**	Resultat: 0	Jfr. medarbeidarundersøkinga

	Oppfølging av den tilsette jfr. Stord kommune sine rutinar Følgje retningslinjer for rapportering av skader til forsikring og NAV. Jamnleg gjennomgang og opplæring av rutinar for avvikskriving.	**Avdelingsleiar** **Avdelingsleiar/ tilsett**		
Fokusområde Formulert som målbare mål	Tiltak	**Ansvar og tid**	Teikn på om me har lukkast	**Årsmelding / tilbakemelding** **grad av måloppnåing**
FOLKEHELSE			**Mål 2026**	**Resultat 2026**
Reduserte økonomiske rammer førar til endring/reduksjon av tenestetilbod	Vera open for nye tilbod og aktivitetar Ein er endringsvillig Være open for frivillige organisasjonar	**Alle**		

	Brukarstyring i dei teama det er aktuelt for Open for å jobbe på tvers av teama Open for velferdsteknologi Vurdere tenestetilbod og opningstider Vurdere opningstid gjennom høgtidssesong Gjere lågterskeltilboda kjent for dei ulike instansar	**Einingsleiar/avdelingsleiar**		
Styrke helsefremjande aktivitetar	**Petanque** **Golf** **Tabata** **Turgruppe i regi av mental helse** **Fokus på sunn kost og ernæring** **Treningsgruppa på Mova** **Tilgang for tilsette på treningsrommet på rådhuset** **Ve og vel har bading på rehabiliteringssenteret**			

Leggje til rette for sunne levevanar	Assistert sjølvhjelp Søvnkurs i regi av aktivitet og rehabilitering Oppfordre til utdanning av KID kurs instruktør, samt vidareføring av KID kurs			
Tilbod om fysisk aktivitet og sosiale fellesskap	Pårørandegruppe 6 samlingar pr/år			
FAGLEG DEL: **Skriv inn aktuelle mål for eige eining**			**Mål 2026**	**Resultat 2026**
Miljøtiltak	Auka fokus på kjeldesortering Etablere rutinar for kjeldesortering, bestille sorteringsstasjon (x3) Gjenbruk av materiell Nødhjelp til Ukraina	Avdelingsleiar/ Merkantil		03.03.26 - Kjeldesortering er bestilt og lagt ut på pauserom i lønningsåsen 9A, på lågterskel helsestasjon og Hamna kontaktsenter.
Oppstart av årsturnus 09.02.26	Følge opp og evaluere i tråd med årshjul for årsturnus.			
Oppstart av fagdagar	Våren og hausten			
Felles leiarmøter i tenester til heimebuande (TTH)	Første torsdag i månaden, repiterande			
Felles arbeidsgruppemøter i TTH	Følge fast rotasjon			

Saksframlegg

Saksnr:	2023/476-73
Saksbehandlar:	Malene Hopsdal Grønningen

Saksgang

Utval	Utv.saksnr.	Møtedato
Stord kommune, Kontrollutvalet	21/26	10.09.2026

Orientering frå kommunedirektør, svar på oppsummering i samband med revisjon og årsrekneskap 2025

Forslag til vedtak

1. Informasjonen vert teken til orientering.

Samandrag

Dette er oppfølging av vedtak frå kontrollutvalet si handsaming av årsrekneskap og årsmelding frå møte 13.05.2026, PS 15/26.

Anne Kristin Meyer
kontrollsjef

Malene Hopsdal Grønningen
rådgjevar

Saksframlegget er godkjent elektronisk og har difor inga handskriven underskrift

Vedlegg
1 Orientering til Kontrollutvalet - svar på BDO si oppsummering i samband med revisjon av årsrekneskap 2025.DOCX

Saksutgreiing

Bakgrunn for saka

Kontrollutvalet gjorde mellom anna slikt vedtak i møte 15.05.2026, PS 15/26:

Med bakgrunn i det som kjem fram i revisjonsberetninga frå BDO, ber kontrollutvalet kommunedirektøren møte i kontrollutvalet 09.09.2026 for å gjere greie for korleis tilrådingane i rapporten vil bli følgde opp. Skriftleg informasjon skal sendast sekretariatet innan 26.08.2026.

Vedtakskompetanse

Kontrollutvalet har vedtakskompetanse i denne saka, jf. kommunelova § 23-2 Kontrollutvalgets ansvar og myndighet som lyd m.a. slik:

«Kontrollutvalget skal påse at
a) kommunens eller fylkeskommunens regnskaper blir revidert på en betryggende måte
b) det føres kontroll med at den økonomiske forvaltningen foregår i samsvar med gjeldende bestemmelser og vedtak»

Vurderingar og verknader

BDO si oppsummering av utvalde rekneskapsområde inngår i kontrollutvalet si handsaming av rekneskapssaka. Revisjonen viser forbetringsbehov knytte til tilgangsstyring i IT-system, kontrollar i Unit4 ERP, enefullmakt til bankkonto, kvalitetssikring av årsmeldinga, noteopplysningar i konsolidert rekneskap og attestasjonsoppgåver.

Kontrollutvalet har gjennom sekretariatet motteke ei skriftleg orientering frå kommunedirektøren, datert 27.08.2026. I orienteringa kommenterer administrasjonen dei forholda som er tekne opp i revisjonsrapporten. Dokumentet ligg ved saka.

Konklusjon

Sekretariatet rår til at informasjonen vert teken til orientering.

Stord kommune
Økonomi, rekneskap og Innkjøp

Notat

Dato: 27.08.2026
Ref: 200

Orientering til Kontrollutvalet - svar på BDO si oppsummering i samband med revisjon av årsrekneskap 2025

Kommentar til BDO sin oppsummering av andre forhold som er diskutert med administrasjonen:

Kontrollrutiner i Unit4 ERP

Observasjon frå BDO: Det finst ikkje ei fysisk sperre i systemet som sikrar at ein ikkje kan føre kostnadar på «si avdeling/sin ansvarsstad». Dette er i dag ein manuell kontroll.
Tilråding frå BDO: Kommunen bør vurdere å innføre ein automatisk kontroll i systemet som sikrar at ein ikkje kan føre kostnadar på andre område enn sitt eige ansvarsområde.

Svar: Dette stemmer ikkje etter vår vurdering. Det er automatisk flyt på faktura slik at tilvisar får det som er attestert med sitt ansvarsnummer. Dette går automatisk. Det er også slik at dersom ein tilvisar prøver å sette på eit ansvar han ikkje er tilvisar på, går det i feilliste som må manuelt følgast opp.

Enefullmaktbank

Observasjon frå BDO: Revisjonen gjer merksam på at det ligg føre enefullmakt knytt til ein bankkonto som vert nytta til trekk frå Intrum. Kommunen har opplyst at dette etter deira vurdering er den einaste praktiske løysinga for å kunne oppretthalde gjeldande rutinar mot Intrum.
Tilråding frå BDO: Kommune bør veremerksam på at manglande arbeidsdeling inneber ein risiko for kommunen.

Svar: Det stemmer at ein har einefullmakt på ein konto i samband med utlån, men Intrum har eit system for oppfølging av utbetalingar av lån som har stor grad av kontroll. Stord kommune meiner dette ikkje kan misbrukast slik det er rigga i dag.

Årsmeldinga

Observasjon frå BDO: Avdekt fleire feil i årsmeldinga i presentasjonen av rekneskapstal (i teksten). Dette gjeld malelom anna skatteinngang, renter og avdreg, samt netto lånegjeld. Talla er korrigert i endeleg årsrekneskap.
Tilråding frå BDO: Kommunen må kvalitetssikre tala før oversendelse til revisor.

Svar: Mottatt.

Observasjon frå BDO: Konsolidert rekneskap for Stord kommune inkl. Stord hamn
➢ Stord hamn er revidert som eit eige oppdrag

➢ Det konsoliderte rekneskapen til Stord kommune inneheld ikkje notar i samsvar med krava i budsjett-og rekneskapsforskrifta for kommunar og fylkeskommunar mv. §10-5 og GKRS nr. 14

Tilråding frå BDO: Kommunen bør i rekneskapen for 2026 innarbeide dei pliktige noteopplysningar i det konsoliderte rekneskapen. Forholdet har ikkje hatt konsekvensar for revisjonsberetninga.

Svar: Mottatt.

Med helsing

Marianne Heggholmen Aarbø
Økonomisjef

Saksframlegg

Saksnr:	2023/472-32
Saksbehandlar:	Malene Hopsdal Grønningen

Saksgang

Utval	Utv.saksnr.	Møtedato
Stord kommune, Kontrollutvalet	22/26	10.09.2026

Orientering om sak PS 09/2025 - utval for oppvekst og kultur

Forslag til vedtak

1. Utvalet tek informasjonen til orientering.

Samandrag

I tråd med vedtak i sak PS 35/25 «Gjennomgang av møteprotokollar i Stord kommune» er det avtalt at administrasjonen kjem i møtet 09.03.2026 for å gi kontrollutvalet ei orientering om den vidare prosessen knytt til sak PS 09/2025 i utval for oppvekst og kultur.

Anne Kristin Meyer
kontrollsjef

Malene Hopsdal Grønningen
rådgjevar

Saksframlegget er godkjent elektronisk og har difor inga handskriven underskrift

Saksutgreiing

Bakgrunn for saka

Saka har sitt utspring frå vedtak i sak PS 35/25 «Gjennomgang av møteprotokollar i Stord kommune» etter møte i kontrollutvalet 03.12.2025.

Der vart det blant anna fatta følgjande vedtak:

1. Kontrollutvalet ber administrasjonen om å gi ei orientering i aprilmøtet om den vidare prosessen knytt til sak PS 09/2025 i utval for oppvekst og kultur.

Administrasjonen vart invitert til å halde orienteringa i møtet gjennom e-post sendt 17.12.2025.

Det møtte ikkje representantar frå administrasjonen, og den planlagde orienteringa vart difor ikkje gjennomført.

På denne bakgrunn vedtok kontrollutvalet å utsetje behandlinga av saka. Orienteringa er planlagt gjennomført i kontrollutvalet sitt møte 10.09.2026.

Vedtakskompetanse

Kontrollutvalet har vedtakskompetanse i sak der utvalet vil innhenta informasjon, jf. kommunelova § 23-2.

Vurderingar og verknader

Det er avtalt med administrasjonen at dei kjem og orienterer kontrollutvalet i møte 10.09.2026.

Konklusjon

Sekretariatet rår til at informasjonen vert teken til orientering.

Saksframlegg

Saksnr:	2023/486-36
Saksbehandlar:	Malene Hopsdal Grønningen

Saksgang

Utval	Utv.saksnr.	Møtedato
Stord kommune, Kontrollutvalet	23/26	10.09.2026

Budsjett for kontrollarbeidet i Stord kommune 2027

Forslag til innstilling

1. Kontrollutvalget godkjenner budsjettforslaget for kontrollarbeidet i Stord kommune.
2. Budsjettforslag skal følgja sak med budsjettarbeidet fram til handsaming i kommunestyret.
3. Kommunestyret gjer endeleg vedtak om budsjett for kontrollarbeidet i 2027.

Samandrag

Kontrollutvalet har ansvar for utarbeiding av forslag til budsjett for kontrollarbeidet i kommunen. Forslaget skal følgje innstillinga for årsbudsjettet til kommunestyret, som gjer endeleg vedtak i budsjettsaka

Anne Kristin Meyer
kontrollsjef

Malene Hopsdal Grønningen
rådgjevar

Saksframlegget er godkjent elektronisk og har difor inga handskriven underskrift

Vedlegg

1. Forslag til KUV-budsjett 2027 Stord

Saksutgreiing

Bakgrunn for saka

Av forskrift for kontrollutvalg og revisjon kan ein i § 2 «*Kontrollutvalgets rolle i fastsettelsen av budsjett for kontrollarbeidet»* lesa:

«Kontrollutvalget skal utarbeide forslag til budsjett for kontrollarbeidet i kommunen eller fylkeskommunen. Forslaget skal følge innstillingen til årsbudsjettet etter kommuneloven § 14-3 tredje ledd til kommunestyret eller fylkestinget.»

Kontrollutvalet sine oppgåver: (Kommunelova)

§ 23-2 Kontrollutvalgets ansvar og myndighet

Kontrollutvalget skal påse at

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

§ 23-3 *Forvaltningsrevisjon*

«Forvaltningsrevisjon innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak.

Kontrollutvalget skal minst én gang i valgperioden, og senest innen utgangen av året etter at kommunestyret eller fylkestinget er konstituert, utarbeide en plan som viser på hvilke områder det skal gjennomføres forvaltningsrevisjoner. Planen skal baseres på en risiko- og vesentlighetsvurdering av kommunens eller fylkeskommunens virksomhet og virksomheten i kommunens eller fylkeskommunens selskaper. Hensikten med risiko- og vesentlighetsvurderingen er å finne ut hvor det er størst behov for forvaltningsrevisjon.

Planen skal vedtas av kommunestyret og fylkestinget selv. Kommunestyret og fylkestinget kan delegere til kontrollutvalget å gjøre endringer i planen.»

§ 23-4 *Eierskapskontroll*

«Eierskapskontroll innebærer å kontrollere om den som utøver kommunens eller fylkeskommunens eierinteresser, gjør dette i samsvar med lover og forskrifter, kommunestyrets eller fylkestingets vedtak og anerkjente prinsipper for eierstyring.

Kontrollutvalget skal minst én gang i valgperioden, og senest innen utgangen av året etter at kommunestyret eller fylkestinget er konstituert, utarbeide en plan for hvilke eierskapskontroller som skal gjennomføres. Planen skal baseres på en risiko- og vesentlighetsvurdering av kommunens og fylkeskommunens eierskap. Hensikten med risiko- og vesentlighetsvurderingen er å finne ut hvor det er størst behov for eierskapskontroll.

Planen skal vedtas av kommunestyret og fylkestinget selv. Kommunestyret og fylkestinget kan delegere til kontrollutvalget å gjøre endringer i planen.»

Av dette går det fram at utvalet har eit omfattende lovpålagt kontrollansvar på vegne av kommunestyret i Stord kommune. For at kontrollutvalet skal kunna ivareta dette kontrollansvaret på ein tilfredsstillande måte, i tråd med lovkravet, krevst det at kommunestyret stiller tilstrekkeleg med budsjettmidler til disposisjon. Det at kontrollutvalet blir gjort i stand til å ivareta sitt

kontrollansvar, bl.a. ved å få tilført tilstrekkeleg med budsjettmidlar, vil bidra til å styrka utvalet sin uavhengigheit og legitimitet.

Vedtakskompetanse

Kontrollutvalet skal utarbeide budsjettforslag for kontrollarbeidet, medan det er kommunestyret som har vedtakskompetansen i saka, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 2.

Vurderingar og verknader

For revisjonstenesta er det teke utgangspunkt i avtalen frå 2025 med ekstern revisor. Budsjettert kostnad med revisjonen skal dekkje arbeid med rekneskapsrevisjon og anna revisjonsarbeid, herunder prosjekt innan forvaltningsrevisjon og eigarskapskontroll. Det er også teke utgangspunkt i prisjustering.

Når det gjeld sekretariatstenesta, vert det lagt inn prisauke etter KPI, i likskap med tidlegare år.

Erfaring frå kommunane dei siste åra viser at det jamleg kjem opp saker og prosjekt som kontrollutvalet vert oppmoda om å sjå nærare på, men som ikkje inngår i vedtekne planar for forvaltningsrevisjon og eigarskapskontroll. Slike saker har i fleire tilfelle medført kostnader som har gjort det nødvendig for kontrollutvalet å be om ekstra midlar eller tilleggsløyvingar.

Sekretariatet meiner difor det er føremålstenleg å setja av ein eigen post til ekstra tiltaksmidlar i budsjettet. Midlane er tenkte nytta til eventuelle ad hoc-oppgåver og utgreiingar som kontrollutvalet finn det naudsynt å gjennomføra i løpet av året, utover prosjekta som følgjer av vedtekne planar. Behov for slike oppgåver kan til dømes oppstå på bakgrunn av førespurnader frå innbyggjarar, medieoppslag eller bestillingar frå kommunestyret.

For 2027 er behovet for ein slik reserve særleg aktuelt ettersom dette er eit valår. Mot slutten av året kan det oppstå behov for handsaming av ekstra saker i samband med konstituering og oppstart av nytt kontrollutval. Det er på denne bakgrunnen lagt inn 60 000 kroner til ekstra tiltaksmidlar i budsjettet for 2027.

Det er teke høgd for at det ikkje skal gjennomførast folkevaldopplæring eller omfattande planarbeid i 2027, noko som reduserer enkelte kostnadspostar.

Kontingent for medlemskap i Forum for kontroll og tilsyn (FKT) vert justert av årsmøtet for komande år. Budsjettet er justert opp etter nye tal frå FKT.

Vidare er det lagt til grunn 5 møte i kontrollutvalet i 2027. Det er vidare lagt inn kostnader med kurs, og at medlemmane i kontrollutvalet kan delta på fagkonferansar. Elles er det lagt inn møtegodtgjersle og tapt arbeidsforteneste i tråd med godtgjerslereglementet til kommunen.

Konklusjon

Sekretariatet tilrår at kontrollutvalet godkjenner budsjettet slik det føreligg. Budsjettframlegget skal følgja sak med budsjettarbeid fram til handsaming i kommunestyret. Det er kommunestyret som skal gjera endeleg vedtak når det gjeld budsjett for kontrollarbeidet i Kvinnherad kommune.

Budsjettforslag for kontrollutvalet i Stord kommune for 2027

Konto	Tekst	Budsjett 2026		Budsjett 2027		Merknad
10802	Utval / leiargodtgjersle	kr	121 498	kr	127 221	Utvalsleiar 10% av løn stortingsrepr
10803	Møtegodtgjersle	kr	24 057	kr	22 391	Timesats 0,02% av stortingsrepr.*
10804	Tapt arbeidsforteneste	kr	11 000	kr	11 000	
10803	Feriepenger tapt arbeidsforteneste	kr	1 320	kr	1 320	
	Delsum	**kr**	**157 874**	**kr**	**161 932**	
10990	Arbeidgiveravgift (AGA)	kr	22 260	kr	22 832	
	Delsum	**kr**	**180 134**	**kr**	**184 764**	
11400	Annonse	kr	6 000			
		kr	-	kr	-	
11008	Faglitteratur og abonnement	kr	2 400	kr	2 400	
11152	Servering på møta	kr	-	kr	-	
		kr	-	kr	-	
11500	Kurs og etterutdanning	kr	17 000	kr	17 000	
11500	Folkevaldopplæring for kontrollutvalet	kr	25 000	kr	-	Kvart 2. år: 2026 - 2028 osv.
11600	Skyss og kostgodtgjersle	kr	-	kr	-	
11709	Andre reiseutgifter utlegg	kr	-	kr	-	
11951	Kontingentar	kr	11 250	kr	11 850	Jmf. FKT årsmøtevedtak
13300	Kjøp av sekretariatstenester	kr	293 310	kr	304 456	Justert etter KPI
13300	Gjennomføra konk. om rev. ten.	kr	-	kr	-	Ikkje konkurranse i 2027
12702	Konsulent/rådgj.ten. (Revisjon)	kr	1 215 000	kr	1 237 610	
12702	Konsulent/rådgj.ten. (Revisjon)	kr	-	kr	-	Ikkje omfattande planarbeid i 2027
12702	Konsulentten. frå ubunde fond					
12702	Ekstra tiltaksmidlar	kr	30 000	kr	60 000	
	Delsum	**kr**	**1 599 960**	**kr**	**1 633 316**	
14290	Meirverdiavgift	kr	450 386	kr	408 329	Reduksjon som følgje av ingen folkevaldopplæring og at det ikkje er planlagt planarbeid i 2027.
17290	Moms-kompensasjon	kr	-450 386	kr	-408 329	
		kr	-	kr	-	
19400	Bruk av ubunde fond					
	Total budsjettramme	**kr**	**1 780 094**	**kr**	**1 818 080**	

* Reduksjonen skuldast at det tidlegare har vore budsjettert for varamedlem ved fråvær frå utvalsleiar. Eventuelle kostnader knytte til dette vert no dekte innanfor posten for ekstra tiltaksmidlar.

Saksframlegg

Saksnr:	2023/476-69
Saksbehandlar:	Malene Hopsdal Grønningen

Saksgang

Utval	Utv.saksnr.	Møtedato
Stord kommune, Kontrollutvalet	24/26	10.09.2026

Revisjon og risikovurdering i høve etterlevingskontroll 2026 for Stord kommune

Forslag til vedtak

1. Kontrollutvalet tar informasjonen frå BDO til orientering.
2. Utvalet ber vidare om at interimsrevisjonsrapport 2026 vert klar til handsaming i møte i kontrollutvalet 25.11.2026 med frist for levering til sekretariatet innan 11.11.26.
3. Kontrollutvalet ber også om at uttale om resultatet av den forenkla etterlevingskontrollen vert levert til same møte som årsrekneskapen for 2026 skal handsamast, normalt i april/mai-møtet i 2027, sjølv om den nasjonale fristen er sett til 30.06.

Samandrag

Kontrollutvalet i Stord kommune har ansvar for at det vert gjennomført rekneskapsrevisjon i kommunen. I denne saka skal den valde revisor, BDO, presentere sin plan for gjennomføring av rekneskapsrevisjonen, rekneskapsrevisjonen som er gjort så langt i 2026 og risiko- og vesentlegvurdering dei har føreteke om forenkla etterlevingskontroll for 2026.

Anne Kristin Meyer
kontrollsjef

Malene Hopsdal Grønningen
rådgjevar

Saksframlegget er godkjent elektronisk og har difor inga handskriven underskrift

Saksutgreiing

Bakgrunn for saka

Kontrollutvalet i Stord kommune har m.a. ansvar for at det vert gjennomført rekneskapsrevisjon i kommunen på ein tryggande måte. Denne saka er ein lekk i oppfølginga av dette.

Vedtakskompetanse

Kontrollutvalet har vedtakskompetanse i denne saka, jf. kommunelova § 23-2 Kontrollutvalgets ansvar og myndighet som lyd m.a. slik

> «Kontrollutvalget skal påse at
>
> a) kommunens eller fylkeskommunens regnskaper blir revidert på en betryggende måte
> b) det føres kontroll med at den økonomiske forvaltningen foregår i samsvar med gjeldende bestemmelser og vedtak»

På bakgrunn av punkt b) over står det dette i kommunelova § 24-9 Forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen:

> «Regnskapsrevisor skal se etter om kommunens eller fylkeskommunens økonomiforvaltning i hovedsak foregår i samsvar med bestemmelser og vedtak.
>
> Revisor skal basere oppgaven på en risiko- og vesentlighetsvurdering, som skal legges fram for kontrollutvalget. Revisor skal innhente tilstrekkelig informasjon til å vurdere om det foreligger brudd på lover, forskrifter eller vedtak, der bruddet er av vesentlig betydning for økonomiforvaltningen.
>
> Revisor skal senest 30. juni avgi en skriftlig uttalelse til kontrollutvalget, med kopi til kommunedirektøren, om resultatet av kontrollen.»

Vidare går det fram av Forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 3 m.a. dette:

> «Kontrollutvalget skal holde seg løpende orientert om revisjonsarbeidet og påse at
>
> a) kommunens eller fylkeskommunens årsregnskaper blir revidert på en betryggende måte
> b) regnskapsrevisjonen utføres i samsvar med lov, forskrift og kontrollutvalgets instrukser og avtaler med revisor
> c) regnskapsrevisjonen blir utført av revisorer som oppfyller kravene i kapittel 2 og 3.»

Vurderingar og verknader

Revisjonsplan og risikovurdering forenkla etterlevingskontroll av økonomiforvaltninga i 2026 er vedlagt saka.

Etter sekretariatet si oppfatning er BDO sin revisjonsplan 2026 og revisor si risiko- og vesentlegvurdering om forenkla etterlevingskontroll for 2026 to sider av same sak. Det er difor naturleg at desse to tilhøva vert handsama i same sak.

Kontrollutvalet si handsaming av revisjonsplan, informasjon om rekneskapsrevisjonen så langt og risiko- og vesentlegvurdering i høve forenkla etterlevingskontroll som skal utførast i 2026, vil vera ein lekk i å sjå til at kommunen sine rekneskapar vert revidert på ein tryggande måte.

Når det gjeld kontrollutvalet sitt ansvar i høve kommunelova § 24-9 om forenkla etterlevings-kontroll er det naturleg at BDO legg fram sin uttale om resultatet av denne i same møte som årsrekneskapen for 2026 skal handsamast, normalt i mai møtet i 2027, sjølv om den nasjonale fristen er sett til 30.06.

Slik sekretariatet ser det, bør kontrollutvalet få høve til å koma med innspel til fokusområde i interimsrevisjonen og etterlevingskontrollen som skal gjennomførast denne hausten, dersom dei ønskjer det, sjølv om det er revisjonen som fastset dei endelege fokusområda.

Konklusjon

Dersom det ikkje kjem fram noko spesielt i møtet vert det tilrådd at kontrollutvalet tar informasjonen frå BDO til orientering.

Vidare vert det tilrådd at kontrollutvalet ber om at interimsrevisjonsrapport 2026 vert klar til handsaming i møte 25.11.2026 med frist for levering til sekretariatet innan 11.11.26.

Det vert også tilrådd at kontrollutvalet ber om at uttale om resultatet av den forenkla etterlevingskontrollen vert levert til same møte som årsrekneskapen for 2026 skal handsamast, normalt i maimøtet i 2027, sjølv om den nasjonale fristen er sett til 30.06.



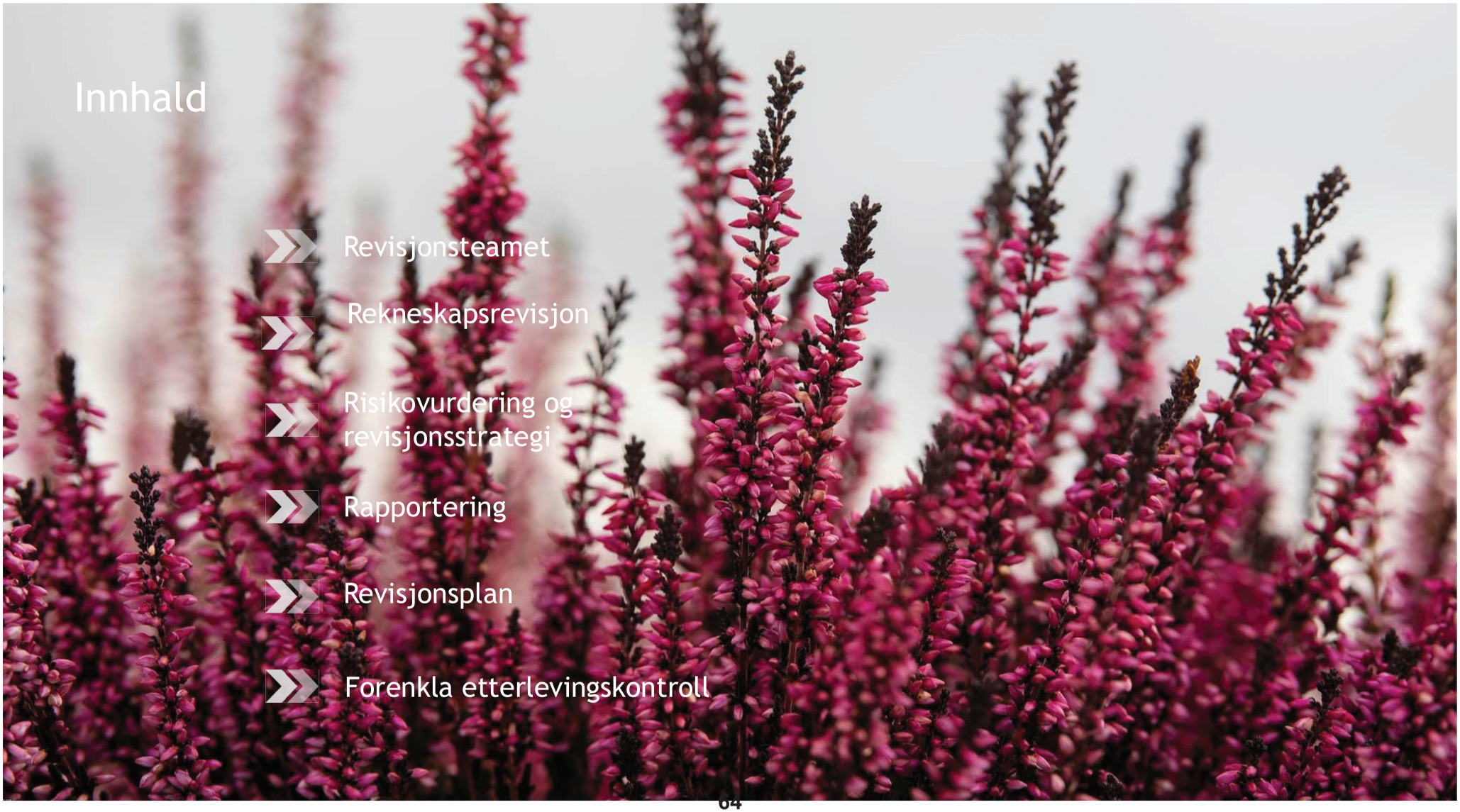
OVERORDNA REVISJONSSTRATEGI

Stord kommune

Solveig Bø Dalstø

26. august 2026

Innhald



- Revisjonsteamet
- Rekneskapsrevisjon
- Risikovurdering og revisjonsstrategi
- Rapportering
- Revisjonsplan
- Forenkla etterlevingskontroll

Revisjonsteamet



Namn: Solveig Bø Dalstø
Tittel: Oppdragsansvarleg revisor
sobo@bdo.no
Telefon: +47 958 46 534



Namn: Ørjan Johannessen
Tittel: Senior manager
orjan.johannessen@bdo.no
Telefon: +47 945 07 989



Namn: Vegard Hauge Larsen
Tittel: Manager
vegard.larsen@bdo.no
Telefon: +47 947 87 525



Namn: Andreas Husabø
Tittel: Senior associate
andreas@bdo.no
Telefon: +47 977 05 836



Namn: Ole Stordal
Tittel: Senior associate
ole.stordal@bdo.no
Telefon: +47 406 33 659



Namn: Karoline Emblem
Tittel: Associate
karoline.emblem@bdo.no
Telefon: +47 415 45 698



Rekneskapsrevisjon

Revisjonsoppgåver

- **Revisjon av rekneskapen**
- **Etterlevingsrevisjon av bokføringsreglane**
- **Kontroll av årsmeldinga**
  - Innhald (kva som blir omtala, ikkje kvaliteten på omtalen)
  - Konsistens
- **Løyvingskontroll**
  - Gir årsmeldinga dekkjande opplysningar om vesentlege budsjettavvik, både beløpsmessige avvik og avvik frå føresetnadene til kommunestyret
  - Kva er dei viktigaste føresetnadene til kommunestyret?
- **Intern kontroll**
  - Sjå etter at den økonomiske internkontrollen er innretta på ein tryggjande måte
- **Økonomiforvaltninga**
  - «Forenkla etterlevingskontroll»

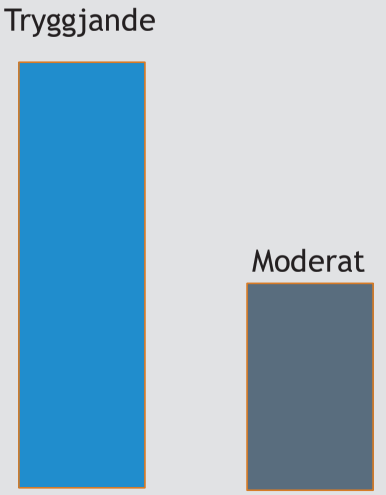


Revisjonsoppgåver

Tryggjande og moderat sikkerheit i kommunal revisjon

- **Tryggjande sikkerheit**
  - Årsrekneskapen, inkludert innhald og konsistens i årsmeldinga
  - Bokføringsreglane
- **Moderat sikkerheit**
  - Løyvingskontroll
  - Økonomiforvaltning
- **Konsekvensar av moderat sikkerheit**
  - Kontrollhandlingane blir i utgangspunktet avgrensa til førespurnader og analysar
  - Omfanget av kontrollhandlingane er vesentleg lågare
  - Konklusjonen blir formulert i negativ form

Sikkerheitsnivå i revisjonen



© BDO

Vesentlegheit

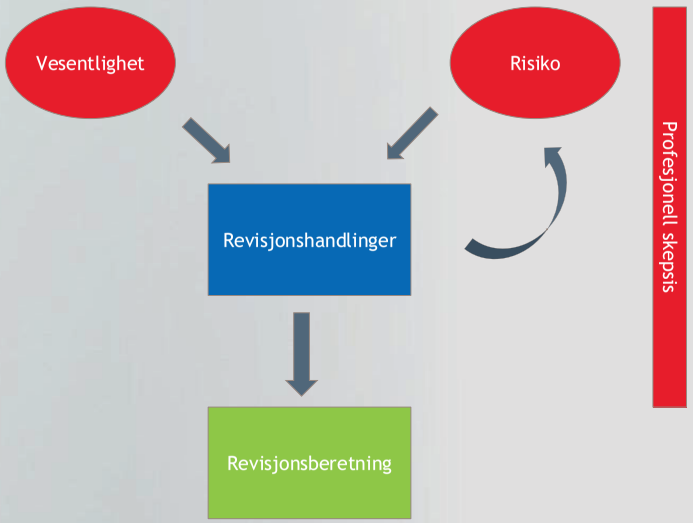
Feilinformasjon, også utelatingar, blir rekna som vesentleg dersom den, åleine eller samla, med rimeleg grunn kan forventast å påverke dei økonomiske avgjerdene som brukarane tek på grunnlag av rekneskapen.

- Kven er brukarane av rekneskapen?
- Kvar går «smerteterskelen»?



Bruk av vesentlegheit i revisjonen

- Samla vesentlegheit for revisjonen av kommunen
- Arbeidsvesentlegheit
- Grense for ubetydelege feil



© BDO

Vurdering av risiko for vesentleg feilinformasjon

- Vi identifiserer alle risikoar som med rimeleg sannsynlegheit kan vere vesentlege
- Vi vurderer ibuande risikofaktorar for dei identifiserte risikoane
- Vi vurderer ibuande risiko på ein skala basert på sannsyn og konsekvens
  - Større fleksibilitet i risikovurderinga
  - Vi vil tilpasse desse vurderingane ved detaljplanlegginga for 2026



Risiko og revisjonsmessig tilnærming

- Risikoen for at feil oppstår
- Risikoen for at feil ikkje blir avdekte og korrigerte av den interne kontrollen
- To hovudprinsipp for revisjonsmessig tilnærming:
  - Revidere at den interne kontrollen fungerer som føresett
  - Revidere substansen i dei rapporterte tala



© BDO



Risikovurdering og revisjonsstrategi

Effektive prosessar gjev kvalitet i finansiell rapportering

God verksemdsstyring reduserer risikoen for feil



© BDO

Risiko for rekneskapsmessige feil

Utan omsyn til interne kontrolltiltak

Risikokart

1. Pensjonar
2. Investeringar/anlegg under utføring
3. Variabel løn
4. Fast eigedom
5. Langsiktig gjeld
6. Fast løn
7. Innkjøp
8. Skatteinntekter og rammetilskot
9. Eigenkapital
10. Kortsiktig gjeld
11. IT-system
12. Immaterielle eigedelar
13. Tilfeldig inntekt
14. Bankinnskot
15. Fordringar
16. Fakturerbar inntekt



© BDO

Identifiserte risikoområde

- **Inntekter**
  - Skatteinngang og rammeoverføringar – låg eller ingen risiko for feil
  - Fakturerbare inntekter – rutinetransaksjonar, normalt låg risiko for feil
  - Tilfeldige inntekter – ikkje rutinetransaksjonar, normalt høgare risiko for feil

- **Overstyring frå leiinga**
  - Påverkar alle delar av årsrekneskapen – alltid ein mislegheitsrisiko

- **Skiljet mellom drifts- og investeringsrekneskap**
  - Påverkar høvet til lånefinansiering
  - Påverkar minimumsavdrag
  - Vurdere tidspunktet for aktivering i balansen/føring i investeringsrekneskapen for prosjekt under utføring

© BDO

Identifiserte risikoområde

- **Pensjonar**
  - Det kan vere ein viss risiko for at grunnlaget for aktuarberekninga ikkje er korrekt
- **Løn**
  - Vesentleg utgift
  - Variabel løn medfører ein viss kompleksitet
  - Låg risiko knytt til fast løn
- **Innkjøp**
  - Høge volum, men lågt sannsyn for vesentlege feil

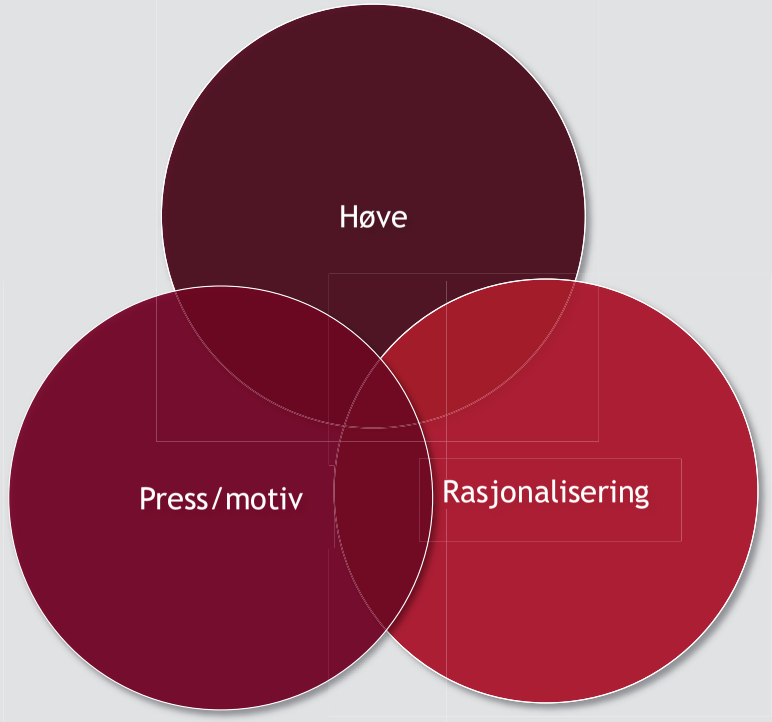


© BDO

Risiko for mislegheiter

Tre forhold som vanlegvis er til stades ved mislegheiter

- Kva er leiinga si vurdering av risikoen for at rekneskapen kan innehalde vesentleg feilinformasjon som følgje av mislegheiter?
- Vurdering av risiko for mislegheiter knytte til tjuveri, underslag og liknande forhold?



© BDO

Revisjonsstrategi

- **Inntekter**
  - Direkte verifikasjon av skatteinngang og rammetilskot
  - Analytiske kontrollhandlingar
  - Test av kontrollar
- **Kostnader**
  - Mykje blir dekt gjennom revisjonen av kompensasjonsmeldinga for meirverdiavgift
  - Testing av kontrollar i samband med revisjonen av kompensasjonsmeldinga for meirverdiavgift
  - Analyse og testing av kontrollar på område som ikkje blir dekte gjennom vår revisjon av kompensasjonsmeldinga for meirverdiavgift
  - Kontroll av periodisering per 31.12



© BDO

Revisjonsstrategi – framhald

- **Løn og refusjonar**
  - Test av kontrollar
  - Analytiske kontrollhandlingar

- **Pensjonar**
  - Oppfølging av status for registrering av grunnlagsdata og kommunen sitt arbeid med å oppdatere desse opplysningane
  - Test av korrekte grunnlagsdata og kontroll av aktuarberekningar

- **IKT-miljø og generelle IKT-kontrollar for løns- og økonomisystem**
  - Gjennomgang med IKT-leiinga og systemansvarlege
  - Test av generelle IKT-kontrollar i løns- og økonomisystemet
  - Vi har ikkje avdekt manglar av vesentleg tyding i styringa og kontrollen av IKT-miljøet i kommunen



© BDO



Revisjonsplan

REVISJONSPLAN

PLANLEGGING OG RISIKOVURDERING	INTERIMSREVISJON	ÅRSOPPGJERSREVISJON	AVLEGGING AV ÅRSREKNESKAPEN
Aktivitetar • Risikovurdering • Presentasjon av revisjonsplan for kontrollutvalet • Sluttføre revisjonsplan og fastsetje vesentlegheitsgrenser • Revisjon av inngåande balanse • Attestasjon	**Aktivitetar** • Kartleggje rutinar og internkontroll • Internkontrolltesting og detaljtesting • IT-revisjon • Analytiske kontrollhandlingar • Gjennomgang av rekneskapspostar som kan avklarast før årsoppgjeret • Attestasjon	**Aktivitetar** • Revisjon av balansepostar og postar i drifts- og investeringsrekneskapen • Gjennomgang av budsjettjusteringar/utgreiing for vesentlege budsjettavvik • Attestasjon	**Aktivitetar** • Sluttføring av revisjonen • Revisjon av årsrekneskapen med tilhøyrande notar • Konsolidert rekneskap • Revisjon av årsmeldinga • Uttale frå leiinga • Attestasjon
Rapportering • Presentasjon av revisjonsplan og risikovurdering for kontrollutvalet	**Rapportering** • Oppsummering med leiinga • Rapportering til kontrollutvalet	**Rapportering** • Oppsummering med leiinga • Rapportering til kontrollutvalet	**Rapportering** • Revisjonsmelding innan 15. april • Eventuell attestasjon Løns- og pensjonskostnader (kontrolloppstilling)
AUGUST/SEPTEMBER	OKTOBER/NOVEMBER	FEBRUAR/MARS	MARS/APRIL

© BDO



Forenkla etterlevingskontroll

Forenkla etterlevingskontroll

1) Krav i kommunelova § 24-9

- Vert utført i samsvar med ISAE 3000 Attestasjon som ikkje er revisjon eller forenkla revisorkontroll av historisk finansiell informasjon
- Skal auka den tiltenkte brukaren sin tillit til informasjonen
- Moderat tryggleik

2) Etterlevingskontroll med vesentleg betydning for økonomiforvaltninga. Kan definerast ut frå to forhold:

- **Kvantitativ vesentlegheit:** Beløpsstorleik relatert til kommunen eller til ein enkelt innbyggjar eller gruppe innbyggjarar
- **Kvalitetativ vesentlegheit:** Manglande etterleving av føresegner og vedtak som ikkje nødvendigvis har vesentleg beløpsmessig betydning (til dømes omdømetap og samfunnsmessig aktualitet)

3) Risikovurdering:

- Vurdering av kva område innan økonomiforvaltninga der det er størst sannsyn for brot på føresegner og vedtak, og kva konsekvensar slike brot kan få

4) Rekneskapsrevisor

- Det er den valde rekneskapsrevisoren til kommunen som skal utføra forenkla etterlevingskontroll

© BDO

Forenkla etterlevingskontroll – risikovurdering

Risikokart

1. Kontraktsoppfølging
2. Offentlege anskaffingar
3. Driftstilskot til private barnehagar
4. Finansforvaltning
5. GDPR-etterleving
6. Sjølvkost
7. Offentlege tilskot/støtteordningar



© BDO


BDO

Denne presentasjonen er kun ment som støtte til fremleggelse av prosjektets/oppdragets arbeid, og er ikke ment som selvstendig dokument uten tilhørende muntlig presentasjon. Kun den overleverte prosjektrapporten og eventuelle øvrige skriftlige dokumenter knyttet til prosjektet/oppdraget som er utarbeidet av oss representerer prosjektets/oppdragets leveranse.

© BDO

BDO AS
Inger Bang Lundsvei 4
5059 Bergen

Til kontrollutvalet i Stord kommune

Uttale frå revisor om forenkla etterlevelingskontroll med økonomiforvaltninga

Vi har utført eit attestasjonsoppdrag som skal gi moderat tryggleik, knytt til Stord kommune si etterleving av føresegner og vedtak for økonomiforvaltninga på følgjande område;

- Kontroll av etterleving av reglane om offentlege anskaffingar i kommunen sitt interne regelverk, der vi har kontrollert om kommunen sine anskaffingar er gjorde frå leverandørar som har avtale med kommunen.

Vi har kontrollert perioden 01.01.2025 til 31.12.2025.

Kriteria er henta frå mellom anna:

- Anskaffingsreglement Sunnhordland interkommunale innkjøpsforum
- Anskaffingsstrategi
- Anskaffingsrettleiar
- Andre relevante rutinar frå Stord kommune

Leiinga sitt ansvar for etterleving av føresegner og vedtak for økonomiforvaltninga

Kommunedirektøren har ansvaret for å etablera administrative rutinar som sikrar at økonomiforvaltninga blir utøvd i samsvar med føresegner og vedtak, og at økonomiforvaltninga er gjenstand for betryggjande kontroll.

Vår uavhengigheit og kvalitetskontroll

Vi har utført oppdraget i samsvar med etiske retningslinjer for revisjonsselskapet, som inneheld krav til uavhengigheit og andre krav basert på grunnleggjande prinsipp om integritet, objektivitet, fagleg kompetanse og tilbørleg aktsemd, konfidensialitet og profesjonell framferd.

I samsvar med internasjonal standard for kvalitetsstyring (ISQM1 Kvalitetsstyring i revisjonsforetak) har BDO AS eit tilfredsstillande kvalitetskontrollsystem, inkludert dokumenterte retningslinjer og rutinar for etterleving av etiske krav, faglege standardar og krav i gjeldande lovverk.

Våre oppgåver og plikter

Vår oppgåve er å gi ei uttale om etterleving av føresegner og vedtak for økonomiforvaltninga på grunnlag av bevisa vi har henta inn. Vi har utført attestasjonsoppdraget vårt med moderat tryggleik i samsvar med reglane i kommunelova og RSK 301 Forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen. Standarden krev at vi planlegg og gjennomfører oppdraget for å oppnå moderat tryggleik for om det ligg føre vesentlege feil og manglar ved etterlevinga av føresegner og vedtak i kommunen si økonomiforvaltning på det området vi har kontrollert.

Oppdraget er basert på ei risiko- og vesentlegheitsvurdering som er lagd fram for kontrollutvalet.

Utføring av eit attestasjonsoppdrag som skal gi moderat tryggleik etter RSK 301, inneber å utføre handlingar for å innhente bevis for at føresegner og vedtak for økonomiforvaltninga blir etterlevde.

Penneo Dokumentnøkkel: K4AVG-55SNA-T6P6E-SYOCU-UVHBY-N25WR

Val av type handlingar, tidspunkt for gjennomføring og omfang er basert på skjønnet til revisor. Moderat tryggleik har klart lågare grad av tryggleik enn betryggjande tryggleik, og vi gir difor ikkje uttrykk for same grad av tryggleik som i ei revisjonsmelding.

Vi meiner at vi har innhenta tilstrekkelege og føremålstenlege bevis som grunnlag for konklusjonen vår.

Konklusjon

På grunnlag av dei handlingane som er utførte og dei bevisa som er innhenta, er vi ikkje gjorde merksame på noko som gir oss grunnlag til å tru at Stord kommune i det alt vesentlege ikkje har etterlevd føresegnene i dei interne rutinane som gjeld offentlege anskaffingar og bruk av leverandørar med avtale med kommunen.

Denne uttalen er utarbeidd for å gi kontrollutvalet eit betre grunnlag for å ivareta påsjåansvaret sitt med økonomiforvaltninga, og til informasjon for Stord kommune. Uttalen er ikkje nødvendigvis eigna til andre føremål.

Bergen, 31. august 2026
BDO AS

Solveig Bø Dalstø
Statsautorisert revisor
(elektronisk signert)

Penneo Dokumentnøkkel: K4AVG-55SNA-T6P6E-SYOCU-UVHBY-N25WR

BDO AS, et norsk aksjeselskap, er deltaker i BDO International Limited, et engelsk selskap med begrenset ansvar, og er en del av det internasjonale nettverket BDO, som består av uavhengige selskaper i de enkelte land. Foretaksregisteret: NO 993 606 650 MVA.

Signaturene i dette dokumentet er juridisk bindende. Dokument signert med "Penneo™ - sikker digital signatur". De signerende parter sin identitet er registrert, og er listet nedenfor.

"Med min signatur bekrefter jeg alle datoer og innholdet i dette dokument."

Solveig Bø Dalstø
Oppdragsansvarlig revisor
På vegne av: BDO AS
Serienummer: EIDNO-BANKID-9578-5998-4-2391844
IP: 188.95.xxx.xxx
2026-08-31 08:42:03 UTC

QES

bankID

Penneo Dokumentnøkkel: K4AVG-55SNA-T6P6E-SYOCU-UVHBY-N25WR

Dette dokumentet er signert digitalt via **Penneo.com**. De signerte dataene er validert ved hjelp av den matematiske hashverdien av det originale dokumentet. All kryptografisk bevisføring er innebygd i denne PDF-en for fremtidig validering.

Dette dokumentet er forseglet med et kvalifisert elektronisk segl. For mer informasjon om Penneos kvalifiserte tillitstjenester, se **https://eutl.penneo.com**.

Slik kan du bekrefte at dokumentet er originalt
Når du åpner dokumentet i Adobe Reader, kan du se at det er sertifisert av **Penneo A/S**. Dette beviser at innholdet i dokumentet ikke har blitt endret siden tidspunktet for signeringen. Bevis for de individuelle signatørenes digitale signaturer er vedlagt dokumentet.

Du kan bekrefte de kryptografiske bevisene ved hjelp av Penneos validator, **https://penneo.com/validator**, eller andre valideringsverktøy for digitale signaturer.

Saksframlegg

Saksnr:	2024/52-20
Saksbehandlar:	Malene Hopsdal Grønningen

Saksgang

Utval	Utv.saksnr.	Møtedato
Stord kommune, Kontrollutvalet	25/26	10.09.2026

Vurdering av om BDO er uavhengig i høve Stord kommune

Forslag til vedtak

1. Kontrollutvalet tar eigenvurderinga frå partner Solveig Bø Dalstø, vedrørande om BDO er uavhengig i høve Stord kommune, til etterretning.

Samandrag

Føremålet med denne saka er at kontrollutvalet skal ta stilling til om BDO er uavhengig i høve Stord kommune. Vedlagt uavhengigheitserklæring ligg til grunn for saka.

Anne Kristin Meyer
kontrollsjef

Malene Hopsdal Grønningen
rådgjevar

Saksframlegget er godkjent elektronisk og har difor inga handskriven underskrift

Vedlegg
1- Bekrefting av revisor sin uavhengighet i høve Stord kommune

Saksutgreiing

Bakgrunn for saka

I samsvar med Forskrift om kontrollutvalg og revisjon skal ansvarleg revisor for kommunar og fylkeskommunar vurdere sin uavhengigheit. Oppfølging av dette kravet ligg til kontrollutvalet.

Vedtakskompetanse

Kontrollutvalet har vedtakskompetanse i denne saka jf. kommunelova § 23-2, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon §§ 16 og 19.

Vurderingar og verknader

I kommunelova § 23-2 Kontrollutvalgets ansvar og myndighet står det m.a. dette:

> «Kontrollutvalget skal påse at
>
> a) kommunens eller fylkeskommunens regnskaper blir revidert på en betryggende måte»

I Forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 16 Krav til revisors uavhengighet står det dette:

> «Revisor kan ikke utføre revisjon eller annen kontroll for kommunen eller fylkeskommunen hvis det foreligger særegne forhold som er egnet til å svekke tilliten til revisorens uavhengighet og objektivitet.
>
> Ansettelse som revisor i kommunen eller fylkeskommunen eller i en interkommunal samarbeidsordning medfører ikke i seg selv at revisoren mangler nødvendig uavhengighet og objektivitet.»

Vidare står det i § 19 Krav til egenvurdering av uavhengighet i same forskrift dette:

> «Den som utfører revisjon eller annen kontroll for en kommune eller fylkeskommune, skal løpende vurdere sin uavhengighet.
>
> Oppdragsansvarlig revisor skal hvert år, og ellers ved behov, gi en skriftlig egenvurdering av sin uavhengighet til kontrollutvalget.
>
> En skriftlig egenvurdering om revisjonens uavhengighet skal følge alle tilbud om revisjon.»

Som det går fram av kommunelova har kontrollutvalet ansvar for å sjå til at kommunen har ein forsvarleg revisjon.

Kontrollutvalet si behandling av eigenvurderinga til ansvarleg revisor, vil vera ein lekk i å sjå til at kommunen har ein forsvarleg revisjon.

I nokre kommunar har revisor utført oppgåver / prosjekt for kommunen, som ikkje er bestilt av kontrollutvalet. Det er ingenting i vegen for at dette kan gjennomførast, dersom det ikkje kjem i konflikt med uavhengigheit og objektivitet eller er arbeid av stort omfang. Det bør difor opplysast om revisor har utført oppdrag for kommunen ut over det som er bestilt av kontrollutvalet, og storleiken på oppdraget.

Av vedlegg i saka går det fram at BDO si eigenvurdering er at BDO er uavhengig ift. Stord kommune. Sekretariatet kan heller ikkje sjå at det kjem fram opplysningar i eigenerklæringa eller i kjente tilleggsopplysningar om anna revisjonsarbeid, som svekkar ansvarleg revisor i BDO sin uavhengigheit i høve Stord kommune.

Konklusjon

Ut frå innhaldet i eigenerklæring og tilleggsopplysningane vert det tilrådd å ta informasjonen til etterretning.

Inger Bang Lunds vei 4
5059 Bergen
www.bdo.no

Til kontrollutvalet i Stord kommune	

Vurdering av oppdragsansvarleg revisor si uavhengigheit for Stord kommune

Innleiing

I samsvar med kommunelova § 24-4 skal revisor vere uavhengig og ha god vandel. Dei nærare krava til revisor si uavhengigheit og vandel følgjer av forskrift om kontrollutvalg og revisjon §§ 16-19.

Krava til uavhengigheit og objektivitet gjeld for alle som utfører revisjons- og kontrolloppgåver for kommunen, herunder rekneskapsrevisjon, forvaltningsrevisjon og eigarskapskontroll. Dette omfattar oppdragsansvarleg revisor, medarbeidarar på oppdraget og eventuelt anna personell som er involvert i utføringa av oppdraget.

BDO AS har etablert eit kvalitetsstyringssystem i samsvar med internasjonal standard for kvalitetsstyring i revisjonsforetak (ISQM 1). Som del av kvalitetsstyringa vurderer vi risikoen for manglande etterleving av krav til uavhengigheit og andre relevante etiske krav. Risikovurderinga dannar grunnlag for retningslinjer og rutinar som skal handtere identifiserte risikoar. Som del av kvalitetsstyringssystemet innhentar vi årleg dokumentert stadfesting frå alle tilsette og anna personell om etterleving av krava til uavhengigheit.

Etter kontrollutvalgs- og revisjonsforskriften § 19 skal oppdragsansvarleg revisor årleg, og elles ved behov, gi kontrollutvalet ei skriftleg eigenvurdering av si uavhengigheit. Oppdragsansvarleg revisor si eigenvurdering er framstilt nedanfor.

Oppdragsansvarleg revisor si vurdering av uavhengigheit

Forskriftskrav	Oppdragsansvarleg revisor si eigenvurdering
Overordna krav til uavhengigheit (§ 16)	Underteikna stadfestar at det, basert på gjennomført vurdering, ikkje ligg føre forhold som er eigna til å svekkje tilliten til revisor si uavhengigheit og objektivitet.
Tilknyting til den reviderte verksemda (§ 17)	Underteikna har ikkje, verken sjølv eller gjennom nærståande, ei slik tilknyting til den reviderte eller kontrollerte verksemda, eller til verksemda sine tilsette eller tillitsvalde, som er eigna til å svekkje revisor si uavhengigheit og objektivitet.
Stillingar i kommunen (§ 18 a)	Underteikna har ikkje stillingar eller verv i Stord kommune.
Stillingar i verksemd (§ 18 b)	Underteikna har ikkje stillingar i verksemd som Stord kommune deltek i eller er eigar av, utover at BDO AS utfører revisjon for kommunen og er organisert som aksjeselskap.
Medlem av styrande organ (§ 18 c)	Underteikna er ikkje medlem av styrande organ i verksemd som Stord kommune deltek i eller er eigar av, utover at BDO AS utfører revisjon for kommunen og er organisert som aksjeselskap.
Verksemd (§ 18 d)	Underteikna deltek ikkje i, og har ikkje funksjonar i, anna verksemd som kan medføre at revisor sine interesser kjem i konflikt med interessene til Stord kommune, eller som på annan måte er eigna til å svekkje tilliten til revisor.

Penneo Dokumentnøkkel: D57IE-AYBUZ-FD2Q8-BOUDR-M1FON-43MIL

Rådgiving eller andre tenester (§ 18 e)	Før rådgivings- eller andre tenester eventuelt blir utførte, vurderer underteikna arten og omfanget av tenesta med omsyn til revisor si uavhengigheit og objektivitet. Dersom vurderinga tilseier at tenesta vil vere i strid med kontrollutvalgs- og revisjonsforskriften § 18 e, blir tenesta ikkje utført. Revisor vurderer kvart enkelt tilfelle særskilt. Revisor kan svare på førespurnader som gjeld rettleiing og bistand innanfor rammene av revisorrolla, så lenge dette ikkje inneber deltaking i kommunen sine avgjerder eller utføring av leiings- og kontrolloppgåver. Underteikna er merksam på at slik rettleiing må utøvast med varsemd, og på ein måte som ikkje påverkar eller avgrensar revisor sine seinare revisjons- og kontrollvurderingar. Underteikna har ikkje ytt rådgivings- eller andre tenester til Stord kommune som er i strid med denne føresegna.
Tenester under kommunen sine eigne leiings- og kontrolloppgåver (§ 18 f)	Underteikna har ikkje ytt tenester til Stord kommune som høyrer inn under kommunen sine eigne leiings- og kontrolloppgåver.
Fullmektig for den revisjonspliktige (§ 18 g)	Underteikna opptrer ikkje som fullmektig for Stord kommune eller på annan måte som representant for kommunen i forhold som kan påverke revisor si uavhengigheit.

Bergen, 26. august 2026
BDO AS

Solveig Bø Dalstø
statsautorisert revisor

Penneo Dokumentnøkkel: D57IE-AYBUZ-FD2Q8-BOUDR-M1FON-43MIL

PENNEO

Signaturene i dette dokumentet er juridisk bindende. Dokument signert med "Penneo™ - sikker digital signatur". De signerende parter sin identitet er registrert, og er listet nedenfor.

"Med min signatur bekrefter jeg alle datoer og innholdet i dette dokument."

Solveig Bø Dalstø
Partner
På vegne av: BDO AS
Serienummer: EIDNO-BANKID-9578-5998-4-2391844
IP: 188.95.xxx.xxx
2026-08-26 18:41:15 UTC

QES

bankID

Solveig Bø Dalstø
Statsautorisert revisor
På vegne av: BDO AS
Serienummer: EIDNO-BANKID-9578-5998-4-2391844
IP: 188.95.xxx.xxx
2026-08-26 18:41:15 UTC

QES

bankID

Penneo Dokumentnøkkel: D57IE-AYBUZ-FD2Q8-BOUDR-M1FON-43MIL

Dette dokumentet er signert digitalt via **Penneo.com**. De signerte dataene er validert ved hjelp av den matematiske hashverdien av det originale dokumentet. All kryptografisk bevisføring er innebygd i denne PDF-en for fremtidig validering.

Dette dokumentet er forseglet med et kvalifisert elektronisk segl. For mer informasjon om Penneos kvalifiserte tillitstjenester, se **https://eutl.penneo.com**.

Slik kan du bekrefte at dokumentet er originalt
Når du åpner dokumentet i Adobe Reader, kan du se at det er sertifisert av **Penneo A/S**. Dette beviser at innholdet i dokumentet ikke har blitt endret siden tidspunktet for signeringen. Bevis for de individuelle signatørenes digitale signaturer er vedlagt dokumentet.

Du kan bekrefte de kryptografiske bevisene ved hjelp av Penneos validator, **https://penneo.com/validator**, eller andre valideringsverktøy for digitale signaturer.

Saksframlegg

Saksnr:	2025/15-16
Saksbehandlar:	Malene Hopsdal Grønningen

Saksgang

Utval	Utv.saksnr.	Møtedato
Stord kommune, Kontrollutvalet	26/26	10.09.2026

Forvaltningsrevisjon av heimebaserte tenester - revisjonsrapport

Forslag til innstilling

På bakgrunn av forvaltningsrevisjon av heimebaserte tenester, ber kommunestyret kommunedirektøren om å:

1. Vurdere å operasjonalisere måla for bruk av velferdsteknologi, og dermed etablere grunnlag for å rapportere på og evaluere om måla for velferdsteknologi faktisk blir nådde.

2. Sikra at rutinar for evaluering av velferdsteknologien blir etterlevd og at evalueringa blir dokumentert for å sikre at teknologien til ei kvar tid er trygg, nyttig og tilpassa brukarane sine behov.

3. Etablere praksis for fast og systematisk evaluering av tenestene saman med brukarane i tråd med kommunen sine skriftlege rutinar, og sikra at brukar- og pårørandemedverknad i evalueringsprosessen blir formalisert og dokumentert.

4. Implementere skriftlege rutinar som avklarar føringane for varsling til AMK ved manglande kontakt med brukar.

5. Sikra systematiske avklaringar når det gjeld fordeling av ansvar og oppgåver mellom brukarar/pårørande og heimetenestene, i samsvar med kommunen sine eigne føringar på området.

6. Evaluere om dei fastsette måltala for sjukefråvær er eigna til å fungere som eit aktivt styringsverktøy, og ved behov justere desse som ledd i det systematiske forbetringsarbeidet.

7. Laga ein prioritert handlingsplan til kontrollutvalet innan 15.01.27 som skal sendast til utvalssekretær, som viser kva tiltak som skal setjast i verk for å følgje opp tilrådingane i rapporten, når tiltaka skal setjast i verk og kven som skal ha ansvaret for iverksettinga. Handlingsplanen skal presenterast for kontrollutvalet i første møte i 2027.

Samandrag

Deloitte har ferdigstilt forvaltningsrevisjonen av heimebaserte tenester i Stord kommune. Føremålet med saka er at kontrollutvalet skal handsame revisjonsrapporten og gje innstilling til kommunestyret, som gjer endeleg vedtak i saka.

Anne Kristin Meyer
kontrollsjef

Malene Hopsdal Grønningen
rådgjevar

Saksframlegget er godkjent elektronisk og har difor inga handskriven underskrift

Vedlegg

1. Stord kommune Forvaltningsrevisjon av heimebaserte tenester.pdf

Saksutgreiing

Bakgrunn for saka

Kontrollutvalet bestilte forvaltningsrevisjon av heimebaserte tenester i Stord kommune i møte 09.04.2025, der det i sak PS 10/25 vart gjort slikt vedtak:

1. Kontrollutvalet bestiller forvaltningsrevisjon av heimebaserte tenester i Stord kommune frå Deloitte AS, med utgangspunkt i forslag til prosjektplan og ev. innspel under drøftinga i møtet.
2. Ev. ny korrigert prosjektplan vert å sende sekretariatet innan 16.04.2025. Dersom det er naudsynt får kontrollutvalsleiar i samråd med sekretariatet fullmakt til å godkjenna den endelege prosjektplanen.
3. Det vert akseptert ein samla timeressurs på inntil det timetal som går fram av prosjektplanen.
4. Det vert også akseptert opsjon på ev. presentasjon av rapporten i Stord kommunestyre fakturert etter timeforbruk, inntil 6 timar.
5. Kontrollutvalet ønskjer at revisjonsrapport er klar frå Deloitte si side innan 13.11.2025, ferdig verifisert og med kommunedirektøren sin uttale vedlagt og/eller innarbeidd, slik at den kan handsamast i kontrollutvalet i desembermøtet i 2025.

Kommunedirektøren sende 02.05.2025 ein førespurnad om utsett gjennomføring av revisjonen. I møte 21.05.2025 vart det vedteke å utsetje oppstarten til januar 2026. Som følgje av utsetjinga vert rapporten handsama i dette møtet.

Av den godkjende prosjektplanen går det fram at føremålet med forvaltningsrevisjonen er:

«Føremålet med prosjektet vil vere å undersøkje og vurdere om Stord kommune legg til rette for effektive tenester i dei heimetenestene og om ein sikrar tilstrekkeleg med brukar- og pårørandemedverknad.»

Med bakgrunn i prosjektet sitt føremål har revisjonen formulert følgjande problemstillingar:

1. I kva grad legg Stord kommune til rette for effektive tenester ved bruk av velferdsteknologi i heimetenester?
   a) Er det etablert mål og planar for bruk av velferdsteknologi i heimetenester?
   b) Er det etablert rutinar og prosedyrar for implementering og bruk av velferdsteknologi?
   c) Er det etablert system og rutinar for korleis ein brukar velferdsteknologi i akutte situasjonar?
2. Har Stord kommune etablert system og rutinar for å sikre medverknad frå brukarar og pårørande i heimetenester?
   a) I kva grad blir det lagt til rette for at brukarar av heimetenester i Stord kommune og deira pårørande får medverke ved tildeling og evaluering av tenester til den enkelte brukar? Under dette:
      i) Korleis sørgjer kommunen for at brukarar og pårørande blir involverte i tildeling og bruk av ev. hjelpemiddel eller velferdsteknologi?
   b) I kva grad er det eit tydeleg grensesnitt mellom ansvaret til pårørande og dei kommunale heimetenestene?
   c) I kva grad er det etablert system og rutinar for å hente inn erfaring med tenestene og innspel til forbetring av tenestene frå brukarar og pårørande?
3. I kva grad arbeider kommunen systematisk med rekruttering, turnover og førebygging og oppfølging av sjukefråvær i heimetenester? Under dette:
   a) I kva grad arbeider kommunen for å sikre ei forsvarleg arbeidsbelastning i heimetenestene?
   b) I kva grad er det etablert system og rutinar for å hindre for høg turnover blant dei tilsette i heimetenestene?
   c) I kva grad arbeider kommunen systematisk for å rekruttere nye tilsette til heimetenester?
   d) I kva grad har kommunen rutinar og system for å følgje opp sjukemeldte i samsvar med regelverket?
   e) Er det utarbeidd tydelege måltal for sjukefråværet på einingsnivå og i kva grad når tenestene måla som er sett for sjukefråværet?

f) I kva grad er det sett i verk tiltak for å førebyggje og redusere arbeidsrelatert sjukefråvær og i kva grad blir ev. tiltak følgt opp og evaluert?

Deloitte har definert slik avgrensing

«Prosjektet er avgrensa til å gjelde tenester for praktisk hjelp i heimen og helsetenester i heimen.»

Ferdig rapport.

Ferdig rapport vart levert til sekretariatet 20.08.2026.

Vedtakskompetanse

Kontrollutvalet har mynde til å gjennomføre forvaltningsrevisjonar medan det er kommunestyret som har mynde til å vedta revisjonsrapporten, jf. kommunelova § 23-3 og § 23-5.

Vurderingar og verknader

Deloitte har levert ein grundig rapport om heimebaserte tenester i Stord kommune.

I oppsummeringa fremst i rapporten går mellom anna følgjande hovudfunn fram:

Velferdsteknologi

Kommunen har tydelege mål, planar og rutinar, og teknologien blir opplevd å gi betre ressursutnytting og meir effektive arbeidskvardagar. Samstundes manglar kommunen konkrete og målbare indikatorar for å dokumentere effekten. Det er etablert rutinar for akutte situasjonar og tryggleiksalarmar.

Brukar- og pårørandemedverknad

Brukarar og pårørande blir godt involverte når tenester blir tildelte. Derimot manglar faste rutinar for systematisk evaluering av tenestene saman med brukarane. Pårørandeavtalar og primærkontaktmodellen er heller ikkje fullt ut gjennomførte i praksis. Kommunen nyttar brukarundersøkingar og ulike råd og utval, men har utfordringar med å få innspel frå dei mest sårbare brukarane.

Rekruttering og turnover

Kommunen har fleire tiltak for å rekruttere og behalde tilsette, mellom anna fleksible turnusar, kompetanseheving og prosjekt som «menn i helse» og «hender i helse». Likevel er det framleis vanskeleg å rekruttere nok personell, og vakante stillingar aukar belastninga på dei tilsette.

Sjukefråvær

Kommunen har gode rutinar og mange tiltak for oppfølging og førebygging. Målet er eit sjukefråvær under 7,5 prosent, men i 2025 var fråværet i heimebaserte tenester 14,79 prosent. Revisjonen meiner derfor kommunen bør vurdere om måltala og tiltaka fungerer godt nok som styringsverktøy.

På bakgrunn av funna har Deloitte gjeve 6 tilrådingar, nokre av dei med underpunkt. Det kjem fram i kapittel 7 av rapporten:

1. Vurdere å operasjonalisere måla for bruk av velferdsteknologi, og dermed etablere grunnlag for å rapportere på og evaluere om måla for velferdsteknologi faktisk blir nådde.

2. Sikra at rutinar for evaluering av velferdsteknologien blir etterlevd og at evalueringa blir dokumentert for å sikre at teknologien til ei kvar tid er trygg, nyttig og tilpassa brukarane sine behov.

3. Etablere praksis for fast og systematisk evaluering av tenestene saman med brukarane i tråd med kommunen sine skriftlege rutinar, og sikra at brukar- og pårørandemedverknad i evalueringsprosessen blir formalisert og dokumentert.

4. Implementere skriftlege rutinar som avklarar føringane for varsling til AMK ved manglande kontakt med brukar.

5. Sikra systematiske avklaringar når det gjeld fordeling av ansvar og oppgåver mellom brukarar/pårørande og heimetenestene, i samsvar med kommunen sine eigne føringar på området.

6. Evaluere om dei fastsette måltala for sjukefråvær er eigna til å fungere som eit aktivt styringsverktøy, og ved behov justere desse som ledd i det systematiske forbetringsarbeidet.

I tillegg vert det tilrådd eit 7. vedtakspunkt om at administrasjonen lagar ein prioritert handlingsplan til kontrollutvalet på nyåret.

Konklusjon

Sekretariatet vurderer at Deloitte har levert ein grundig forvaltningsrevisjonsrapport som svarar på problemstillingane i prosjektplanen. Revisjonen viser at kommunen på fleire område har etablert gode rutinar og tiltak, men peikar samstundes på område med behov for forbetring. Sekretariatet sluttar seg til revisjonen sine tilrådingar og tilrår at kommunestyret ber kommunedirektøren følgje desse opp. Det vert i tillegg tilrådd at kommunedirektøren utarbeider ein prioritert handlingsplan for oppfølginga.

Deloitte.



Forvaltningsrevisjon | Stord kommune

Heimetenester

August 2026

«Forvaltningsrevisjon av heimetenester»

August 2026

Rapporten er utarbeidd for Stord kommune av Deloitte AS.

Deloitte AS
Postboks 6013 Postterminalen,
5892 Bergen
tlf: 55 21 81 00
www.deloitte.no
forvaltningsrevisjon@deloitte.no

00

Samandrag

Deloitte har gjennomført ein forvaltningsrevisjon av heimetenestene i Stord kommune. Prosjektet blei bestilt av kontrollutvalet i Stord kommune 09.04.2025 i sak 10/25. Føremålet med forvaltningsrevisjonen har vore å undersøkje og vurdere om Stord kommune gjennom bruk av velferdsteknologi legg til rette for effektive tenester i heimetenestene. Vidare har føremålet vore å undersøkje og vurdere om heimetenestene sikrar tilstrekkeleg brukar- og pårørandemedverknad. Det har også vore eit føremål å undersøkje og vurdere om Stord kommune arbeider systematisk med rekruttering, turnover og sjukefråvær. Prosjektet har vore avgrensa til å gjelde tenester for praktisk bistand i heimen og helsetenester i heimen. I undersøkinga er det gjennomført dokumentanalyse av planar og rutinar og intervju med leiarar, tilsette og brukarrepresentant. Oppdraget er gjennomført i tidsrommet januar 2026 til august 2026.

Velferdsteknologi

Undersøkinga viser at Stord kommune i stor grad har etablert mål og planar for bruk av velferdsteknologi i heimetenestene. Kommunen har forankra bruk av velferdsteknologi i fleire sentrale styringsdokument, mellom anna med mål om at velferdsteknologi skal vere førsteval ved tildeling av tenester. Kommunen har oppretta ei eiga stilling som velferdsteknologikoordinator og lagt opp til kompetanseheving for tilsette gjennom den strategiske kompetanseplanen. Samtidig er ikkje dei fastsette måla for velferdsteknologi vidare operasjonaliserte i målbare indikatorar eller liknande, noko som vanskeleggjer presis og konkret rapportering på måla som er sett i den årlege rapporteringa. Det går til dømes ikkje fram kva kommunen meiner med «betre og meir effektive tenester» og korleis ein skal måle dette.

Vidare viser undersøkinga at kommunen i stor grad har etablert rutinar og prosedyrar for implementering og bruk av velferdsteknologi i tråd med tilrådingar i rettleiaren «Lovverk og velferdsteknologi» og Velferdsteknologiens ABC. Leiarar og tilsette opplever at velferdsteknologi bidreg til meir effektive arbeidskvardagar og betre fordeling av ressursane. Når det gjeld bruk av velferdsteknologi i akutte situasjonar, har kommunen utarbeidd prosedyrar for korleis ein skal respondere dersom verktøya melder frå om akutt behov for assistanse. Det er i tillegg etablert ein praksis med responstid på fysisk oppmøte på inntil 60 minutt. Tilsette er kjende med at dei skal ringje 113 direkte ved akutte situasjonar. I løpet av revisjonsperioden blei det også utarbeidd ei rutine for handtering av tryggleiksalarm i heimebaserte tenester som mellom anna skildrar prosedyre for kontakten med AMK.

Brukar- og pårørandemedverknad

Undersøkinga viser at Stord kommune legg til rette for brukar- og pårørandemedverknad ved tildeling av heimetenester. Kommunen har forankra brukarmedverknad i rutinar og handlingsplanar, og kartleggingsprosessen ved tildeling er innretta mot aktiv involvering av brukar og pårørande. Når det gjeld evaluering av heimetenestene, viser undersøkinga at kommunen ikkje har etablert faste rutinar for systematisk evaluering av tenestene saman med brukarane. Fråværet av systematisk brukarmedverknad ved evaluering inneber ein risiko for at kommunen ikkje i tilstrekkeleg grad fangar opp endringar i brukarane sine behov og erfaringar med tenestene.

Kommunen har iverksett fleire tiltak for å etablere eit tydeleg grensesnitt mellom ansvaret til pårørande og dei kommunale heimetenestene, mellom anna gjennom informasjonsskriv med forventningsavklaring. Revisjonen merkar seg at kommunen i sine eigne rutinar legg opp til bruk av pårørandeavtalar, men at det i praksis ikkje blir utarbeidd slike avtalar. Vidare er primærkontaktmodellen med tilhøyrande forventningssamtalar ikkje fullt ut implementert. Når det gjeld systematisk innhenting av erfaringar frå brukarar og pårørande, har kommunen etablert fleire kanalar og organ, mellom anna brukarundersøkingar annakvart år, eldreråd, brukarråd og velferdsutval. Resultata frå brukarundersøkingane blir gjennomgått i leiargruppa og nytta aktivt i handlingsplanar. Revisjonen merkar seg samstundes at det er utfordringar knytt til deltaking i brukarundersøkingar frå dei mest sårbare brukargruppene.

Rekruttering, turnover og førebygging og oppfølging av sjukefråvær

Undersøkinga viser at kommunen har etablert fleire tiltak for å sikre forsvarleg arbeidsbelastning. Vidare viser undersøkinga at kommunen har sett i verk tiltak som er eigna til å førebyggje turnover, mellom anna fleksible turnusordningar, kompetanseheving, medarbeidarundersøking og økonomiske insentiv. Kommunen arbeider også systematisk med rekruttering gjennom ein formalisert rekrutteringsprosedyre og fleire konkrete tiltak som prosjekta «menn i helse» og «hender i helse». Det er likevel vedvarande utfordringar med å rekruttere tilsette til heimetenestene og vakante stillingar som gjev auka belastning på eksisterande personale.

Kommunen har i stor grad etablert rutinar og system for å følgje opp sjukemeldte i samsvar med regelverket, med ei detaljert prosedyre for sjukefråværsoppfølging og ein eigen seniorrådgjevar for sjukefråvær og nærvær. Det er utarbeidd tydelege måltal for sjukefråvær, med eit hovudmål om sjukefråvær under 7,5 prosent. Samstundes var det faktiske sjukefråværet i heimebaserte tenester på 14,79 prosent i 2025, noko som er om lag dobbelt så høgt som målet. Revisjonen meiner at kommunen bør evaluere om dei fastsette måltala er eigna til å fungere som eit aktivt styringsverktøy. Kommunen har vidare sett i verk ei rekkje tiltak for å førebyggje og redusere arbeidsrelatert sjukefråvær, mellom anna kompetanseheving, debriefing etter krevjande situasjonar, LTV-grupper og økonomiske insentiv.

Innhald

SAMANDRAG **1**

INNHALD **3**

1 INNLEIING **5**

1.1 Bakgrunn 5
1.2 Føremål og problemstillingar 5
1.3 Avgrensing 6
1.4 Metode 6
1.5 Revisjonskriterium 6

2 OM TENESTEOMRÅDET **7**

2.1 Organisering 7

3 VELFERDSTEKNOLOGI **9**

3.1 Problemstilling 9
3.2 Revisjonskriterium 9
3.3 Mål og planar for bruk av velferdsteknologi 10
3.4 Rutinar og prosedyrar for implementering og bruk av velferdsteknologi 14
3.5 System og rutinar for bruk av velferdsteknologi i akutte situasjonar 18

4 BRUKAR- OG PÅRØRANDEMEDVERKNAD **21**

4.1 Problemstilling 21
4.2 Revisjonskriterium 21
4.3 Brukarmedverknad i tildeling og evaluering av tenester 22
4.4 Grensesnittet mellom ansvaret til pårørande og dei kommunale heimetenestene 24
4.5 Innhenting av erfaring frå brukarar og pårørande 26

5 REKRUTTERING, TURNOVER OG FØREBYGGING OG OPPFØLGING AV SJUKEFRÅVÆR **29**

5.1 Problemstilling 29
5.2 Revisjonskriterium 29
5.3 Forsvarleg arbeidsbelastning 30
5.4 Forhindring av turnover 32
5.5 Arbeidet med rekruttering 35
5.6 Rutinar og system for å følgje opp sjukemeldte 36
5.7 Mål for sjukefråvær 38
5.8 Førebygging av sjukefråvær 39

6 KONKLUSJON OG ANBEFALINGAR **43**

VEDLEGG 1: HØYRINGSUTTALE **45**

VEDLEGG 2: REVISJONSKRITERIUM **46**

VEDLEGG 3: SENTRALE DOKUMENT OG LITTERATUR **50**

Figurer:

Figur 1: Organisasjonskart Stord kommune 7
Figur 2: Organisering av tenester til heimebuande i Stord kommune..... 8

Tabellar:

Tabell 1: Ulike typar velferdsteknologi og tal på brukarar 10
Tabell 2: Rutinar og prosedyrar - velferdsteknologi 14
Tabell 3: Sjukefråvær 2024 og 2025..... 38

1 Innleiing

1.1 Bakgrunn

Deloitte har gjennomført ein forvaltningsrevisjon av heimetenester i Stord kommune. Prosjektet blei bestilt av kontrollutvalet i Stord kommune 09.04.2025 i sak 10/25. På grunn av omorganiseringa av tenester til heimebuande blei prosjektet først starta opp i januar 2026.

1.2 Føremål og problemstillingar

Føremålet med prosjektet har vore å undersøkje og vurdere om Stord kommune legg til rette for effektive tenester i heimetenestene og om ein sikrar tilstrekkeleg med brukar- og pårørandemedverknad.

Med bakgrunn i føremålet er det utarbeidd følgjande problemstillingar som har blitt undersøkt:

1. **I kva grad legg Stord kommune til rette for effektive tenester ved bruk av velferdsteknologi i heimetenester?**
   a) Er det etablert mål og planar for bruk av velferdsteknologi i heimetenester?
   b) Er det etablert rutinar og prosedyrar for implementering og bruk av velferdsteknologi?
   c) Er det etablert system og rutinar for korleis ein brukar velferdsteknologi i akutte situasjonar?

2. **Har Stord kommune etablert system og rutinar for å sikre medverknad frå brukarar og pårørande i heimetenester?**
   a) I kva grad blir det lagt til rette for at brukarar av heimetenester i Stord kommune og deira pårørande får medverke ved tildeling og evaluering av tenester til den enkelte brukar? Under dette:
      i) Korleis sørgjer kommunen for at brukarar og pårørande blir involverte i tildeling og bruk av ev. hjelpemiddel eller velferdsteknologi?
   b) I kva grad er det eit tydeleg grensesnitt mellom ansvaret til pårørande og dei kommunale heimetenestene?
   c) I kva grad er det etablert system og rutinar for å hente inn erfaring med tenestene og innspel til forbetring av tenestene frå brukarar og pårørande?

3. **I kva grad arbeider kommunen systematisk med rekruttering, turnover og førebygging og oppfølging av sjukefråvær i heimetenester? Under dette:**
   a) I kva grad arbeider kommunen for å sikre ei forsvarleg arbeidsbelastning i heimetenestene?
   b) I kva grad er det etablert system og rutinar for å hindre for høg turnover blant dei tilsette i heimetenestene?
   c) I kva grad arbeider kommunen systematisk for å rekruttere nye tilsette til heimetenester?
   d) I kva grad har kommunen rutinar og system for å følgje opp sjukemeldte i samsvar med regelverket?
   e) Er det utarbeidd tydelege måltal for sjukefråværet på einingsnivå og i kva grad når tenestene måla som er sett for sjukefråværet?

f) I kva grad er det sett i verk tiltak for å førebyggje og redusere arbeidsrelatert sjukefråvær og i kva grad blir ev. tiltak følgt opp og evaluert?

1.3 Avgrensing

Prosjektet har vore avgrensa til å gjelde tenester for praktisk bistand i heimen og helsetenester i heimen.

1.4 Metode

Oppdraget er utført i samsvar med gjeldande standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001) og kvalitetssikra i samsvar med krava til kvalitetssikring i Deloitte Policy Manual (DPM).

Oppdraget er gjennomført i tidsrommet januar 2026 til august 2026.

1.4.1 Dokumentanalyse

Informasjon om Stord kommune og dokumentasjon på etterleving av interne rutinar, regelverk mv. har blitt samla inn og analysert. Innsamla dokumentasjon har blitt vurdert opp mot revisjonskriteria. Dokumentanalysen har blitt gjennomført løpande, slik at også dokument som har blitt utarbeidd under prosjektperioden har blitt analysert.

1.4.2 Intervju

For å få supplerande informasjon til dei skriftlege kjeldene, har Deloitte intervjua utvalde personar i Stord kommune som er involverte i eller har ansvar for heimetenester i ulike deler av organisasjonen. Vi har intervjua leiarar og tilsette i heimetenestene og ein representant for eldrerådet. Vi har intervjua totalt ni personar.

1.4.3 Verifiseringsprosessar

Oppsummeringar frå intervju er sendt til dei som er intervjuet for verifisering, og det er informasjon frå dei verifiserte intervjureferata som er nytta i rapporten.

Datadelen av rapporten har blitt sendt til kommunedirektør for verifisering, og eventuelle faktafeil er retta opp i endeleg versjon. Høyringsutkast av rapporten er sendt til kommunedirektøren for uttale. Kommunedirektør si høyringsuttale er lagt ved rapporten (vedlegg 1).

1.5 Revisjonskriterium

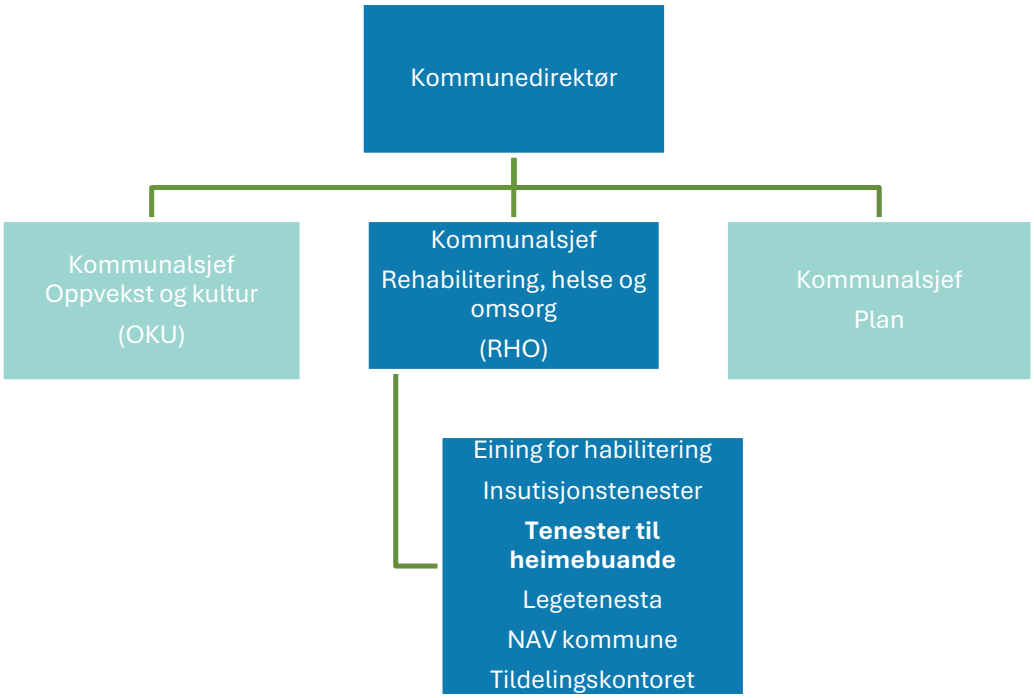
Revisjonskriterium er dei krav og forventningar som forvaltningsrevisjonsobjektet skal bli vurdert opp mot. Kriteria er utleia frå autoritative kjelder i samsvar med krava i gjeldande standard for forvaltningsrevisjon. I dette prosjektet er revisjonskriteria i hovudsak henta frå helse- og omsorgstenestelova, pasient- og brukarrettslova, samt arbeidsmiljølova. Kriteria er nærare presentert innleiingsvis under kvart tema, og i vedlegg 2.

2 Om tenesteområdet

2.1 Organisering

Stord kommune er organisert i tre kommunale fagavdelingar med kvar sin kommunalsjef, samt ein økonomifunksjon og ein personal- og organisasjonsfunksjon (sjå figur 1). Tenester til heimebuande er organisert under Fagavdeling rehabilitering, helse og omsorg (RHO).

Figur 1: Organisasjonskart Stord kommune



Alle søknadar om helsetenester i Stord kommune blir handsama av tildelingskontoret.

Omorganisering av heimetenestene

Det blei gjort organisatoriske endringar internt i tenester til heimebuande i 2024-2025. Arbeidet blei starta hausten 2024 og starta opp i februar 2025. Frå august 2025 gjekk kommunen frå åtte til seks einingar innan RHO-området. Bakgrunnen for endringa var behov for meir effektiv organisering, press på ressursar og kompetanse og behov for betre samhandling.[1] For å oppnå dette gjekk ein frå geografisk organisering til oppgåve- og kompetansebasert organisering i heimebaserte tenester. Heimebaserte tenester består i dag av helseteam 1, helseteam 2, sjukepleie – og mestringsteam, demensteam og praktisk bistand, samt merkantil. Under følgjer ei kort skildring av dei ulike operative teama[2]:

[1] Stord kommune. Ingen dato. Presentasjon. Ny tenestemodell i heimebaserte tenester.
[2] Merkantil har ansvar for administrative støttefunksjonar for heimebaserte tenester

Sjukepleie- og meistringsteamet (SMT) er eit fagleg team som har ansvar for oppgåver som krev sjukepleiarkompetanse i heimebaserte tenester. Teamet har eit særleg fokus på kartlegging og vurdering av nye brukarar, oppfølging etter sjukehusinnlegging, tekniske prosedyrar som sårstell, injeksjonar, ernæringsoppfølging og kateterskift. I tillegg driv teamet opplæring av anna helsepersonell.

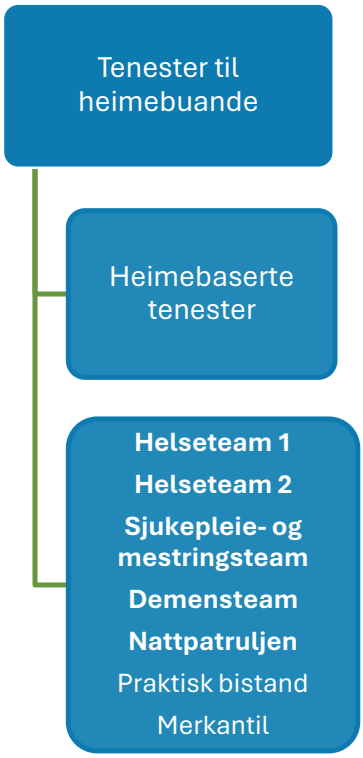
Helseteama leverer nødvendig helsehjelp til heimebuande brukarar. Helseteama hjelper mellom anna med handsaming av sår, personleg hygiene, opplæring i bruk av inkontinensutstyr, stell av stomi, kateterisering og stell av kateter. Helseteam 1 og helseteam 2 dekkjer to geografisk ulike område i Stord kommune. Kvart team har avdelingsleiar og assisterande avdelingsleiar med sjukepleiarutdanning, medan dei andre tilsette er helsefagarbeidarar og pleiemedarbeidarar.

Demensteamet er det operative omsorgsteamet som yter løpande tenester til personar med demens som bur heime. Det er tilsett ein spesialsjukepleiar i 20% stilling med hukommelsesteamet som gjennomfører kartlegging.

Praktisk bistand yter tenester knytt til praktisk hjelp i heimen, som reinhald og handling, til brukarar som har vedtak om slike tenester.

Nattpatruljen er Stord kommune sitt tenestetilbod til heimebuande brukarar innanfor heimebaserte tenester og eining for psykiske helse og rus og er organisatorisk plassert i heimebaserte tenester. Nattpatruljen utfører faste oppdrag og rykkjer ut etter utløyst tryggleiksalarm og gjennomfører førebyggjande tilsyn.

Figur 2: Organisering av tenester til heimebuande i Stord kommune



3 Velferdsteknologi

3.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgjande hovudproblemstilling med underproblemstillingar:

I kva grad legg Stord kommune til rette for effektive tenester ved bruk av velferdsteknologi i heimetenester?

Under dette:

- Er det etablert mål og planar for bruk av velferdsteknologi i heimetenester?
- Er det etablert rutinar og prosedyrar for implementering og bruk av velferdsteknologi?[3]
- Er det etablert system og rutinar for korleis ein brukar velferdsteknologi i akutte situasjonar?

3.2 Revisjonskriterium

Basert på krav i helse- og omsorgstenestelova, kommunelova og forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenestene, og tilrådingar i rettleiaren «Lovverk og velferdsteknologi»[4] og Velferdsteknologiens ABC[5], har Deloitte utleia følgande revisjonskriterium:

Kommunen skal:

- Sørgje for at personar som oppheld seg i kommunen får tilstrekkelege helse- og omsorgstenester (jf. helse- og omsorgstenestelova § 3-1)
- Sikre at ressursane i helse- og omsorgstenesta blir utnytta best mogleg (jf. helse- og omsorgstenestelova § 1-1 punkt 7).
- Ha internkontroll og planleggje, gjennomføre, evaluere og korrigere verksemda slik at innhaldet i tenestene er i samsvar med gjeldande krav (jf. helse- og omsorgstenestelova § 3-1 tredje ledd)
- Evaluere om iverksatte tiltak ivaretar krava i helse- og omsorgslovgivninga (jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten)

[3] Dette avsnittet tar også føre seg problemstillinga *Korleis sørgjer kommunen for at brukarar og pårørande blir involverte i tildeling og bruk av ev. hjelpemiddel eller velferdsteknologi?*
[4] Statsforvalteren i Trøndelag, representanter frå kommuner og habiliteringstjenesten for voksne. *Lovverk og velferdsteknologi – en veileder for ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste.* Revidert 03.03.23. Tilgjengeleg frå: https://inte.statsforvalteren.no/contentassets/f1691758e4ba4f98aa871ef883d29d1d/lovtolkningsveileder-v.2.pdf
[5] KS. 2021. Opplæringsmaterialet om velferdsteknologi. *Velferdsteknologiens ABC*. https://www.ks.no/fagomrader/helseteknologi/velferdsteknologi3/ny-versjon-av-velferdsteknologiens-abc/

- Legge til rette for at brukar og pårørande kan medverke til tenestetilbodet (jf. pasient- og brukarrettslova § 3-1)

Kommunen bør:

- Informere pårørande om velferdsteknologiens funksjonar, moglegheiter og avgrensingar, og bakgrunn for val av teknologi (jf. rettleiaren «Lovverk og velferdsteknologi»[6])
- Sikre at bruk av velferdsteknologi i tenestene ivaretar pasient- og brukarsikkerheita og er basert på fagleg kunnskap (jf. Velferdsteknologiens ABC)
- Der velferdsteknologi føreset respons frå kommunen eller pårørande, sikre at responstida er tilstrekkeleg rask til å ivareta pasienten eller brukaren sine behov (jf. Velferdsteknologiens ABC)
- Sikre at den som mottar varsel frå tryggleiksalarm har tilstrekkeleg kompetanse ut frå pasienten eller brukaren sine behov (jf. Velferdsteknologiens ABC)

Sjå vedlegg 2 for utfyllande revisjonskriterium.

3.3 Mål og planar for bruk av velferdsteknologi

3.3.1 Datagrunnlag

På Stord kommune sine nettsider går det fram at velferdsteknologi er teknologiske løysingar som kan bidra til auka tryggleik, sjølvstende og aktivitet, og at det kan vere gode løysingar som gjer at fleire kan klara seg lenge sjølv i sin eigen heim. På nettsidene er det utarbeidd ei kort skildring av ulike typar velferdsteknologi, samt informasjon om prisar/eigenbetaling, korleis ein søker om velferdsteknologi og kven ein kan kontakte om ein har spørsmål. Det er også lagt ved lenke til søknad om helse- og omsorgstenester og fullmakt til søknad om helse- og omsorgstenester. I informasjon om heimesjukepleie på nettsida går det også fram at velferdsteknologi kontinuerleg vil bli vurdert, slik at ein i størst mogleg grad kan oppretthalde ein sjølvstendig funksjon/eigenomsorg.

Det er totalt 334 brukarar av velferdsteknologi i Stord kommune pr. 01.07.26. Nokre av brukarane brukar fleire ulike typar av velferdsteknologi. Tabellen under viser kva typar velferdsteknologi som kan tildelast i Stord kommune og kor mange brukarar som nyttar dei ulike typane velferdsteknologi pr. 01.07.26.

Tabell 1: Ulike typar velferdsteknologi og tal på brukarar[7]

Teknologi	Kort forklaring	Tal brukarar[8]

[6] Statsforvalter i Trøndelag, representanter fra kommuner og habiliteringstjenester for voksne. Lovverk og velferdsteknologi- en veileder for ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Revidert 03.03.2023.
[7] Stord kommune. Velferdsteknologi. Meir informasjon tilgjengeleg frå: https://www.stord.kommune.no/tenesteraa/norwegiannynorsk/velferdsteknologi.4.f48e3b519a0f6dc2c31ab31.html
[8] Tabellen viser tal brukarar pr. 01.07.26

Dørsensor	Sensor som varslar Trygghetssentralen som igjen varslar heimetenesta om til dømes ei dør blir opna.	8
Fallalarm	Knapp som varslar ved fall	56
Tryggleiksalarm	Bærbar alarmknapp som nyttast til å tilkalle hjelp heile døgnet.	313
Røykvarslar/brannalarm kopla direkte til ein tryggleiksalarm	Ved utløysing vil brannvesenet bli varsla av Trygghetssentralen	24
Bevegelsesensor	Varslar og/eller aktiverer ei handling når brukar forlet rommet og ikkje kjem tilbake. Sensoren vil registrere rørsle innanfor eit definert område, til dømes golvet.	0
Digital tilsyn natt	Kamera som blir aktivert ved avtalte tider til dømes to gongar pr. natt. Det blir automatisk ført logg over kven og når tilsyn er utført.	3
Medisinfordeler	Ein automatisk medisindosett som varslar med lys eller lyd når ein skal ta medisinen. Dersom brukar ikkje tek medisin kan pårørande eller helsepersonell bli varsla på SMS.	0
Multidosedispenser	Til brukarar som nyttar multidoserull og som kan administrere medisin sjølv. Dispenser varslar med lys og lyd når det er tid for å ta medisinen. Brukar trykker på ein stor blinkande knapp og dispensaren leverer ut ein open pose med medisin. Dersom brukar ikkje tek medisin kan pårørande eller helsepersonell bli varsla på SMS.	31
GPS	GPS kan spore brukar etter behov og etter avtale. Pårørande kan sjølv administrere GPS`en.	17
Sengesensor	Sensor som er montert over senga. Kan stillast inn til at alarmen skal gå når brukar forlet senga eller ei bestemt tid etter at brukaren har forlatt senga.	0

Det blir opplyst at dei overordna tendensane dei siste fem åra når det gjeld velferdsteknologi er at det har vore ei auke i bruk av GPS-løysingar og medisindispenserar. Det har også vore ei auke i bruk av tryggleiksalarm med direkte varsling til pårørande.[9]

[9] Det blir samtidig opplyst at det ikkje er etablert eit eige system for å registrere kor mange som søkjer om velferdsteknologi, då dei fleste som søkjer om velferdsteknologi ofte søkjer om fleire tenester i same søknad.

Stord kommune har tilsett ein eigen velferdsteknologikoordinator (VTK) i 100 % fast stilling. Stillinga blei oppretta i 2018. Koordinatoren har ansvar for oppfølging av feilmeldingar knytt til velferdsteknologi, opplæring av tilsette og sikring av forsvarleg bruk.
Velferdsteknologikoordinator gjennomfører også opplæring av dei tilsette. Det er vidare velferdsteknologikoordinatoren som skal koordinere velferdsteknologi for alle brukarane i Stord kommune og fungerer som eit bindeledd mellom leverandørar av velferdsteknologi og einingane. Revisjonen får opplyst at det ikkje er utarbeidd stillingsskildring for stillinga.

Stord kommune har forankra bruk av velferdsteknologi i fleire sentrale styringsdokument. Av plan for rehabilitering, helse og omsorg 2022–2031[10] går det fram at rehabiliterings-, helse- og omsorgstenestene i Stord kommune skal gi heilskaplege og samordna tilbod til personar som har rett til og behov for bistand, og at innbyggjarane skal kunne bu lengst mogleg heime, uavhengig av livssituasjon. Eit av delmåla i planen er at bruk av velferdsteknologi skal vere førsteval ved tildeling av teneste, og at tenestene til ei kvar tid skal vere oppdaterte på digitale løysingar og nytte desse som verktøy i tenesteutøvinga.[11] I intervju går det fram at velferdsteknologi alltid blir prøvd ut først, anten aleine eller i kombinasjon med menneskelege ressursar. Kommunen si strategiske satsing «Leva heile livet»[12] byggjer opp under kommunen sine mål.

Einingа for tenester til heimebuande har vedteke ein overordna visjon som skal gi felles retning til arbeidet: «Godt å bu heime – med trygge liv, trygge tenester og moglegheit til å vere aktiv og ta gode val for eige liv og eigen heim.»[13] Av handlingsplan for heimebaserte tenester[14] går det vidare fram at tenestene skal ha fokus på heimerehabilitering og velferdsteknologi, og at velferdsteknologi og heimerehabilitering/rehabilitering skal vere innarbeidd i alle tenester. Målet med bruk av velferdsteknologi er å halde oppe eller auke funksjonsnivået, gje tryggleik og størst mogleg grad av sjølvstende hos brukarane, og at velferdsteknologien skal bidra til betre og meir effektive tenester.[15]

I den strategiske kompetanseplanen for rehabilitering, helse og omsorg[16] er det lagt opp til at alle tilsette i heimetenestene skal gjennomføre opplæring i velferds- og omsorgsteknologi. Samstundes går det fram at eit kompetansesatsingsområde er å «kunne ta i bruk både kjent og ukjent velferdsteknologi, samt gjera meir nytte av eksisterande teknologi» og at «dette må implementerast betre i heile organisasjonen». Revisjonen får opplyst at det er gjennomført opplæring av 12 tilsette i «Velferdsteknologiens ABC» i 2022/2023. Gjennom satsinga «Leva heile livet» har kommunen vidare etablert prosjektet «Godt å bu heime», med fokus på kompetanseheving og spreiing av informasjon om universell utforming og branntryggleik, med mål om at fleire i framtida kan få hjelp og omsorg i heimen mellom anna ved hjelp av

[10] Stord kommune. Plan for rehabilitering, helse og omsorg 2022–2031. Vedteken av kommunestyret september 2022. https://pub.framsikt.net/plan/stord1/plan-e4fb7921-233b-4c78-b07c-71247d6ccc3b-19134/#/
[11] Stord kommune. Strategisk kompetanseplan for rehabilitering, helse og omsorg i Stord kommune. Januar 2025.
[12] Stord kommune. Presentasjon. Leva heile livet. Ikkje datert.
[13] Stord kommune. Ingen dato. Overordna visjon for tenester til heimebuande.
[14] Stord kommune. 2025. Heimebaserte tenester – handlingsplan 2025.
[15] Stord kommune. Ingen dato. Overordna visjon for tenester til heimebuande.
[16] Stord kommune. 2025. Strategisk kompetanseplan for rehabilitering, helse og omsorg i Stord kommune.

velferdsteknologi.[17] Det blir også opplyst at Stord kommune i åra 2014-2016 var med i nasjonalt velferdsteknologiprosjekt i regi av Helsedirektoratet og kommunanes sentralforbund.

Rapportering om måloppnåing

Det er utarbeidd ei prosedyre for RHO i Stord kommune sitt styringssystem.[18] Her går det fram at einingа skal etablert mål for brukar- og pårørandetryggleik, kvalitet og brukartryggleik, forbetring, personal/HTM, drift og logistikk samt økonomi og effektivitet. Vidare skal ein ha oversikt over områder med risiko for svikt og det skal planleggjast korleis risiko kan minimaliserast. Vidare skal einingane gjennomføre faglege forsvarlege tenester og evaluere at oppgåver og planar blir gjennomført, samt korrigere drifta. Eit tiltak for evaluering er at einingsleiar skal rapportere månadleg til kommunalsjef. Ein skal også ha ein årleg gjennomgang av styringssystemet, mellom anna ved å samanfatte informasjon og resultat for RHO til årsmeldinga. Vidare får revisjonen opplyst at avdelingsleiarane rapporterer månadleg til einingsleiar.

Når det gjeld velferdsteknologi spesifikt, blir det rapportert i årsmeldinga til Stord kommune og månadleg til kommunalsjef i Framsikt.[19] Her går det fram informasjon om korleis kommunen har arbeidd med velferdsteknologi det siste året i tråd med fleire av målsetningane for bruk av velferdsteknologi. Det blir også rapportert til eldrerådet og i utval for rehabilitering, helse og omsorg. Vidare får velferdsteknologikoordinator gevinstrapport frå Dignio om lag kvart halvår, som blir delt vidare til tildelingskontoret og tenester til heimebuande.

3.3.2 Vurdering

Det er revisjonen si vurdering at Stord kommune har etablert mål og planar for bruk av velferdsteknologi i heimetenestene, i tråd med krava i regelverket. Kommunen har forankra bruk av velferdsteknologi i fleire sentrale styringsdokument, med mål om at velferdsteknologi skal vere førsteval ved tildeling av tenester og at tenestene skal vere oppdaterte på digitale løysingar. Kommunen har vidare oppretta ei eiga stilling som velferdsteknologikoordinator og lagt opp til kompetanseheving for tilsette gjennom den strategiske kompetanseplanen. Desse tiltaka er i tråd med krava i helse- og omsorgstenestelova § 3-1 tredje ledd om å planleggje verksemda slik at innhaldet i tenestene er i samsvar med gjeldande krav, og med krava i forskrift om leiing og kvalitetsforbetring § 7 bokstav a om at verksemda sine oppgåver, organisering og planar skal vere kjende og gjennomførte. Samtidig er ikkje dei fastsette måla vidare operasjonaliserte i målbare indikatorar eller liknande, noko som vanskeleggjer presis og konkret rapportering på måla som er sett i den årlege rapporteringa. Det går til dømes ikkje fram kva kommunen meiner med «betre og meir effektive tenester» og korleis ein skal måle dette. Fråvær av konkrete mål og rapportering kan medføre risiko for at kommunen ikkje har tilstrekkeleg grunnlag for å evaluere om måla faktisk blir nådde, jf. forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse og omsorgstjenester § 8.

[17] Stord kommune. Presentasjon. Leva heile livet. Ikkje datert
[18] Stord kommune. RHO: Styringssystem. Ikkje datert.
[19] Stord kommune. Årsmelding og årsrekneskap 2024.
Stord kommune «Framsikt – 2024 Velferdsteknologi og digitalisering»
Stord kommune «Framsikt – 2025 Velferdsteknologi og digitalisering».

3.4 Rutinar og prosedyrar for implementering og bruk av velferdsteknologi

3.4.1 Datagrunnlag

Det er utarbeidd rutine for tildeling av tryggleiksalarm og velferdsteknologi i Stord kommune.[20] I rutina går det fram at ansvaret for utføring av prosedyren ligg til sakshandsamar ved tildelingskontoret, velferdsteknologikoordinator, fagkoordinatorar og sjukepleie- og mestringsteam. I rutina går det vidare fram at tildelingskontoret mottek søknad frå brukar eller tenesteytar. Vidare utfører sakshandsamar og fagkoordinator kartlegginga med mål om å finne rett teknologi som kan støtte behovet til brukaren. Sakshandsamar ved tildelingskontoret fattar vedtaket. Henvendinga blir registrert i systemet Visma Omsorg PROFIL, før velferdsteknologikoordinatoren gjer ei vurdering av henvendinga og tingar utstyr hos leverandør. Velferdsteknologikoordinator skal vidare følgje opp registreringa og oppstart av bruk av velferdsteknologien i brukaren sin journal i PROFIL. Det går vidare fram korleis ein skal avvikle velferdsteknologien for enkeltbrukarar. Det skal sendast ei melding i PROFIL, velferdsteknologikoordinator skal avvikle tenesta og sender serviceoppdrag til teknikar for innhenting av utstyr.

Vidare er det utarbeidd rutinar og prosedyrar for dei ulike typane av velferdsteknologi. Desse går fram i tabellen under.

Tabell 2: Rutinar og prosedyrar - velferdsteknologi

Type velferdsteknologi	Kort skildring av rutinar/prosedyre
Digital medisineringsstøtte	For sjukepleiar /vernepleiar/ fagarbeidar/sakshandsamar som skal vurdere om digitalt medisineringsstøtte er rett tiltak for brukar og kartlegge behov.
Elektronisk medisindispenser	For sjukepleiar/vernepleiar/fagarbeidar som skal opprette og tilpasse elektronisk medisindispenser
Løpande oppfølging av digital medisineringsstøtte, handtering av varslar og alarmar for medisindispenser	For sjukepleiar/vernepleiar/fagarbeidar i avdelinga som skal følgje opp brukar, etterfylle og reingjere medisindispenseren og handtere straumbrot og svikt/brot på nettverksforbinding.
GPS	Prosedyre som skildrar korleis ein bestiller og administrerer GPS. Vektlegg mellom anna samtykke og grunngjeving.
Døresensor knytt til tryggleiksalarm	Prosedyre for å sikre at brukar ikkje blir unødig overvaka, sikre at brukar får

[20] Stord kommune. Tildeling av tryggleiksalarm og velferdsteknologi. Ikkje datert.

	forsvarleg helsehjelp og sikre at utstyr fungerer slik som tiltenkt.
Fallalarm knytt til tryggleiksalarm	Prosedyre for å sikre korrekt saksgang av teneste fallalarm, førebygge at brukarar med høg falltendens ikkje blir liggande på golvet utan å få hjelp ved fall
Røykvarslar knytt til tryggleiksalarm	Prosedyre for å sikre at brukar får raskast mogeleg hjelp dersom brann/røykutvikling oppstår i heimen
Sengealarm knytt til dørsensor	Prosedyre for å sikre at brukar ikkje blir unødig overvaka, førebygge fall eller skade på brukar, sikre at brukar får forsvarleg helsehjelp

Rutinane og prosedyrane over skildrar kven som er ansvarleg for dei ulike stega ved installeringa og handtering av velferdsteknologi. I dei fleste prosedyrane går det også fram at «tenesteytar har ansvar for løpande evaluering». Det er også utarbeidd prosedyre for løpande evaluering av tryggleiksalarm med tilhøyrande sensorteknologi[21] og evaluering av teneste-medisin eller multidosedispenser.[22] Formålet med desse er å sikre at tiltaka til ei kvar tid er trygge, nyttige og tilpassa brukarane sin behov, samt at teknologien fungerer etter føremålet.

I intervju blir det bekrefta at kommunen følgjer rutinane for tildeling og implementering av velferdsteknologi. Ei kartlegging av behov for velferdsteknologi tek fire til seks veker, der ein samarbeider med brukar og pårørande, vurderer hjelpebehov og identifiserer rett teknologi for brukaren.[23]

For søknadar frå brukar som bur heime hjå seg sjølv er det tildelingskontoret som gjennomfører den første kartlegginga. Då reiser sakshandsamar til heimen og gjennomfører ei kartlegging og gjer ei vurdering av behov for helsehjelp. Revisjonen får opplyst at sjølv om tildelingskontoret har gjort si kartlegging, kan tilsette i sjukepleie- og mestringsteamet i etterkant melde inn behov for velferdsteknologi dersom dei opplever at det er naudsynt. [24] Sjukepleiarane i SMT kan også sjølv initiere innføring av teknologiske løysingar dersom dei ser moglegheiter for det.

Einingsleiar opplyser i intervju om at Stord kommune historisk har hatt ein svært låg terskel for tildeling av tryggleiksalarmar. Det blei gjort ein gjennomgang av alle vedtak om tryggleiksalarmar i 2025. Gjennomgangen viste mellom anna at helsepersonell hadde rykka ut på alarmar der behovet ikkje var helsehjelp, men til dømes hjelp til å legge saman klede. Etter

[21] Stord kommune. Evaluering av tryggleiksalarm med tilhøyrande sensorteknologi. Ikkje datert.
[22] Stord kommune. Evaluering av teneste- medisin- eller multidosedispenser. Ikkje datert.
[23] Stord kommune. Ingen dato. Presentasjon. Ny tenestemodell i heimebaserte tenester.
[24] Det er utarbeidd ei rutine for søknad som kjem frå brukar i heimen. Det er utarbeidd rutine for søknad der brukar er innlagt ved sjukehus eller augeblikkelig-hjelp seng.

gjennomgangen blei terskelen for tildeling av tryggleiksalarm heva og tildeling skjer etter behovsprøving og strengare kriterium. Grunngjevinga for innstramminga var omsynet til berekraft i tenestene og ønske om å tydelegare definere kva som faktisk er helsehjelp og kva som ikkje er det. Det blir i intervju peikt på at det er naudsynt og avgjerande å sikre at ein fordelar ressursane rett.

I intervju med tilsette og leiarar går det fram at ein opplever at tildeling og implementering av velferdsteknologi er føremålsteneleg organisert, at velferdsteknologi alltid blir vurdert først og at dei som har behov for velferdsteknologi får det tildelt, samt at det tek kort tid frå tildeling til brukarane tek teknologien i bruk. Det blir peikt på at velferdsteknologikoordinatoren samarbeider tett med sakshandsamar ved tildelingskontoret, noko som bidreg til at prosessen opplevast som samordna frå vurdering til tildeling og oppfølging. Det blir vidare peikt på at Stord kommune har tilsett eigne serviceteknikarar som har det praktiske ansvaret for å levere utstyr og hjelpemiddel, noko dei tilsette opplever bidreg til effektiv implementering og vedlikehald av velferdsteknologi. Det blir også vist til at bruken av velferdsteknologi har bidratt til å gjere arbeidsdagen meir effektiv ved å redusere behovet for fysiske besøk, til dømes ved at multidose-dispenserar og digitale tryggleiksalarmar gjer det mogleg å følgje med på brukarane på avstand. Dette frigjer tid som kan nyttast på andre oppgåver og betre ressursutnytting i tenesta. Velferdsteknologien frigjer også ressursar til dei brukarane som har behov for fysisk oppmøte. Einingsleiar viser til at Stord kommune har satsa på velferdsteknologi fordi velferdsteknologi er ei viktig satsing både for å frigjere ressursar i tenesta og at den enkelte brukar skal kunne vere meir sjølvstendig. I intervju med tilsette blir det vist til at mange brukarar set pris på å kunne styre sin eigen kvardag.

Nokre gongar kan det oppstå ein akutt behov hos ein brukar for å få tildelt velferdsteknologi. Det er utarbeidd rutine for tildeling av tryggleiksalarmar og velferdsteknologi i hastesituasjonar i Stord kommune.[25] Her går det fram at velferdsteknologikoordinator har høve til å konfigurere det aktuelle utstyret og sende hasteoppdrag til serviceteknikar, som då får frist på 24 timar frå neste verkedag til utlevering.

Det er også utarbeidd ei rutine for nedetid på tryggleiksalarm og velferdsteknologisk utstyr.[26] Her går det fram telefonnummer til kven som skal kontaktast og varslast og korleis ein kan vurdere å kommunisere med brukarar og pårørande. Det er også utarbeidd forslag til informasjonstekst som kan distribuerast på heimesida til Stord kommune.

Det blir opplyst at velferdsteknologikoordinator har ansvaret for å halde seg orientert om eventuell ny velferdsteknologi som kan vere aktuell for Stord kommune å prøve. Det blir i intervju påpeikt at leverandørane av velferdsteknologi gjerne arrangerer demonstrasjonar der dei kjem til Stord for å vise korleis ny teknologi fungerer. I intervju blir det vidare opplyst at det er utpeika ressurspersonar for velferdsteknologi i alle avdelingar. I helseteama er det tre ressurspersonar i helseteam 1 og to i helseteam 2. Desse deltek på opplæring ved testing av ny teknologi og formidlar kunnskapen vidare til resten av teamet. Det er vidare planlagt eit eige kurs i samarbeid med velferdsteknologikoordinatoren, med sikte på at alle tilsette skal få grundig opplæring i velferdsteknologi. Som nemnt i avsnitt 3.3 har også fleire tilsette

[25] Stord kommune. Tildeling av tryggleiksalarmar og velferdsteknologi i hastesituasjonar. Ikkje datert.
[26] Stord kommune. Nedetid på tryggleiksalarm og velferdsteknologisk utstyr. Ikkje datert.

gjennomført opplæring gjennom «Velferdsteknologiens ABC». Tilsette i sjukepleie- og mestringsteamet fortel at dei opplever at dei får god og oppdatert opplæring i ny teknologi, mellom anna gjennom demonstrasjonar frå leverandørar. Nye tilsette får opplæring gjennom ei mentor-ordning, og det blir lagt vekt på at nytilsette får tid til å gradvis bli kjende med system og rutinar for velferdsteknologi. Velferdsteknologi er elles jamleg tema på personalmøte, mellom anna gjennom videoar og gjennomgang av ny teknologi. Samstundes viser avdelingsleiarane i helseteama til at nokre ufaglærte medarbeidarar kan vere meir usikre på bruken av velferdsteknologi, men peiker på at dei får opplæring ved behov. Nokre tilsette peikar også på at ikkje alle får opplæring samtidig, då turnus og ulike arbeidsdagar gjer at nokon kan gå glipp av opplæringsøkter, men at desse får opplæring når dei er tilbake på jobb.

Involvering av brukarar og pårørande i tildeling og bruk av hjelpemiddel og velferdsteknologi [27]

I tillegg til informasjon om velferdsteknologi på kommunen si nettside, er det også utarbeidd ei brosjyre, både fysisk og digitalt, med informasjon til innbyggjarane om kva velferdsteknologi kommunen har tilgjengeleg. I intervju blir lagt vekt på at brukarmedverknad er avgjerande i tildeling av hjelpemiddel/velferdsteknologi. Det blir også peikt på at heimetenesta berre tek i bruk teknologi dersom brukarane er i stand til å handtere den. Frå kommunen blir det opplyst at serviceteknikarane gir opplæring til brukarar og pårørande ved montering av utstyr. Dersom brukaren ikkje meistrar teknologien, gjer dei tilsette individuelle vurderingar rundt kva som vil passe til kvar enkelt brukar. I nokre tilfelle blir til dømes medisindispenser teken bort til fordel for meir tradisjonelt besøk, der tilsette reiser heim til brukar for å gje medisin. Avdelingsleiarane i helseteama opplyser at det blir arbeidd mykje med trygging av brukarane i etterkant av kartleggingsperioden, med ein tilpassingsperiode på om lag 10–14 dagar der personell besøker brukar fysisk og saman går gjennom bruk av teknologien. Det blir vist til at mange av brukarane er positive til bruk av velferdsteknologi, då det også gjer kvardagen til mange brukarar friare fordi dei ikkje er avhengig av å vente på fysisk besøk.

I andre intervju blir det vist til at velferdsteknologien ikkje skal erstatte menneskeleg kontakt. Representanten frå brukarrådet peiker på at det viktig å balansere teknologibruk med fysisk nærleik og «varme hender» og at ein må vere medviten dei utfordringane som kan følgje med ei eldre og meir sårbare brukargruppe.

I samband med verifiseringa blir peikt på at det blir gjort fortløpande vurdering av tenestetilbodet og velferdsteknologi. Det blir vist til ein gjennomfører IPLOS-oppdatering to gongar i året, ved dei faste samhandlingsmøta med fysioterapeut/ergoterapeut og når det blir dokumentert behov for å endre tenestenivået. IPLOS-oppdatering er ei generell ordning for oppfølging av bistandsbehov, og ikkje ei ordning som er spesifikk innretta mot velferdsteknologi. I revidert handlingsplan 2025[28] går det fram at evaluering av tenestene skal skje saman med brukaren ved oppdatering av IPLOS.[29] I intervju med tilsette blir det vist til at det ikkje er etablert fast praksis for systematisk evaluering av teknologien saman med brukarane etter implementering. Dei tilsette opplever at brukarane i hovudsak forstår

[27] Spørsmålet *Korleis sørgjer kommunen for at brukarar og pårørande blir involverte i tildeling og bruk av ev. hjelpemiddel eller velferdsteknologi?* blir svart ut her.
[28] Stord kommune. Heimebaserte tenester – handlingsplan 2025.
[29] IPLOS er eit system for kartlegging av funksjonsnivå og tenestebehov i kommunale helse- og omsorgstenester

funksjonane og moglegheitene ved teknologien og at dei gir beskjed om noko er uklart og det er behov for rettleiing.

3.4.2 Vurdering

Det er revisjonen si vurdering at Stord kommune i stor grad har etablert rutinar og prosedyrar for implementering og bruk av velferdsteknologi i heimetenestene i tråd med tilrådingar i rettleiingane. Undersøkinga viser at leiarar og tilsette opplever at velferdsteknologi bidreg til meir effektive arbeidskvardagar for dei tilsette og betre fordeling av ressursane.

Vidare vurderer revisjonen at Stord kommune legg til rette for at brukarar og pårørande blir involverte i tildeling av og bruk av hjelpemiddel og velferdsteknologi. Kommunen informerer brukarar og pårørande om tilgjengeleg velferdsteknologi, det er forankra i rutinar at brukarar og pårørande skal involverast ved tildeling og det blir lagt vekt på individuell tilpassing. Dette er i tråd med pasient- og brukarrettslova § 3-1.

Stord kommune har utarbeidd prosedyrar for evaluering av velferdsteknologi, der det også går fram at det skal gjennomførast evalueringssamtale med brukar og eventuelt pårørande, og at evalueringa skal dokumenterast. Undersøkinga viser samtidig at ikkje det er etablert ein praksis for å gjennomføre systematisk evaluering av teknologien saman med brukarane etter implementering. For å sikre at velferdsteknologien til ei kvar tid er trygg, nyttig og tilpassa brukarane sine behov, meiner revisjonen at systematisk og einskapleg evaluering av all velferdsteknologi er sentralt, jf. § 8 i forskrift om leiing og kvalitetsforbetring.

3.5 System og rutinar for bruk av velferdsteknologi i akutte situasjonar

3.5.1 Datagrunnlag

I 2024 blei det gjennomført ei ROS-analyse for bruk av velferdsteknologi.[30] Her går det fram at det er sett i verk tiltak for mellom anna kven som svarar ved utløyst alarm, for korleis ein skal sikre at personalet kjem inn i bustaden når alarmen blir utløyst og korleis ein skal hindre at SMS-varsel ikkje blir følgt opp.

Som nemnt i avsnitt 3.4 er det utarbeidd ei prosedyre for røykvarslar knytt til tryggleiksalarm.[31] Formålet med dokumentet er å sikre at brukar får raskast mogleg hjelp dersom brann/røykutvikling oppstår i heimen. Her går det fram at det går eit varsel til tryggleikssentralen som igjen varslar brannvesenet ved alarm frå røykvarslar. Dersom brukar kan stadfeste at det er teknisk feil eller til dømes alarm knytt til matos, skal tryggleikssentralen melde frå til brannvesenet slik at dei ikkje rykkar ut. Ved alle tvil og hos alle brukarar med demens, skal brannvesenet derimot rykke ut. Det går også fram av prosedyren at tilsette alltid skal ringe 110 for råd og rettleiing eller avlysing av utrykking. Som nemnt i avsnitt 3.4 er det også utarbeidd ein prosedyre for oppfølging av brukarar med digital medisindispenser. Under overskrifta *handtere alarmar og varslar* går det fram at anbefalt responstid er 60 minutt. Tilsette kan sjekke SMS på telefonen med varsling eller logge inn for å sjekke varsel. Vidare skal ein ringe brukar eller pårørande eller utføre heimebesøk. Dersom det ikkje er mogleg å løyse varselet, skal tilsette sørge for at brukar får medisin på anna vis og at saka blir følgt opp. I

[30] Stord kommune. ROS Velferdsteknologi. Datert 15.01.2024.
[31] Stord kommune. Prosedyre. Røykvarslar knytt til tryggleiksalarm. Ikkje datert.

prosedyrane blir det ikkje skilt mellom alarmar knytt til fall, GPS eller sengealarm. I prosedyren «sporing av lokaliseringsteknologi/GPS» går det fram korleis ein skal gå fram for å spore brukar.

I løpet av revisjonsperioden er utarbeidd ei skriftleg rutine for handtering av tryggleiksalarm i heimebaserte tenester.[32] Her går det fram korleis tilsette skal handtere mottatt alarm, kva kriterium ein skal vurdere når ein ikkje får kontakt med brukar og når AMK skal kontaktast og når heimetenesta kan rykke ut utan å kontakte AMK først. På revisjonstidspunktet var ikkje rutina implementert.

I intervju blir det stadfesta at dersom ein tryggleiksalarm blir løyst ut så blir det sendt ei melding til alarmsentralen og ansvarsvakt sender ut ei felles melding til alle tilsette som er på jobb. Det blir då brukt eit løpenummer for å registrere kven i heimetenesta som svarer på alarmen. Dette for å sikre rask respons og at ein fordeler oppgåver slik at dei tilsette som er nærmast og har kapasitet, kan rykke ut først. I samband med verifiseringa blir det opplyst at Stord kommune i juni 2026 har erstatta løpenummer på SMS med alarmvarsling via app. Alle tilsette kan logge seg inn og handtere alarmar direkte i appen. Alle hendingar blir automatisk loggført i samsvar med gjeldande lover og forskrifter.

Heimebaserte tenester har responstid på fysisk oppmøte på inntil 60 minutt. Dette gjeld uansett kva type velferdsteknologi som sender ut alarmen. Dersom situasjonen er akutt, er både alarmsentralen og heimetenesta plikta å kontakte AMK. Det blir opplyst at det alltid skal gjerast ei individuell fagleg vurdering og at manglande kontakt med brukar ikkje automatisk utløyser varsling til AMK. Dersom responstida på tryggleiksalarm og tilhøyrande sensorteknologi overstig 60 minutt, skal det bli rapportert inn som avvik i Stord kommune sitt avviksystem i Compilo. Kommunen opplyser om at det pr. juli 2026 ikkje er registrert avvik knytt til at responstida har vore meir enn 60 minutt.

I intervju går det tydeleg fram at tilsette er kjende med at dei skal ringe direkte til 113 dersom ein opplever situasjonen som akutt og at ein ikkje skal ringje etter anna assistanse før ein har ringt 113. Det blir vidare opplyst at ambulansen i dei fleste tilfelle er på staden før heimetenesta kjem fram til brukar. Dei tilsette opplever at det sjeldan tar meir enn 30 minutt før heimetenesta rykker ut. Det blir samtidig peikt på at for ein brukar som ligg på golvet eller som er i ein anna sårbar situasjon, så kan sjølv 10 minutt kjennast lenge. I intervju med dei tilsette blir det vist til at dei opplever at systemet fungerer godt i praksis og at dei opplever det er svært sjeldan at alarmar ikkje blir følgt opp raskt. Det er ikkje utarbeidd statistikk eller andre oversiktar som viser responstida knytt til akutte hendingar.

Det blir også opplyst i intervju at for brukarar som bur i geografisk avsidesliggjande område, til dømes på øyer, kan ein stille inn teknologien slik at varslar i ein akuttsituasjon går til pårørande eller naboar for raskare respons. I nokre tilfelle går varslinga både til heimetenesta og pårørande, i andre tilfelle berre til pårørande. Dette blir alltid avtalt på førehand i samband med tenestekontoret si sakshandsaming og tildelingar.

I intervju med brukarrepresentant går det fram at erfaringane er at heimetenestene er raske til å rykke ut til staden med god responstid.

[32] Stord kommune. Rutine for handtering av tryggleiksalarm i heimebaserte tenester. Ikkje datert.

3.5.2 Vurdering

Undersøkinga viser at kommunen har utarbeidd akuttprosedyrar knytt til dei velferdsteknologiske verktøya og at det er etablert ein praksis med responstid på fysisk oppmøte på inntil 60 minutt. Vidare er tilsette kjende med at dei skal ringje 113 direkte ved akutte situasjonar, og for brukarar i avsidesliggjande område er det gjort tilpassingar slik at varslar kan gå til pårørande eller naboar for raskare respons. Revisjonen merkar seg at det i løpet av revisjonsperioden blei utarbeidd rutine for handtering av tryggleiksalarm i heimebaserte tenester som mellom anna skildrar prosedyre for kontakten med AMK. Revisjonen meiner dette kan bidra til at handteringa av akutte situasjonar blir handtert likt.

4 Brukar- og pårørandemedverknad

4.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgjande hovudproblemstilling med underproblemstillingar:

Har Stord kommune etablert system og rutinar for å sikre medverknad frå brukarar og pårørande i heimetenester?

Under dette:

- I kva grad blir det lagt til rette for at brukarar av heimetenester i Stord kommune og deira pårørande får medverke ved tildeling og evaluering av tenester til den enkelte brukar? Under dette:
  - Korleis sørgjer kommunen for at brukarar og pårørande blir involverte i tildeling og bruk av ev. hjelpemiddel eller velferdsteknologi?[33]
- I kva grad er det eit tydeleg grensesnitt mellom ansvaret til pårørande og dei kommunale heimetenestene?
- I kva grad er det etablert system og rutinar for å hente inn erfaring med tenestene og innspel til forbetring av tenestene frå brukarar og pårørande?

4.2 Revisjonskriterium

Basert på krav i pasient- og brukarrettslova og helse- og omsorgstenestelova og tilrådingar i Nasjonal rettleiar om pårørande i helse- og omsorgstenesta, Helsedirektoratet sin pårøranderettleiar og rettleiaren «Lovverk og velferdsteknologi», har Deloitte utleia følgande revisjonskriterium:

Kommunen skal:

- Ha system og rutinar som sikrar at brukarar av heimetenestene får medverke ved tildeling og evaluering av sine tenester (jf. pasient- og brukarrettslova § 3-1)
- Aktivt involvere brukarar i gjennomføringa av helse- og omsorgstenester (jf. pasient- og brukarrettslova § 3-1)
- Ha system og rutinar som legg til rette for informasjon og dialog med pårørande og brukarar (jf. pasient- og brukarrettslova § 3-1 og Nasjonal rettleiar om pårørande i helse- og omsorgstenesta)
- Ha system for å hente inn og bruke pårørande sine erfaringar og synspunkt for kvalitetsforbetring og tenesteutvikling (jf. Nasjonal rettleiar om pårørande i helse- og omsorgstenesta)

Kommunen bør:

[33] Denne problemstillinga er svart ut i kap 3.

- Gi informasjon til brukarar og pårørande om velferdsteknologien sine funksjonar, moglegheiter og avgrensingar, samt bakgrunn for val av teknologi (jf. rettleiaren «Lovverk og velferdsteknologi»)
- Leggje til rette for god kommunikasjon og godt samarbeid med pårørande (jf. Helsedirektoratet sin pårøranderettleiar)
- Tilby opplæring og rettleiing til pårørande som utfører pleie- og omsorgsoppgåver (jf. Helsedirektoratets pårøranderettleiar).

4.3 Brukarmedverknad i tildeling og evaluering av tenester

4.3.1 Datagrunnlag

Det er utarbeidd ein eigen prosedyre for brukaren sin rett til medverknad i Stord kommune[34], der det går fram at brukaren har rett til å medverke i korleis daglege tenester skal gjennomførast, val av undersøking og behandling, dersom denne er tilgjengeleg og forsvarleg, inkludert å kunne avstå frå undersøking og behandling og å evaluere helsehjelpa. Det går vidare fram at tenestemottakarane og eventuelt primærpårørande[35] skal informerast om rettane sine i høve til medverknad. Vidare går det fram at tenestemottakar og eventuelt primærpårørande sine innspel skal vektleggast. Tenestemottakar sine ynskje skal også dokumenterast. I søknad om helse- og omsorgstenester[36] kan søkar skildre sin situasjon og kva de treng hjelp til. Mellom anna blir søkjar bedt om å svare ut spørsmålet *kva er viktig for deg i den situasjonen du er i no?*. Det blir opplyst at «kva er viktig for deg» er ei eiga satsing i Stord kommune. Einingsleiar har mellom anna sendt ut ein mail til alle tilsette i RHO[37] der det går fram at dette er eit viktig spørsmål å stille når ressursane er knappe og at kommunen må prioritere ressursane der det gir mest verdi og at ein gir hjelp som faktisk betyr noko for pasienten. Det har blitt arrangert ein eigen «kva er viktig for deg» - dag, 5. juni.

I eit informasjonsskriv som blir sendt ut til brukarar der heimebaserte tenester skal vurdere helsehjelp[38] går det fram at dersom personen sjølv har samtykkekompetanse, krevst det at personen sjølv ønskjer tenesta. Under kartlegginga vil det bli spurt om kva som er viktig for brukaren og det skal bli vurdert kva som er viktig for brukaren.

I intervju blir det opplyst at brukarane blir involverte i kartleggings- og vurderingsprosessen tidleg, og at det blir lagt vekt på god dialog med brukaren for å kartleggje behov og avklare kva tenester som er tilgjengelege. Det blir vist til at pårørande er heilt sentrale i sakshandsaminga til tildelingskontoret, då ein stor del av brukarane har kognitive utfordringar eller demenssjukdom. Sakshandsamarane ved tildelingskontoret har derfor møte med pårørande både per telefon og fysisk som grunnlag for å utarbeide eit treffsikkert vedtak om helsehjelp. I saker der brukarar er meir kognitivt velfungerande og orienterte er pårørande i mindre grad involvert.

[34] Stord kommune. RHO: Brukaren sin rett til medverknad. Ikkje datert.
[35] Dette gjeld primært brukarar som ikkje har samtykkekompetanse
[36] Stord kommune. Søknad om helse- og omsorgstenester. Ikkje datert.
[37] Stord kommune. Utklipp frå mail. Datert 02.06.2026.
[38] Stord kommune. Kartlegging/vurdering for helsehjelp. Ikkje datert.

Som omtalt i avsnitt 3.4 er det utarbeidd prosedyrar for ulike typar velferdsteknologi. Når det gjeld brukarmedverknad, går det fram av prosedyrane at tildeling av sensorteknologi (sengealarm og digital tilsyn) krev samtykke frå brukar, som skal dokumenterast skriftleg i Profil. Det går ikkje fram informasjon om samtykke i prosedyrane knytt til medisinhandtering eller fallalarm. For GPS-tildeling går det ikkje fram krav om samtykke, men det er fastsett at både brukar og pårørande skal få informasjon om bruken av verktøyet.

Det er vidare utarbeidd ei rutine for endringsmelding til tenestekontoret ved endra bistandsbehov.[39] Dokumentet tek føre seg korleis utførarleddet skal melde om endra bistandsbehov til tildelingskontorer. Det går også fram at utførar skal avklare om brukar er samd ved reduksjon/avslutning av teneste og at tildelingskontoret skal førehandsvarsel og gi brukar/pårørande høve til å utale seg. Det er vidare etablert prosedyre for evaluering av digital medisineringstøtte[40] og prosedyre for evaluering av teneste medisin- eller multidosedispenser[41] der det går fram at ein skal evaluere nytte av og tryggleik ved bruk av tiltaket. Det skal avtalast evalueringssamtale med brukar og eventuelt pårørande. I prosedyren er det lagt inn døme på rettleiande spørsmål til evalueringssamtale. Evalueringa skal også dokumenterast. Som nemnt i kap. 3.4 går det fram av revidert handlingsplan 2025[42] at evaluering av tenestene skal skje saman med brukaren ved oppdatering av IPLOS[43], og IPLOS-oppdatering for alle brukarar er nemnt som eit konkret mål for å sikre at tenestene blir evaluert. Det står ikkje kor ofte IPLOS skal evaluerast eller oppdaterast. Vidare går det fram av handlingsplan for heimebaserte tenester 2025 at eit overordna mål for heimebaserte tenester er at brukarane skal kjenne til sin primærkontakt og at tenestene skal ha fokus på kva som er viktig for brukar, at pårørande med stor omsorgsbelastning skal oppleve pårørandestøtte og at det skal vere fokus på eigne ressursar for å oppnå meistring og sjølvstendiggjering. I intervju blir det opplyst at kommunen i revisjonsperioden ikkje har organisert heimetenestene etter primærkontaktmodellen og at det ikkje er etablert praksis for ein fast og systematisk evaluering av tenestene med brukar. Dei tilsette fortel i intervju at dei opplever at dei får tilbakemeldingar frå brukarane i arbeidskvardagen og gjer justeringar ved behov.

4.3.2 Vurdering

Basert på undersøkinga vurderer revisjonen at Stord kommune legg til rette for brukar- og pårørandemedverknad ved tildeling av heimetenester. Undersøkinga viser at kommunen har forankra brukarmedverknad i rutinar og handlingsplanar, og at kartleggingsprosessen ved tildeling er innretta mot aktiv involvering av brukar og pårørande, mellom anna gjennom dialog om behov og moglegheiter. Det er revisjonen si vurdering at kommunen har lagt til rette for medverknad ved tildeling i tråd med krava i pasient- og brukarrettslova § 3-1, som seier at tenestene så langt som mogleg skal utformast og tildelast i samarbeid med brukaren.

Når det gjeld brukarmedverknad ved evaluering av heimetenestene, viser undersøkinga at kommunen ikkje har etablert ein fast og systematisk praksis for evaluering av tenestene saman med brukar/pårørande. Sjølv om handlingsplanen legg opp til at evaluering skal skje saman

[39] Stord kommune. Tildelingskontoret: endringsmelding ved endra bistandsbehov.
[40] Stord kommune. Rutine for evaluering av digital medisineringsstøtte. Ikkje datert.
[41] Stord kommune. Rutine for evaluering av teneste medisin- eller multidosedispenser. Ikkje datert.
[42] Stord kommune. Heimebaserte tenester – handlingsplan 2025.
[43] IPLOS er eit system for kartlegging av funksjonsnivå og tenestebehov i kommunale helse- og omsorgstenester

med brukaren ved oppdatering av IPLOS, er det ikkje dokumentert at dette blir gjennomført systematisk. Fråværet av systematisk brukarmedverknad ved evaluering av heimetenestene inneber ein risiko for at kommunen ikkje i tilstrekkeleg grad fangar opp endringar i brukarane sine behov og erfaringar med tenestene, jf. pasient- og brukarrettslova § 3-1.

4.4 Grensesnittet mellom ansvaret til pårørande og dei kommunale heimetenestene

4.4.1 Datagrunnlag

I informasjonsskriv til personar som skal kartleggast/vurderast for heimebaserte tenester går det fram informasjon om kva kartleggingsperioden inneber og kva lovverk som blir lagt vekt på ved yting av helsehjelp. I informasjonsskrivet er det også utarbeidd ein tabell med overskrifta «forventningsavklaring». Her går det fram kva som er forventingar til tenesteytar, som til dømes at «tenesteytar skal gi rettleiing og opplæring som kan gjere tenestemottakar i størst mogleg grad kan oppretthalde sjølvstendige funksjonar/eigenomsorg». Vidare står det kva som er forventingar til tenestemottakar som til dømes «tenestemottakar skal være klar for å ta imot hjelp når tenesteytar kjem til heimen.» Det blir også informert om kva oppgåver som ikkje blir levert at tenesta. Dette er til dømes å handle matvarer og tenester som kan utførast på legesenter dersom brukar er mobil. I informasjonsskrivet blir det kommunisert at Stord kommune ønskjer eit samarbeid med pårørande og at det blir nytta pårørandeavtalar[44] der det er hensiktsmessig. I intervju går det fram at det i praksis ikkje blir utarbeidd pårørandeavtalar. Det blir samtidig understreka at tilsette alltid er tilgjengeleg for dialog med pårørande. Kontakten kan skje til dømes gjennom telefon, møte, skriftlege beskjedar til dømes i kommunikasjonsbok som ligg hjå brukar eller lappar som pårørande kan lese. Det blir peikt på at det viktigaste er at informasjonen kjem fram. I samband med verifiseringa av rapporten i juli 2026 blir det opplyst at det nyleg er ferdigstilt ein tenestestandard i RHO, der forventingane til pårørande/verje går tydelegare fram. Vidare blir det i samband med verifiseringa av rapporten i juli 2026 opplyst at kommunen har utarbeidd eit nytt søknadsskjema om helsetenester der kartlegging av pårørande og andre ressursar i brukar sitt nettverk inkludert. Dette skal bidra til at tildelingskontoret og helsetenestene tidleg skal få ein fullstendig oversikt over nettverket til brukar. Det blir opplyst at tilsette i tenestene også er tilgjengelege for dialog med brukarar og pårørande gjennom Digihelse.

I samband med verifisering av rapporten blir det opplyst at Stord kommune si nettside pr. juli 2026 er oppdatert med informasjon om kva tenester ein kan forvente frå kommunen og kva ein må ta ansvar for sjølv.

Som nemnt i avsnitt 4.3 har Stord kommune utarbeidd ei eiga punktliste med oppgåver for primærkontaktar, men modellen er ikkje implementert i heimetenesta.[45] Der går mellom anna fram at primærkontakt skal gjennomføre forventningssamtale med nye brukarar og at det skal gjennomførast årleg brukar/pårørandesamtale. I intervju går det fram at dette i liten grad er systematisert. Etablert praksis er at forventningssamtalen hovudsakleg blir gjennomført i komplekse saker som vil krevje mykje ressursar. I intervju peikar tilsette vidare på at det vil vere føremålstenleg å gjennomføre forventningssamtale med nye brukarar, då det ofte er ulik

[44] Ein pårørandeavtale er eit samarbeidsverktøy mellom pårørande og den kommunal helse- og omsorgstenesta, der formålet er å avklare forventingar, sikre god dialog og kartlegge kva pårørande kan bidra med, samt kva støtte og avlastning dei sjølv treng.
[45] Stord kommune. Oppgåver for primærkontakta. Ikkje datert.

forståing blant brukarar og pårørande om kva som er kommunale oppgåver og kva som ligg utanfor tenesta sitt ansvar. Nokre forventar at heimetenesta skal ta ansvar for «alt», medan andre har meir realistiske forventningar. Dei tilsette opplever at det er naudsynt å klargjere grensene for tenesta sitt ansvar, og at eventuelle behov for ytterlegare hjelp må handterast gjennom formelle vedtak via tildelingskontoret. I handlingsplan for heimebaserte tenester går det fram at pr. 21.10.2025 var ein av dei mest melde kategoriane av avvik tilsette som får tilsnakk av pasientar og pårørande som meiner dei ikkje får tenester dei har krav på.

I intervju blir det vidare peikt på at det kan vere utfordrande å justere forventningane ovanfor brukar i tilfelle der spesialisthelsetenesta har lovt meir oppfølging frå kommunale helsetenester enn det dei kan tilby. I andre tilfelle kan ein oppleve at brukarane har ei forventing om hjelp med oppgåver som ikkje er helserelaterte. I desse sakene bistår dei tilsette med informasjon om korleis ein kan få organisert hjelpa på ein anna måte, til dømes ved å vise til daglegvarebutikkar som køyrer varer heim eller private aktørar som kan utføre oppgåver heimetenesta ikkje tilbyr.

Som nemnt i avsnitt 3.5.1 kan varsling frå tryggleiksalarm gå direkte til pårørande eller naboar som kjenner brukar godt. Dette er særleg aktuelt for brukarar som bur langt unna sentrum i kommunen og der det er naboar som når fram før helsetenestene. Denne type ordningar er alltid avklart med alle involverte i samband med tildeling av tenester frå tildelingskontoret. I intervju blir det opplyst at det er fleire brukarar i kommunen som ikkje har tenester frå heimetenesta i kommunen, berre tryggleiksalarm. I desse tilfelle vil pårørande vere dei første som får varsling når brukar utløyser tryggleiksalarmen. Dersom pårørande ikkje svarar innan ei viss tid, går alarmen vidare til heimetenesta. Det blir opplyst at responssenteret er bemanna av helsepersonell som mottek og vurderer alarmar frå brukarar og det ved kvar alarm blir gjort ei fagleg vurdering av hastegrad og behov for vidare oppfølging. Basert på denne vurderinga blir alarmen varsla vidare til rett instans som til dømes pårørande, tilsette, AMK eller brannvesen. Kvar alarm blir dokumentert i ein logg som mellom anna inneheld responstid frå responssenteret, opptak av samtalen mellom responssenter og brukar (om det har vore dialog), samt informasjon om vidare varsling og handtering av alarmen. Responssenteret har ei eiga responstid på 30 sekund. Dersom pårørande ikkje svarar, går alarmen vidare til tenester til heimebuande som siste ledd.

4.4.2 Vurdering

Det er revisjonen si vurdering at Stord kommune har iverksett fleire tiltak for å etablere eit tydeleg grensesnitt mellom ansvaret til pårørande og dei kommunale heimetenestene. Mellom anna er det utarbeidd eit informasjonsskriv med forventningsavklaring som skildrar kva som er tenesteytar sitt ansvar, kva som er tenestemottakar sitt ansvar, og kva tenesta ikkje inkluderer. Kommunen har vidare lagt til rette for dialog med pårørande gjennom fleire kanalar, og det blir gjort avklaringar med involverte partar i samband med tildeling av tenester. Desse tiltaka er i tråd med tilrådingane i Helsedirektoratets pårøranderettleiar om å ha rutinar som sikrar avklaring mellom kommunen og pårørande om kva som er kommunens ansvar og kva som er pårørandeansvar. Revisjonen merkar seg samstundes at kommunen i sine eigne rutinar legg opp til bruk av pårørandeavtalar der det er føremålstenleg, men at det i praksis ikkje blir utarbeidd slike avtalar. Vidare er primærkontaktmodellen med tilhøyrande forventningssamtalar ikkje fullt ut implementert, og forventningssamtalar blir i hovudsak berre gjennomført i komplekse saker. Tilsette opplever at det kan vere ulik forståing blant brukarar

og pårørande om kva som er kommunale oppgåver og kva som ligg utanfor tenesta sitt ansvar. Revisjonen meiner at fråværet av formaliserte pårørandeavtalar og systematiske forventningssamtalar inneber ein risiko for at grensesnittet mellom kommunen og pårørande sitt ansvar ikkje er tilstrekkeleg tydeleg.

4.5 Innhenting av erfaring frå brukarar og pårørande

4.5.1 Datagrunnlag

Det er utarbeidd ein strategi for brukarmedverknad i planlegging og utvikling av tenester og tiltak i Stord kommune.[46] I strategien går det mellom anna fram at brukarmedverknad er naudsynt for å sikre gode og likeverdige tenester til alle innbyggjarar, og at brukarane sine synspunkt skal vektleggjast ved utforming av tenestetilbodet og komme tydeleg fram i rapportering og saksframstillingar. Vidare peiker kommunen på at brukarane sin erfaringskompetanse er likeverdig med fagleg og administrativ kompetanse. Strategien skildrar systematiske tiltak for brukarmedverknad i heile Rehabilitering, helse og omsorg i Stord kommune. Tiltaka er mellom anna gjennomføring av brukarundersøkingar minimum kvart fjerde år, etablering av representative brukarutval, krav om brukarrepresentasjon i prosjekt- og utviklingsarbeid, forum for dialog med innbyggjarane, opplæring av tilsette og brukarrepresentantar, og formalisering av samarbeid gjennom avtalar og godtgjersle. Det går også fram at involvering frå administrasjonen som hovudregel skal skje ved at målgruppa er representert i prosjekt- og/eller styringsgruppe. Det er utarbeidd retningslinjer for styringsgrupper der det går fram at ein skal invitere minimum to brukarrepresentantar. Det blir også vist til andre formar for involvering som til dømes førespurnad om innspel til etablerte utval/forum/organisasjonar og open invitasjon til innspel gjennom media/nettside.

Når det gjeld brukarar og pårørande for heimetenesta er det etablert brukarundersøking og fleire utval som direkte eller indirekte representerer brukarar. Dette vil bli omtalt nærare i avsnitta under.

Stord eldreråd er eit rådgjevande organ som mellom anna har som oppgåve å uttale seg om eller ta opp alle saker som gjeld levekår eller sosiale tilhøve for eldre i kommunen.[47]

Det er også etablert eit **brukarråd** for tenester til heimebuande. I brukarrådet er det representantar frå rådet for menneske med nedsett funksjonsevne og eldrerådet. Brukarar, pårørande tilsette, leiarar og politikar kan melde inn saker til brukarrådet. Brukarrådet møtes fast vår og haust og elles ved behov, og blir rådført av administrasjon og politikarar i ulike saker. Tenester til heimebuande er representert med ein representant frå eininga og ein representant frå leiargruppa i kommunen. Representanten frå eininga har ansvaret for å referere frå møta. Avdelingsleiar for sjukepleie- og mestringsteamet opplyser at etablering av kontakt med brukarrådet vart sett i system ved ny struktur for eininga hausten 2025. Representant frå brukarrådet framhevar i intervju at det blir arbeidd godt med brukarmedverknad i Stord kommune, og viser til at kommunen og heimetenestene er opne for tilbakemelding og vilje til å gjere endringar.

[46] Stord kommune. Strategi for brukarmedverknad i planlegging og utvikling av tenester og tiltak i Stord kommune. Ikkje datert.
[47] Stord kommune. Reglement for eldrerådet. Ikkje datert.

Stord kommune har etablert eit **velferdsutval for RHO** som består av tre medlem. Utvalet er oppnemnt av utval for rehabilitering, helse og omsorg for fire år i gangen og følgjer valperioden. Føremålet til velferdsutvalet er å sjå etter at brukarane opplever å få forsvarleg behandling og omsorg. Vidare skal utvalet sjå etter at brukarane opplever å bli handsama omsynsfullt og med respekt for sin integritet. Utvalet skal vera merksam på alle tilhøve som kan ha innverknad på brukaren si utvikling, trivsel og velferd.[48] Revisjonen får opplyst at velferdsutvalet ikkje gjennomfører vitjing hjå heimebuande, berre på institusjon og andre kommunale bustader. Samtidig går det fram i retningslinjene for velferdsutvalet at dei kan ha ei kontakt- og formidlingsrolle mellom brukarar og administrasjon/kommunedirektør for alle einingane under RHO sitt ansvarsområde, inkludert heimebaserte tenester. Revisjonen får vidare opplyst at velferdsutvalet vil vitje heimebaserte tenester når det blir opna ein sjukepleiarklinikken (meir informasjon om denne i avsnitt 5.5.1) hausten 2026. Vidare har utvalet gjennomført besøk i psykisk helse og rus, der fleire av brukarane er heimebuande.[49]

Kommunen opplyser at det blir gjennomført **brukarundersøking** for brukarar av heimebaserte tenester annakvart år. Sist undersøking blei gjennomført i 2024, og det skal etter planen gjennomførast ei ny undersøking hausten 2026. I brukarundersøkingane får brukarane spørsmål knytt til brukartilfredsheit på fleire område, mellom anna brukarmedverknad, resultat for brukar, respektfull behandling, tilgjengelegheit, informasjon og heilskapsvurdering. I svara frå 2024 går det fram at resultatet frå Stord kommune ligg rett under, på same nivå eller rett over gjennomsnittet for Noreg.

I intervju peiker fleire på at det har vore metodiske utfordringar med brukarundersøkinga. Mellom anna er det ein del av dei som skal svare som ikkje kan svare sjølve og er avhengige av at nokon svarar på vegner av dei. Det blir også vist til at svarprosenten gjerne er låg fordi mange brukarar er eldre og ikkje meistrar dei digitale løysingane som trengst for å svare på undersøkinga. Det blir også framheva at brukarane gjerne heller ønskjer å påverke si eiga sak direkte enn å svare på ei generell undersøking.

Einingsleiar for heimebaserte tenester opplyser i intervju at resultata frå brukarundersøkinga blir gjennomgått i leiargruppa til kommunalsjef, i leiargruppa i RHO og presentert for dei tilsette og brukarrådet. Tilsette i helseteama bekreftar at resultata blir drøfta på personalmøte, og at det ut frå tilbakemeldingane blir sett opp konkrete tiltak som ein skal arbeide vidare med. I intervju med einingsleiar blir det vist til eit konkret døme på korleis tilbakemeldingar har ført til forbetringsarbeid: Ei tidlegare undersøking (2015) viste at fleire brukarar var usikre på dette med helsepersonell si teieplikt. Undersøkinga gav ingen indikasjonar på at teieplikta faktisk vart broten, men heller at det ikkje vart kommunisert tydeleg nok at helsetenestene haldt teieplikta. Som følgje av dette har eininga etablert tydeleg informasjon om at helsepersonell har teieplikt i all kommunikasjon med brukarar.

4.5.2 Vurdering

Undersøkinga viser at kommunen har etablert eit breitt spekter av kanalar og organ for innhenting av brukar- og pårørandeerfaringar, mellom anna brukarundersøkingar annakvart år, fleire rådgjevande organ (eldreråd, brukarråd, brukar/pårørandeutval og velferdsutval for

[48] Stord kommune. Retningslinjer for Velferdsutvalet for rehabilitering, helse og omsorg. Ikkje datert.
[49] Stord kommune. Årsrapport for velferdsutvalet RHO for 2025.

RHO), samt digitale kanalar for innbyggardialog. Resultata frå brukarundersøkingane blir gjennomgått i leiargruppa og nytta aktivt i handlingsplanar for å utvikle og forbetre tenestene. Det er revisjonen si vurdering at Stord kommune i stor grad har etablert system og rutinar for å hente inn erfaringar og innspel frå brukarar og pårørande, i tråd med krava i pasient- og brukarrettslova § 3-1 og tilrådingane i Nasjonal rettleiar om pårørande i helse- og omsorgstenesta.

Revisjonen merkar seg samstundes at det er utfordringar knytt til deltaking i brukarundersøkingar frå brukarar som mottar heimetenester. Desse utfordringane kan innebere at brukarundersøkinga ikkje i tilstrekkeleg grad fangar opp erfaringane til dei mest sårbare brukargruppene, jf. forskrift om leiing og kvalitetsforbetring § 7 bokstav e.[50] Revisjonen viser i denne samanhengen til kommunen sin eigen strategi for brukarmedverknad, der det går fram at utsette grupper skal ha særleg merksemd.

[50] I forskrift om leiing og kvalitetsforbetring § 7 bokstav e går det fram at kommunen skal sørge for å gjere bruk av erfaringar frå pasientar, brukarar og pårørande.

5 Rekruttering, turnover og førebygging og oppfølging av sjukefråvær

5.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgjande hovudproblemstilling med underproblemstillingar:

I kva grad arbeider kommunen systematisk med rekruttering, turnover og førebygging og oppfølging av sjukefråvær i heimetenester?

Under dette:

- I kva grad arbeider kommunen for å sikre ei forsvarleg arbeidsbelastning i heimetenestene?
- I kva grad er det etablert system og rutinar for å hindre for høg turnover blant dei tilsette i heimetenestene?
- I kva grad arbeider kommunen systematisk for å rekruttere nye tilsette til heimetenester?
- Er det utarbeidd tydelege måltal for sjukefråværet på einingsnivå og i kva grad når tenestene måla som er sett for sjukefråværet?
- I kva grad har kommunen rutinar og system for å følgje opp sjukemeldte i samsvar med regelverket?
- I kva grad er det sett i verk tiltak for å førebyggje og redusere arbeidsrelatert sjukefråvær og i kva grad blir ev. tiltak følgt opp og evaluert?

5.2 Revisjonskriterium

Basert på krav i arbeidsmiljølova, helse- og omsorgstenestelova, folketrygdlova og internkontrollforskrifta, har Deloitte utleia følgande revisjonskriterium:

Kommunen skal:

- Utføre systematisk helse-, miljø- og tryggleiksarbeid (HMT-arbeid) på alle nivå i verksemda, inkludert å fastsette mål for helse, miljø og tryggleik (arbeidsmiljølova § 3-1).

- Sikre eit fullt forsvarleg arbeidsmiljø ut frå ei enkeltståande og samla vurdering av faktorar i arbeidsmiljøet som kan innverke på arbeidstakarane si fysiske og psykiske helse og velferd (arbeidsmiljølova § 4-1 første ledd) og sikre at arbeidsmengde og tidspress som sikrar balanse mellom arbeidet som skal utførast, og den tida som er til rådigheit (arbeidsmiljølova § 4-3 andre ledd).

- Sikre at arbeidstakarar og deira tillitsvalde blir heldt kontinuerleg informert om system om nyttast ved planlegging og gjennomføring av arbeidet (jf. arbeidsmiljøloven § 3-1 og internkontrollforskrifta § 4)
- Arbeide systematisk med å førebyggja og følgja opp sjukefråvær (jf. arbeidsmiljøloven § 3-1 andre ledd)
- Planleggje, gjennomføre, evaluere og korrigere tiltak for å redusere sjukefråværet (jf. helse- og omsorgstenestelova § 3-1 tredje ledd)
- Leggje til rette for arbeidstakar med redusert arbeidsevne, utarbeide ein oppfølgingsplan i samråd med arbeidstakaren og kalle inn til dialogmøte (jf. arbeidsmiljøloven § 4-6)
- Føre statistikk over sjukefråvær (jf. arbeidsmiljøloven § 5-1)
- Sikre tilstrekkeleg fagkompetanse i tenestene (jf. helse- og omsorgstenestelova § 4-1 bokstav d)

Sjå vedlegg 2 for utfyllande revisjonskriterium.

5.3 Forsvarleg arbeidsbelastning

5.3.1 Datagrunnlag

I Stord kommune sin handlingsplan for heimebaserte tenester for 2025 går det fram mål om at einingа har tilstrekkelege ressursar til å gjennomføre vedtak og at det er ei forventing om at einingа skal ha tilstrekkelege ressursar til å levere tildelte servicetimar. Nøkkeltal knytt ressursar og levering av tenester skal rapporterast om i Framsikt. Kommunen opplyser at ei samla vurdering av nøkkeltala for 2025 viser:

- Tenesta har hatt høgt aktivitetsnivå og auka kompleksitet i brukarforløp, noko som har påverka ressursbehovet.
- Det har vore utfordringar med vakante stillingar og rekruttering, som igjen gir press på bemanning og kapasitet til å levere alle vedtekne timar fullt ut. Det blir arbeidd kontinuerleg med bemanning og kommunen har tilsett fleire tilsette med fagutdanning våren 2026.
- Sjukefråværet har vore relativt høgt (14,79 %), noko som også påverkar gjennomføringsevna.
- Samstundes har tenesta samla sett klart å oppretthalde forsvarleg drift og levere tenester gjennom året, trass i krevjande rammevilkår.

Når det gjeld målet om samsvar mellom ressursar og vedtak, viser nøkkeltala og rapporteringa at:

- Det er eit vedvarande gap mellom tilgjengelege ressursar og aukande behov, særleg knytt til kompleksitet og volum i tenestene. Tilgjengelege ressursar handlar om vakante stillingar.

- Tenesta har arbeidd aktivt med tiltak som oppgåvedeling, organisasjonsendring og betre ressursutnytting for å redusere dette gapet.

Som vist til i kapittel 2 har det nyleg blitt gjennomført ein omorganisering av heimetenestene i Stord kommune. I intervju med einingsleiar går det fram at endringsarbeidet har vore krevjande for både leiarar og tilsette, men at den totale arbeidsbelastninga for eininga vil vere om lag som før etter omorganiseringa. Fordelinga av oppgåver mellom yrkesgruppene har derimot endra seg, ved at helsefagarbeidarane og pleiemedarbeidarane har fått ansvar for oppgåver som tidlegare var sjukepleiarane sitt ansvar. Døme på denne type oppgåver er mellom anna insulinbehandling, sårbehandling og terminal omsorg. Tilsette i helseteama stadfestar at arbeidsbelastninga har endra seg noko, særleg fordi det ikkje lenger er sjukepleiarar fast til stades i teamet, men dei opplever likevel at det stort sett er god nok tid til å utføre alle arbeidsoppgåvene som no er pålagde dei. Det blir opplyst at det ikkje blei gjennomført ei systematisk risikovurdering knytt til arbeidsbelastning før oppstart av omorganiseringa av heimetenesta, men at alt arbeid knytt til omorganiseringa har vore drøfta i både prosjektgruppa og LTV-gruppa.[51] Vidare blei det gjennomført risikoanalyse for helse, miljø og tryggleik med særleg fokus på det psykososiale og organisatoriske faktorar i juni 2025.[52] Det blei også etablert tre arbeidsgrupper bestående av leiar, fagarbeidar, sjukepleiar, tillitsvald, verneombod og fagansvarleg. Arbeidsgruppene har følgt opp omorganiseringa lokalt. Vidare er det planlagt ei evaluering av organiseringa i perioden august-september 2026.

Avdelingsleiar for sjukepleiar- og mestringsteamet (SMT) opplyser at den totale arbeidsbelastninga for dei tilsette i SMT er om lag lik som før omorganiseringa. Samstundes blir det peika på at det psykososiale arbeidsmiljøet og fagmiljøet truleg har blitt styrka. Gjennom medarbeidarsamtalar har leiarane fått tilbakemeldingar om at dei tilsette opplever den nye organiseringa som positiv, med eit sterkare fagmiljø og meir samarbeid. Tilsette i SMT stadfestar i intervju at den nye organiseringa har gjort det lettare å bruke kompetansen sin på rett plass. Vidare går det fram at dei tilsette i SMT opplever arbeidsbelastninga som variabel, avhengig av kor mange brukarar som er meldt inn og kor mange tilsette som er sjukemeldte, då høgt sjukefråvær gir høgare arbeidsbelastning for dei som ikkje er sjukemeldte. Det kan også vere periodar med fleire terminale brukarar som krev mykje oppfølging frå heimetenesta. Samstundes blir det opplyst at det i periodar med færre brukarar har vore mogleg å låne ut sjukepleiarressursar frå SMT til helseteamet.

Stord kommune har utarbeidd retningslinje for bruk av vikarar ved fråvær og ekstra bemanning.[53] Her går det fram at avdelingsleiar har det overordna ansvaret for å sikre forsvarleg bemanning på alle vakter.[54] Det skal takast stilling til kva som skal vere grunnbemanninga for dei ulike vaktene på kvar enkelt avdeling. I retningslinja blir det skildra korleis avdelingsleiar/ansvarsvakt skal handtere fråvær – som hovudregel skal ikkje overtid bli nytta, og skal berre bli brukt for å sikre ei forsvarleg drift og naudsynt helsehjelp. Før innleige av eventuelle vikar skal det gjerast vurdering av behov i forhold til kor mange brukarar som skal få

[51] LTV-gruppa består av leiarar, tillitsvalde og verneombod. Det går fram meir informasjon om LTV-gruppa i avsnitt 5.8 førebygging av sjukefråvær.
[52] Stord kommune. HMT i HBT, med særleg fokus på psykososiale og organisatoriske faktorar. Juni 2025.
[53] Stord kommune. Overordna retningslinjer for bruk av vikar ved fråvær og ekstra bemanning. Ikkje datert.
[54] I avdelingsleiar sitt fråvær og på kveld/helg/høgtid er det ansvarsvakt som har delegert ansvar for å innleige av vikar ved korttidsfråvær.

tenester (belegg), kompetanse hjå dei som er på jobb, og moglegheit for ressursfordeling internt i avdelinga. Det er Visma ressursstyring som blir nytta som system for turnusadministrasjon. Dette systemet inneber at leiarar kan leggje ut vakter som tilsette kan «melde seg til» å ta.

I intervjua peiker fleire på at organiseringa av turnus er viktig for sikre at den enkelte tilsette opplever arbeidsbelastninga som forsvarleg. Det er innført langvaktsturnus torsdag til søndag, der vaktene varer i 14,5 timar. Dette gir dei tilsette lengre friperiodar. Turnusane blir evaluerte som fast punkt heimetenesten sitt årshjul, med involvering av hovudtillitsvalde, hovudverneombod, plasstillitsvalde og lokale verneombod. Avdelingsleiarane i helseteama opplyser i intervju at arbeidslistene[55] er tilpassa slik at det ikkje blir for travelt, og at tida på listene er likt fordelt mellom dei tilsette. Dersom tilsette blir tidleg ferdige med eigne oppgåver, ringjer dei til andre og tilbyr hjelp for å sikre jamn fordeling av arbeidsoppgåver.

I intervju går det fram at tilsette i helseteama opplever at dei stort sett har god nok tid til å handtere arbeidsoppgåvene i løpet av ein dag, men peiker samstundes på at det til ein kvar tid er for få fagarbeidarar på jobb. Dette blir også stadfesta i rapporteringa i Framsikt. Dei tilsette opplyser at dette blir handtert ved at arbeidsoppgåver blir fordelte til dei som er på jobb, slik at tenestene blir utførte trass tidvis låg fagdekning. Ein prøver å tilpasse oppgåvene etter kva kvar enkelt ønskjer å gjere, til dømes ved at nokon tek meir kontorarbeid og andre meir utearbeid. Dei tilsette opplyser at dette bidreg til å skape ei meir balansert arbeidskvardag og auka trivsel, men at bemanninga likevel er sårbar.

5.3.2 Vurdering

Undersøkinga viser at kommunen har etablert fleire tiltak som bidreg til å oppfylle krava i arbeidsmiljølova. Mellom anna er det utarbeidd retningslinje for vikarbruk og det er fokus på å tilpasse turnusar og arbeidsliste. Kommunen har vidare forankra mål om tilstrekkelege ressursar til å gjennomføre vedtak og levere tildelte servicetimar i handlingsplanen for heimebaserte tenester, med nøkkeltal som skal rapporterast i Framsikt.

Vidare går det fram av undersøkinga at det er eit vedvarande gap mellom tilgjengelege ressursar og aukande behov, og at høgt sjukefråvær og vakante stillingar gjev auka belastning på eksisterande personale. Kommunen gjennomførte i juni 2025 ei risikoanalyse for helse, miljø og tryggleik med særleg fokus på psykososiale og organisatoriske faktorar. Denne kartla ikkje spesifikt korleis det vedvarande gapet mellom ressursar og behov, høgt sjukefråvær og vakante stillingar påverkar arbeidsbelastninga for dei tilsette. Utan ei slik systematisk kartlegging og oppfølging kan det stillast spørsmål ved om kommunen har eit tilstrekkeleg grunnlag for å vurdere om bemanninga er forsvarleg, jf. arbeidsmiljølova § 4-1 første ledd.

5.4 Forhindring av turnover

5.4.1 Datagrunnlag

Stord kommune har tidlegare vore ei IA-verksemd (Inkluderande arbeidsliv) med konkrete målsettingar knytt til sjukefråvær og tilrettelegging i ulike livsfasar for alle tilsette i Stord

[55] Arbeidslister i heimetenesta er oversikter over kva oppdrag og pasientbesøk helsepersonell skal utføre i løpet av ei vakt. Listene fordeler pleie, medisinar, sårstell og praktisk bistand, og strukturerast via kommunen sine fagsystemer, som f.eks. Profil eller Aidn.

kommune, inkludert heimetenesta.[56] Det går fram at eitt av delmåla til kommunen i IA-avtalen er tilrettelegging for alle livsfasar og forlenga yrkesaktivitet. For å nå dette delmålet har kommunen gjennomført årlege informasjonsmøte for tilsette over 58 år og lagt til rette for fleksible arbeidstidsordningar. Revisjonen har ikkje motteke informasjon om desse tiltaka gjennomførast i heimetenestene. Revisjonen får opplyst at omgrepet IA-verksemd ikkje er i bruk lengre, men at Stord kommune nyleg har inngått strategisk partnarskapsavtale med NAV. Dette inneber at kommunen forpliktar seg til å jobbe systematisk og aktivt med utanforskap, inkludering, førebyggande arbeid innan sjukefråvær og arbeidsmiljø. Det er inngått ein ny avtale for ein 2 års periode våren 2026.

I Stord kommune sin arbeidsgjevarstrategi 2020-2025[57] går det fram at ein vil satse på «rett kompetanse» for å førebygge sjukefråvær og hindre turnover. I strategisk kompetanseplan går det fram at kommunen satsar på fleire lærlingar mellom anna med å utdanne eigne helsefagarbeidarar ved at tilby assistentar å ta fagbrev som helsefagarbeidarar samtidig som dei er i jobb. Det er tre tilsette som starta opp med dette i august 2025. I intervju går det fram at kommunen prøvar å stimulere til vidare- og etterutdanning, der det kan bli gitt permisjonar med og utan løn og delvis utgiftsdekning. Vidare blir det opplyst at avdelingsleiarane i heimetenesta arrangerer faglunsjar og eininga har to fagdagar i året. Desse fagdagane er for alle tilsette og tilsette kan også komme med forslag til tema for fagdagane.

I intervju blir det vidare vist til fleire tiltak som opplevast som viktige for å førebyggje turnover. I desember 2025 vart det gjennomført ei kompetansekartlegging der resultata blir brukte som grunnlag for planlegging av fagdagar framover for å imøtekomme ønskjer frå dei tilsette. Frå 1. mars 2026 vart det innført eit tillegg på 500 kroner for kvar utførte langvakt, og tilsette som tek bonusvakter får i tillegg meir enn 400 kroner i timen i tillegg til vanleg løn. Dette for å motivere tilsette til å bli i stillinga si og arbeide langvakter og ekstravakter.

Som nemnt i avsnitt 5.3 blir arbeidet med turnus peikt på som sentralt og det er innført langvaktsturnus i slutten av veka og i helgene (torsdag–søndag), med vakter på 14,5 timar, noko som gjev dei tilsette lengre friperiodar. Det er vidare utarbeidd årsturnus slik at tilsette i god tid veit kva helgedagar dei skal jobbe. Avdelingsleiarane prøver også å innfri individuelle ønske om fri. Tilsette i helseteama trekkjer fram fleksible turnusordningar og moglegheit til å påverke eigen arbeidstid som viktige faktorar for å bli verande. Denne ordninga blir evaluert saman med dei tillitsvalde og evalueringa er lagt inn som ein del av årshjulet til partsamarbeidet i avdelinga. Evalueringar blir også følgt opp av HR.

Vidare blir det gjennomført medarbeidarundersøking, 10-faktor, blant tilsette i heimetenestene.[58] I 10-faktorundersøkinga svarar den tilsette på ulike påstandar ved å bruke ein skala frå 1-5 frå svært ueinig (1) til svært einig (5). Det går fram av resultat frå medarbeidarundersøkinga frå heimetenestene i 2025 [59] at tilsette i stor grad er tilfreds med arbeidsmiljøet, med god skår på mellom anna indre motivasjon, meistringstru, meistringsorientert leiing og rolleklarheit. Ut ifrå resultatet vurderer kommunen at

[56] Stord kommune. Ingen dato. Rutine. Rutinar for oppfølging av sjukemeld arbeidstakar.
[57] Stord kommune. Arbeidsgjevarstrategi 2020-2025.
[58] 10-FAKTOR er ei medarbeiderundersøking og et arbeidsmiljøverktøy utvikla av KS (Kommunesektorens organisasjon), som hovudsakleg blir nytta i offentleg sektor og kommunar.
[59] Stord kommune. Handlingsplan 2025 i heimebaserte tenester. Ingen dato.

arbeidsmiljøet er i stor grad positivt, og resultatet er styrka samanlikna med tidlegare, innanfor områder knytt til leiing, samarbeid og rolleklarheit. Samstundes ligg kompetanseutvikling noko under målet som kommunen sette etter undersøkinga og dette blir identifisert som eit viktig fokusområde vidare. Det går fram av handlingsplanen at tilsette skal delta på internundervisning i kommunen og fagdagar som er arrangert av kommunen. Det skal også bli lagt opp til å utveksle erfaringar og det skal bli lagt opp til refleksjon på personalmøte. I 2025 blei det gjennomført planlagde fagdagar og ein skal arbeide vidare med skulder ved skulder opplæring.

I intervju går det fram at turnover varierer mellom dei ulike teama i heimetenestene. Avdelingsleiar for sjukepleie- og mestringsteamet (SMT) opplyser at turnover i dette teamet er låg. Dei få tilsette som har slutta dei siste åra, er personar som har flytta frå Stord. Avdelingsleiarane i helseteama erfarer derimot at turnoveren i helseteama er tidvis høg og dei opplever at årsakene er samansette: tilsette går over til arbeidsplassar med andre turnusordningar, nokre har uttrykt misnøye med omorganiseringar og endringar i arbeidsforholda. Tilsette i helseteama peiker på at hyppige endringar kan skape usikkerheit og uro som påverkar motivasjon og lojalitet. Samtidig opplever dei no at situasjonen er meir stabil etter at omorganiseringa har «sett seg».

Revisjonen får vidare opplyst at alle ledige stillingar og årsak til oppseiingar blir drøfta i leiargruppa og at dette er ein viktig del av arbeidet med å forstå utviklinga i tenesta. Det blir i nokre tilfelle gjennomført sluttsamtalar, men det er per i dag ikkje etablert ei fullt ut systematisk ordning for kartlegging av årsaker til at tilsette sluttar.

Det blir gjennomført medarbeidarsamtalar med alle tilsette i heimebaserte tenester ein gong i året. Alle leiarar med personalansvar får ei påminning om medarbeidarsamtale i årshjulet i Compilo. Det er utarbeidd ei skriftleg skildring av medarbeidarsamtalen[60], der det mellom anna går fram korleis både tilsett og leiarar skal førebu seg, og korleis medarbeidarsamtalen skal gjennomførast. Det er også utarbeidd eit eige samtaleskjema for medarbeidarsamtale etter 10-faktor-modellen.[61]

5.4.2 Vurdering

Undersøkinga viser at Stord kommune har sett i verk tiltak som er eigna til å førebyggje turnover, mellom anna med å tilpasse turnusordningane, kompetanseheving, medarbeidarundersøkinga og økonomiske insentiv. Revisjonen meiner at desse tiltaka er føremålstenlege for å hindre for høg turnover blant dei tilsette i heimetenestene. Samstundes vil revisjonen understreke viktigheita av at resultata frå medarbeidarundersøkinga blir følgde opp med konkrete tiltak og at kommunen held fram med å evaluere tiltak systematisk for å sikre at dei fungerer etter føremålet.

[60] Stord kommune. Medarbeidarsamtale – rettleiing. Ikkje datert.
[61] Stord kommune. Samtale for medarbeidarsamtale etter 10-faktor-modellen. Ikkje datert.

5.5 Arbeidet med rekruttering

5.5.1 Datagrunnlag

Det er utarbeidd ein strategisk kompetanseplan for rehabilitering, helse og omsorg i Stord kommune.[62] I den strategiske kompetanseplanen går det fram at kommunen pr. januar 2025 har behov for kompetanse innan palliasjon, ernæring, demensomsorg og sår-sjukepleie i heimen. I revidert strategisk kompetanseplan for RHO i Stord kommune, går det fram at eit kompetansesatsingsområde for Stord kommune er opparbeide eit godt samarbeid med Høgskulen på Vestlandet (HVL) for å stimulere til naudsynt, spesialisert arbeidskraft framover. Vidare inneheld kompetanseplanen ein oversikt over konkrete opplæringstiltak som geriatrisk vidareutdanning, aldersdemens, der det går fram at HLV er ansvarleg institusjon.

I 2021 starta kommunen opp med samarbeidsprosjektet «menn i helse», der føremålet er å gi menn høve til å ta fagbrev som helsefagarbeidar. Stord kommune har vore med i «menn i helse» i fem år og har på revisjonstidspunktet starta rekrutteringa til «kull 2026». I 2024 starta kommunen opp prosjektet «hender i helse». «Hender i helse» er eit regionalt rekrutteringsprosjekt i Sunnhordland som er ein vidareføring av «menn i helse», men prosjektet er også ope for kvinner. Både «menn i helse» og «hender i helse» er eit samarbeid mellom Stord kommune, Vestland fylkeskommune og Nav. Deltakarane får eit raskt og tilrettelagt løp fram til fagbrev som helsefagarbeidar, der dei vekslar mellom Nav-ytingar og lønna praksis i kommunen.

Det går vidare fram av kompetanseplanen at kommunen ønskjer å ha eit godt omdømme som tiltrekkjer nye unge og vaksne med aktuell kompetanse. I intervju med tilsette blir det også peikt på at dei er medvitne på korleis dei omtalar arbeidsplassen sin, då rykte om arbeidsmiljø og arbeidskvardagen spreier seg raskt i eit lite lokalsamfunn. Ved negativ omtale kan færre få lyst til å søkje på stillingar, medan positiv omtale gjer det meir naturleg at fleire aktuelle kandidatar får lyst til å søkje.

Nøkkeltala for 2025 og 2026 i Framsikt viser at det er eit vedvarande gap mellom tilgjengeleg ressursar og aukande behov knytt til kompleksitet og volum i tenestene og at utfordringane med tilgjengeleg ressursar handlar om vakante stillingar og utfordringar med å rekruttere. I intervju med både leiarar og tilsette blir det stadfesta at det har vore krevjande å rekruttere tilsette til stillingar i heimetenesta dei siste åra. Det blir blant anna vist til at kommunen fekk inn 50 søkjarar på ei 100% stilling som helsefagarbeidar i 2020 og at dette ikkje blir rekna som eit realistisk søkjartal i dag. I 2026 var det ni kvalifiserte søkjarar med fagarbeidarkompetanse til 100% stillingar.

På revisjonstidspunktet var det tilsett fem nye sjukepleiarar som skal starte i stillingar i sjukepleiar – og mestringsteamet hausten 2026. Fire av desse er nyutdanna sjukepleiarar som har hatt praksis i eininga dei siste seks månadane og som ønskte å starte i full stilling etter avslutta utdanning. Vidare blir det i intervju med einingsleiar opplyst om at det blir arbeidd for å etablere ein sjukepleiarklinikk for heimebaserte tenester. Her vil det vere mogleg for brukarar å komme til ein base, i staden for å få besøk heime. Einingsleiar peiker på at ho har fått

[62] Stord kommune. Januar 2025. Plan. Strategisk kompetanseplan.

tilbakemeldingar om at dette blir oppfatta som eit spennande initiativ som kan bidra til å trekkje til seg fleire nyutdanna og erfarne sjukepleiarar.

Stord kommune har utarbeidd ein prosedyre for rekruttering[63] som omfattar stillingsvurdering og utlysing, framgangsmåte ved tilsetting, og tilsetjingsbrev og arbeidsavtale. Prosessen startar med at einingsleiar og plasstillitsvalt gjennomfører stillingsvurdering opp mot einingа sin personalplan, før utlysingstekst blir utarbeidd og publisert. Tillitsvalde er involverte i rekrutteringsprosessen, mellom anna ved utarbeiding av intervjumal og gjennomføring av jobbintervju saman med einingsleiar. Utlysingsteksten for helsefagarbeidarstillingar er endra slik at også personar utan formell kompetanse som har mål om å ta fagbrev er velkomne til å søkje. Dette for å tiltrekke fleire søkjarar. Erfaringane viser at fleire av desse tek fagbrev etter tilsetting. Det blir også peikt på at omorganiseringa med kompetansebasert modell kan vere attraktiv med tanke på rekruttering.

5.5.2 Vurdering

Det er revisjonen si vurdering at Stord kommune arbeider systematisk med rekruttering av nye tilsette til heimetenestene. Kommunen har ein formalisert rekrutteringsprosedyre med involvering av tillitsvalde, og har sett i verk fleire konkrete tiltak for å styrkje rekrutteringa og nå breiare søkjargrupper. Rekrutteringsarbeidet er forankra i den strategiske kompetanseplanen, med konkrete satsingsområde for å sikre naudsynt kompetanse i tenestene. Revisjonen vurderer at desse tiltaka er føremålstenlege for å auke rekrutteringa.

Revisjonen merkar seg samstundes at det er vedvarande utfordringar med å rekruttere tilsette til heimetenestene. Undersøkinga viser at det over tid har vore eit gap mellom tilgjengelege ressursar og behovet i tenestene, og at vakante stillingar påverkar kapasiteten til å levere forsvarlege tenester. Sjølv om kommunen har lukkast med å rekruttere fleire sjukepleiarar til oppstart hausten 2026, er det etter revisjonen si vurdering viktig at kommunen held fram med det systematiske rekrutteringsarbeidet og fortløpande vurderer om dei iverksette tiltaka er tilstrekkelege for å dekkje kompetansebehovet i tenestene, jf. helse- og omsorgstenestelova § 4-1 bokstav d.

5.6 Rutinar og system for å følgje opp sjukemeldte

5.6.1 Datagrunnlag

Stord kommune har etablert ein prosedyre for sjukefråværsoppfølging.[64] Prosedyren tek føre seg prosessen frå første sjukemeldingsdag og i minst 2 år framover, med klare tidsfristar og ansvarsfordelingar mellom leiar, medarbeidar, sjukemeldar, NAV, bedriftshelseteneste og tillitsvald. Oppfølginga er strukturert med kontakt på dag 1 og 3, oppfølgingsplan innan veke 4, dialogmøte 1 innan veke 7, månadlege oppfølgingsmøte, dialogmøte 2 innan veke 26 (i regi av NAV) og avklaringsmøte i veke 40. Kommunen har vidare rutine for oppfølging av sjukemeldte over maksdato[65], med 40-vekers brev, 70-vekers brev, vurdering av bedriftsintern attføring og eventuell fristilling av stilling etter 104 veker.

[63] Stord kommune. Prosedyre for rekruttering. Ikkje datert.
[64] Stord kommune. Prosedyre for sjukefråværsoppfølging i Stord kommune. Ikkje datert.
[65] Stord kommune. Rutine for oppfølging av tilsette som går over maksdato. Revidert 01.07.14.

Det blir vidare sendt ut eit informasjonsskriv (70-vekers brev) i høve oppfølging av tilsette som får arbeidsavklaringspengar (AAP) eller anna ordning. [66] Av skrivet går det fram kva rettar den tilsette har, og kva den tilsette må gjere dersom fråværet blir forlenga utover det som allereie er meldt. Mellom anna skal den tilsette sende søknad om vidare permisjon eller levere kopi av nytt vedtak om forlenga periode med AAP, og melde eventuelt behov for bedriftsintern attføring (omplassering) via næraste leiar til HMT-leiar.

Prosedyren og informasjonsskrivet er tilgjengeleg for leiarar og tilsette i kvalitetssystemet. All dokumentasjon knytt til sjukemeldte mellom anna utarbeidinga av oppfølgingsplanar blir gjort i Nav-portalen.

Innanfor heimetenesta i Stord kommune er det avdelingsleiarane som har personalansvar for tilsette og dermed følgjer opp tilsette ved sjukefråvær, medan einingsleiar har personalansvar ovanfor avdelingsleiarane. I intervju viser leiarane til at Stord kommune sine prosedyrar og informasjonsskriv knytt til oppfølging om sjukefråvær er gode verktøy i arbeidet med oppfølginga av sjukemeldte. I intervju med einingsleiar går det fram at den største utfordringa for sjukefråværsoppfølging truleg er at avdelingsleiarane har eit stort omfang av administrative oppgåver, og at dette kan gå ut over kapasiteten til å følgje opp sjukemeldte.

I intervju med både leiarar og tilsette går det fram at avdelingsleiarane har fokus på å følgje opp dei som er sjukemeldt, mellom anna ved å tilrettelegge for tilsette som er delvis sjukemeldte ved å tilby administrative oppgåver til dei som treng det, slik at dei kan halde fram i arbeid sjølv om dei ikkje kan utføre alle kliniske oppgåver. Vidare er det fokus på å inkludere sjukemeldte ved å invitere til sosiale arrangement på arbeidsplassen. Det blir peikt på at dette kan senke terskelen for å komme tilbake i arbeid, særleg for dei som har vore vekke frå jobb lenge.

Einingsleiar for tenester til heimebuande viser til at Stord kommune har tilsett ein seniorrådgjevar som arbeider spesielt med sjukefråvær og nærvær. Einingsleiar har dialog med denne rådgjevaren kvar veke, og vedkomande blir opplevd som ein nyttig ressurs i oppfølgingsarbeidet. I intervju med avdelingsleiarar blir det også vist til god støtte frå HR-funksjonar sentralt i kommunen og eigne leiarar i oppfølginga av sjukemeldte. Det blir også vist til at støtte og hjelp frå Nav opplevast som svært nyttig, sjølv om Nav i periodar kan vere utilgjengelege på grunn av kapasitetsutfordringar.

5.6.2 Vurdering

Det er revisjonen si vurdering at Stord kommune i stor grad har etablert rutinar og system for å følgje opp sjukemeldte i samsvar med krav i regelverket. Undersøkinga viser at kommunen har ei prosedyre for sjukefråværsoppfølging og leiarane opplever rutinane som gode verktøy i oppfølgingsarbeidet. Revisjonen merkar seg vidare at kommunen har tilsett ein eigen seniorrådgjevar for sjukefråvær og nærvær og meiner dette er føremålstenleg for å følgje opp sjukemeldte i samsvar med regelverket.

[66] Stord kommune. Informasjonsskriv i høve oppfølging av tilsette som får arbeidsavklaringspengar (AAP) eller anna ordning. Ikkje datert.

5.7 Mål for sjukefråvær

5.7.1 Datagrunnlag

Stord kommune har etablert konkrete måltal for sjukefråvær. I rutine for oppfølging av sjukemeld arbeidstakar går det fram at hovudmålet er eit sjukefråvær under 7,5 prosent, og alle einingar skal ha redusert sitt sjukefråvær med 10 prosent samanlikna med resultat i 2014.[67] Kommunen har vidare mål om å oppnå eit jobbnærvær på meir enn 92,5 prosent.

I 2025 var det samla sjukefråværet i heimebaserte tenester i Stord kommune på 14,79 prosent. Til samanlikning var det samla sjukefråværet i 2024 på 15,58 prosent. Tabellen under viser sjukefråvær i prosent, fordelt på langtids- og korttidsfråvær per månad for 2024 og 2025 for heimetenestene i Stord kommune.[68]

Tabell 3: Sjukefråvær 2024 og 2025

Månad	2024 Langtids-sjukefråvær	2024 Korttids-sjukefråvær	2025 Langtids-sjukefråvær	2025 Korttids-sjukefråvær
Januar	12,8 %	6,14 %	8,69 %	7,26 %
Februar	14,75 %	3,25 %	11,41 %	8,62 %
Mars	15,66 %	3,67 %	13,87 %	7,09 %
April	13,87 %	2,66 %	12,63 %	2,79 %
Mai	10,6 %	3,91 %	12,78 %	2,97 %
Juni	12,63 %	3,04 %	12,03 %	4,59 %
Juli	7,97 %	2,71 %	9,36 %	1,36 %
August	5,89 %	3,6 %	7,84 %	3,18 %
September	7,11 %	5,26 %	7,18 %	6,61 %
Oktober	10,9 %	4,54 %	11,91 %	3,47 %
November	12,23 %	6,88 %	7,75 %	5,0 %
Desember	14,59 %	5,18 %	7,71 %	3,8 %

Målet for 2025 var å oppnå lågare sjukefråvær enn i 2024. Samanfatta resultat for handlingsplanen viste at sjukefråværet per 21. oktober 2025 hadde auka samanlikna med

[67] Stord kommune. Rutine for oppfølging av sjukefråvær. Ikkje datert.
[68] Stord kommune. Ingen dato. Plan. Stord kommune som IA-verksemd.

same tidspunkt året før, og at målet om nedgang i sjukefråvær dermed ikkje var nådd på det tidspunktet. Dei endelege årstala for 2025 viser likevel ein nedgang i sjukefråvær samanlikna med 2024, jf. tabellen over.

Fleire av dei intervjua opplever at målet om sjukefråvær under 7,5 prosent er vanskeleg å nå, og det blir stilt spørsmål ved kor realistisk målsettinga er for sektoren. Einingsleiar peiker på at det blir arbeidd aktivt med å få ned sjukefråværet, og at det truleg er forbetringspotensiale i å nytte restarbeidsevne i større grad. Ho peiker samstundes på at sjukefråvær er komplekst og at det ikkje utelukkande handlar om arbeidsmiljø, men også om planlagde operasjonar, alvorleg sjukdom og individuelle livsutfordringar. Ho legg vidare til at tilsette i heimetenestene må ha lågare terskel for å vere heime enn kontortilsette, mellom anna for å unngå å smitte sårbare brukarar. Avdelingsleiar for sjukepleie- og mestringsteamet deler dette inntrykket, og viser til at sjukefråværet i teamet i stor grad er påverka av individuelle livssituasjonar og faktorar utanfor arbeidsplassen, noko som gjer det utfordrande å styre fråværet gjennom organisatoriske tiltak åleine. Leiarane fortel vidare i intervju at dei har tett dialog med dei tilsette og er ofte kjende med bakgrunnen for sjukemeldingane. Dei viser til at årsakene er svært varierande – både fysiske og psykiske – og at noko av fråværet er arbeidsrelatert, medan ein del tilsette har kroniske plagar det blir lagt til rette for.

Avdelingsleiarane peiker også på at noko av korttidsfråværet og eigenmeldingsbruken kan skuldast haldningar, og at det truleg er potensiale for å endre dette. Dei tilsette opplyser også i intervju om at dei får informasjon om sjukefråværsnivået gjennom personalmøte og at dei opplever at det er eit tydeleg fokus på sjukefråvær i organisasjonen. Både leiarar og tilsette opplever det som viktig å redusere fråværet for å sikre god ressursbruk og drift.

5.7.2 Vurdering

Det er revisjonen si vurdering at Stord kommune har utarbeidd tydelege måltal for sjukefråvær, med eit hovudmål om sjukefråvær under 7,5 prosent og mål om jobbnærvær over 92,5 prosent. Kommunen fører vidare statistikk over sjukefråvær i tråd med krav i arbeidsmiljøloven § 5-1.

Samstundes viser undersøkinga at det er stor avstand mellom dei fastsette måla og det faktiske sjukefråværet. Sjukefråværet i heimebaserte tenester var på 15,58 prosent i 2024 og 14,79 prosent i 2025, noko som er om lag dobbelt så høgt som det fastsette målet. Når måla over tid ikkje blir nådde og samstundes blir opplevde som urealistiske, medfører dette etter revisjonen si vurdering ein risiko for at måla ikkje fungerer som eit reelt styringsverktøy for sjukefråværsarbeidet.[69] Revisjonen meiner difor at kommunen bør evaluere om dei fastsette måltala er eigna til å fungere som eit aktivt styringsverktøy, og ved behov justere desse som ledd i det systematiske forbetringsarbeidet, jf. forskrift om leiing og kvalitetsforbetring § 8.

5.8 Førebygging av sjukefråvær

5.8.1 Datagrunnlag

Stord kommune har etablert ei overordna prosjektgruppe for «prosjekt for å redusere fråvær». I prosjektplanen for prosjektet er det sett fleire hovudmål og delmål for arbeidet. Mellom anna skal kommunen etablere ein felles standard for rapportering, personalansvarlege leiarar skal

[69] Jf. helse- og omsorgstenestelova § 3-1 tredje ledd og forskrift om leiing og kvalitetsforbetring §§ 7 og 8 om å planleggje, gjennomføre, evaluere og korrigere verksemda.

kjenne seg trygge i rolla som leiar og kunne nytte etablerte arenaer for erfaringsdeling på tvers av einingar i kommunen, det skal etablerast eit støttesystem der kontaktinformasjon til ressursar for HR/HMT skal bli gjort tilgjengeleg.

I Stord kommune sin prosedyre for sjukefråværsoppfølging[70] går det fram at leiar skal arbeide systematisk for å førebyggja sjukdom og skade, og at medarbeidar skal informere næraste leiar dersom forhold på arbeidsplassen gjer at han eller ho står i fare for å bli sjukemeldt. Sjukemeldar[71] skal motivere, stimulere og gje tryggleik for aktivitet på arbeidsplassen når det er medisinsk forsvarleg, og skal vurdere gradert sjukemelding før full sjukemelding. Eventuelle strakstiltak skal alltid vere tidsbestemte. Det går vidare fram at leiar skal gjennomføre eit aktivt, systematisk HMT-arbeid med fokus på førebyggjande aktivitetar, og at HMT-leiar skal hjelpe arbeidsgjevar i dette arbeidet.[72] Det går ikkje vidare fram av prosedyren kva dette vil innebere i form av konkrete tiltak eller korleis tiltaka skal følgjast opp og evaluerast. I handlingsplanen for heimebaserte tenester er det fastsett konkrete målsettingar for det førebyggjande arbeidet: redusere både langtids- og korttidsfråværet, auke registrerte HMT-avvik i kvalitetssystemet og redusere hendingar med arbeidsrelatert skade. Det framgår at mange av avvika som blei registrert i 2025 gjaldt arbeidsrelatert skade som skuldast dårleg tilrettelegging hjå brukar (ergonomi) og truslar/vald/utagering.[73]

For å førebyggje arbeidsrelatert skade og belastning har kommunen sett i verk fleire tiltak. Alle tilsette skal vere kjende med Positiv atferdsstøtte (PAS)[74], eit rammeverk innanfor pleie og omsorg som skal brukast til å forstå og førebyggje utfordrande atferd, og det har blitt arrangert eigen fagdag for dei tilsette om PAS i mars 2025. Vidare skal det innførast tiltaksplan ved utagering/truslar/vald. Det er også etablert faste rutinar for debriefing etter krevjande situasjonar. Tilsette i helseteama viser til at det blir gjennomført debriefing etter hendingar som til dømes dødsfall, der den første samtalen blir gjennomført same dag, før det blir gjennomført ein tilsvarande samtale etter ein månad når inntrykka har fått «sett seg». I helseteama er det vidare sett av ein fast halvtime kvar dag til drøftingsmøte, der alle tilsette har høve til å ta opp utfordringar knytt til brukarar. I sjukepleie- og mestringsteamet blir det gjennomført debriefing ved behov, og det kan gjennomførast fleire debriefingssamtalar i løpet av ein dag. Dersom det oppstår ei uventa akutt hending, blir tilsette invitert til å snakke med avdelingsleiar kort tid etter hendinga, og leiar spør også om det er behov for samtale i ettertid.

Kommunen satsar også på kompetanseheving og fagleg utvikling som eit tiltak for å førebyggje sjukefråvær. I intervju blir det stadfesta at det har blitt gjennomført fleire fagdagar, og det blir peikt på at det er viktig for dei tilsette at dei får tilbod om kompetanseutvikling. Einingsleiar viser til at god kompetanse kan gje tryggleik i rolla og redusere stressbelastninga, og slik bidra til å påverke sjukefråværet positivt. Av kompetansekartlegginga frå desember 2025 går det fram at dei tilsette mellom anna etterspør meir kompetanse på sårhandsaming, HLR/førstehjelp, palliasjon/smertelindring, demensomsorg/utfordrande åtferd og ernæring. Dei tilsette har også etterspurt meir kompetanse på emosjonelle belastningar. For å imøtekomme desse

[70] Stord kommune. Prosedyre. Prosedyre for sjukefråværsoppfølging i Stord kommune. Ikkje datert.
[71] Dette vil dei fleste tilfelle vere fastlege.
[72] Stord kommune. Brosjyre. Rutine for oppfølging av sjukemeld arbeidstakar. Ikkje datert.
[73] Stord kommune. 2025. Plan. Heimebaserte tenester – Handlingsplan 2025. Ikkje datert.
[74] NTNU – institutt for psykisk helse – NAKU – nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming. Positiv atferdsstøtte PAS. Tilgjengelig frå: https://naku.no/kunnskapsbanken/positiv-atferdsst%C3%B8tte-pas

behova skal kommunepsykologen i Stord kommune delta på begge fagdagane i april 2026, med fokus på emosjonelle belastningar og utagering.

Som eit ledd i samarbeidet mellom leiing og tilsette er det etablert ei LTV-gruppe for heimebaserte tenester.[75] LTV-gruppa består av leiar, tillitsvald og verneombod. I følgje prosedyren for gjennomføring av LTV-møter er det leiar som har ansvar for at møta blir gjennomførte. LTV-gruppa blei etablert i starten av 2025 og skal gjennomføre møter kvar 4.–6. veke. Det blir sett agenda for alle møta og det blir utarbeidd referat etter kvart møte, som også er tilgjengeleg for dei tilsette. Faste tema på møta er mellom anna utviklinga og oversikt over sjukefråværstala og tiltak for førebygging av sjukefråvær. Det blir anslått at det blir gjennomført møter kvar 6. veke. I intervju med både leiarar og tilsette blir LTV-gruppa framheva som eit viktig forum for informasjonsdeling, samarbeid og felles målsetjing knytt til sjukefråvær. Tillitsvalde får også høve til å komme med tilbakemeldingar frå dei tilsette og deira opplevingar i arbeidet ute med brukarane.

Som det går fram i avsnitt 5.3 har Stord kommune vidare innført økonomiske insentiv som kan ha ein fråværsreduserande effekt. Frå 1. mars 2026 er det innført ei ordning med høgare timeløn for tilsette som tek på seg langvakter og bonusvakter. Sjukemeldte tilsette får ikkje utbetalt bonusen eller langvakttillegget, noko som kan ha ein fråværsreduserande effekt på korttidsfråvær og eigenmeldingsbruk. På revisjonstidspunktet varierte det noko mellom dei ulike teama om ein såg effekten av tiltaka: helseteam 1 ser eit lågt sjukefråvær blant dei som går langvaktsturnus, medan ein i helseteam 2 ikkje kan sjå den same positive utviklinga.

I intervju blir det vidare vist til at sosiale tiltak er viktige i førebygginga av sjukefråvær, då det styrkjer det psykososiale arbeidsmiljøet, skapar trivsel og fellesskap. Samtidig blir det vist til at det forsøksvis blir gjennomført sosiale tiltak for å skape eit betre og meir samansveisa arbeidsmiljø, men at det i periodar er svært travelt og at ein ikkje rekk å gjennomføre alle dei planlagde tiltaka.

Det har også blitt gjennomført prosjekt for å få ned sjukefråværet i samarbeid med eksterne aktørar. Mellom anna har NAV Arbeidslivssenter vore invitert med prosjektet «ein bra dag på jobben». I intervju blir det vist til at opplegget var forholdsvis omfattande med mykje gruppearbeid på kveldstid. Dei tilsette fortel i intervju at dei opplevde at dei hadde avgrensa nytte av opplegget.

Evaluering av førebyggjande tiltak

Det er etablert ein oversikt som viser korleis Stord kommune arbeider med sitt overordna HMT-system.[76] Det blir opplyst at dokumentet på tidspunktet for revisjonen er under revidering. I skildringa av HMT-systemet går det fram at HMT-arbeid i einingane skal følgje eit fast årshjul for å forbetra-planleggja-følgje opp- og utføra den kommunale HMT-arbeidet. Det går også fram at kommunen har fire HMT-lag. HMT-lag er eit lokalt underutval som arbeider med helse, miljø og tryggleik i ein bestemt sektor og som er sett saman av likt tal representantar frå arbeidsgjever- og arbeidstakarsida. HMT-laga rapporterer til kommunen sitt AMU

[75] Stord kommune. Gjennomføring av LTV-møter. Ikkje datert.
[76] Stord kommune. Overordna HMT-system Stord kommune. Sist revidert februar 21.

(arbeidsmiljøutval).[77] HMT-laga gjennomgår mellom anna sjukefråværstatistikk og kommunen sine målsettingar på område som ein del av sitt arbeid. Dette arbeidet kjem i tillegg til arbeidet i LTV-gruppene.

Avdelingsleiarane i helseteama opplyser at det ikkje er innført ein formalisert systematisk evalueringsprosess for dei førebyggjande tiltaka for å få ned sjukefråværet. Evalueringa skjer uformelt og fortløpande ved at avdelingsleiarane kontinuerleg vurderer kva som fungerer og kva som ikkje fungerer, og justerer tiltaka undervegs. Avdelingsleiarane opplever å få den støtta dei treng i arbeidet med sjukefråvær, og nyttar einingsleiar og avdelingsleiarkollegaer som støtte i oppfølgingsarbeidet. Ein av avdelingsleiarane har også tidlegare fått støtte frå HR-avdelinga, og opplevde det som nyttig for å finne og evaluere tiltak i situasjonar med enkelttilsette.

5.8.2 Vurdering

Det er revisjonen si vurdering at Stord kommune har sett i verk tiltak for å førebyggje og redusere arbeidsrelatert sjukefråvær.

Undersøkinga viser at kommunen har forankra det førebyggjande arbeidet i prosedyre for sjukefråværsoppfølging og i handlingsplanen for heimebaserte tenester, og har sett i verk ei rekkje tiltak knytt til kompetanseheving, arbeidsmiljø og økonomiske insentiv. Desse tiltaka er etter revisjonen si vurdering i tråd med krava i arbeidsmiljøloven § 3-1 første og andre ledd om systematisk HMT-arbeid og internkontrollforskrifta § 4 om samarbeid med arbeidstakarar og representantane deira. Vidare viser undersøkinga at det etablert eit overordna HMT-årshjul og at det er etablert ei prosjektgruppe med fokus på å redusere sjukefråværet i kommunen.

Kommunen har vidare etablert system for å evaluere førebyggjande sjukefråværstiltak på overordna nivå jf. helse- og omsorgstenestelova § 3-1 tredje ledd.

[77] Meir informasjon om AMU i Stord kommune er tilgjengeleg her: https://www.stord.kommune.no/om-kommunen/einingar---organisasjon/lonn-og-personal/arbeidsmiljoutvalet-amu

6 Konklusjon og anbefalingar

Føremålet med forvaltningsrevisjonen har vore å undersøkje og vurdere om Stord kommune gjennom bruk av velferdsteknologi legg til rette for effektive tenester i heimetenestene. Vidare har føremålet vore å undersøkje og vurdere om heimetenestene sikrar tilstrekkeleg brukar- og pårørandemedverknad. Det har også vore eit føremål å undersøkje og vurdere om Stord kommune arbeider systematisk med rekruttering, turnover og sjukefråvær.

Bruk av velferdsteknologi

Undersøkinga viser at Stord kommune har eit godt grunnlag for bruk av velferdsteknologi i heimetenestene. Velferdsteknologi er forankra som førsteval i sentrale styringsdokument, og kommunen har sikra organisatorisk kapasitet gjennom ei eiga stilling som velferdsteknologikoordinator og gjennom kompetansesatsing i den strategiske kompetanseplanen. Det er vidare etablert eit breitt sett med rutinar og prosedyrar for tildeling, implementering og drift av ulike velferdsteknologiske løysingar, og både leiarar og tilsette gir uttrykk for at teknologien bidreg positivt til ressursutnyttinga i tenestene. Samtidig viser undersøkinga at dei fastsette måla ikkje er vidare operasjonaliserte i målbare indikatorar eller liknande, noko som vanskeleggjer presis og konkret rapportering på måla som er sett i den årlege rapporteringa. Det går til dømes ikkje fram kva kommunen meiner med «betre og meir effektive tenester» og korleis ein skal måle dette. Vidare peikar undersøkinga på manglar knytt til systematisk evaluering av velferdsteknologien.

Når det gjeld handtering av akutte situasjonar, har kommunen utarbeidd prosedyrar for dei velferdsteknologiske verktøya. I løpet av revisjonsperioden har det også blitt utarbeidd skriftleg rutine som skildrar korleis ein skal handtere manglande kontakt med brukar ved utløysing av tryggleiksalarm. Denne tek mellom anna føre seg kontakt med AMK.

Medverknad frå brukarar og pårørande

Revisjonen meiner at Stord kommune har lagt til rette for brukar- og pårørandemedverknad i tildelingsprosessen av tenester til heimebuande. Brukar- og pårørandemedverknad er nedfelt i rutinar og handlingsplanar, og kartlegginga ved tildeling er innretta slik at brukar og pårørande aktivt blir involverte. Samstundes avdekkjer undersøkinga at rutinane for evaluering av tenestene ikkje alltid blir følgt i praksis, noko som kan svekkje kommunen si evne til å fange opp endra behov og erfaringar over tid. Vidare har kommunen sett i verk fleire tiltak for å klargjere grensesnittet mellom pårørande sitt ansvar og det kommunale tenestetilbodet, mellom anna gjennom informasjonsskriv med forventningsavklaring og tilgjengeleg informasjon på kommunen sine nettsider. Undersøkinga viser samstundes at kommunen i praksis ikkje har teke i bruk pårørandeavtalar, og at primærkontaktmodellen med tilhøyrande forventningssamtalar ikkje er fullt ut implementert, noko som ikkje er i tråd med kommunen sine eigne føringar. Når det gjeld innhenting av brukar- og pårørandeerfaringar, har kommunen etablert eit breitt apparat med brukarundersøkingar, rådgjevande organ og dialogkanalar, og resultata blir aktivt nytta i forbetringsarbeidet. Revisjonen peikar samstundes på at det er utfordringar med å nå dei mest sårbare brukargruppene gjennom brukarundersøkingane.

Rekruttering, turnover og førebygging og oppfølging av sjukefråvær

Undersøkinga viser at kommunen har etablert fleire tiltak for å sikre forsvarleg arbeidsbelastning, mellom anna retningslinje for vikarbruk og tilpassing av turnusar. Samtidig viser undersøkinga at det over tid har vore eit gap mellom tilgjengelege ressursar og behovet i tenestene. Kommunen har sett i verk tiltak som er eigna til å førebyggje turnover, mellom anna fleksible turnusordningar, kompetanseheving, medarbeidarundersøking og økonomiske insentiv. Kommunen arbeider også systematisk med rekruttering gjennom ein formalisert rekrutteringsprosedyre og fleire konkrete tiltak. Det er likevel vedvarande utfordringar med å rekruttere tilsette til heimetenestene.

Stord kommune har i stor grad etablert rutinar og system for å følgje opp sjukemeldte i samsvar med regelverket, med ei detaljert prosedyre for sjukefråværsoppfølging og ein eigen seniorrådgjevar for sjukefråvær og nærvær. Det er også utarbeidd tydelege måltal for sjukefråvær. Samtidig er det faktiske sjukefråværet i heimebaserte tenester om lag dobbelt så høgt som målet, noko som etter revisjonen si vurdering inneber ein risiko for at målsetningane ikkje fungerer som eit reelt styringsverktøy. Kommunen har sett i verk ei rekkje tiltak for å førebyggje og redusere arbeidsrelatert sjukefråvær og det er etablert system for å evaluere desse tiltaka på overordna nivå.

Med bakgrunn i funna i undersøkinga tilrår revisjonen at Stord kommune:

1. Vurderer å operasjonalisere måla for bruk av velferdsteknologi, og dermed etablere grunnlag for å rapportere på og evaluere om måla for velferdsteknologi faktisk blir nådde.

2. Sikrar at rutinar for evaluering av velferdsteknologien blir etterlevd og at evalueringa blir dokumentert for å sikre at teknologien til ei kvar tid er trygg, nyttig og tilpassa brukarane sine behov.

3. Etablerer praksis for fast og systematisk evaluering av tenestene saman med brukarane i tråd med kommunen sine skriftlege rutinar, og sikrar at brukar- og pårørandemedverknad i evalueringsprosessen blir formalisert og dokumentert.

4. Implementerer skriftlege rutinar som avklarar føringane for varsling til AMK ved manglande kontakt med brukar.

5. Sikrar systematiske avklaringar når det gjeld fordeling av ansvar og oppgåver mellom brukarar/pårørande og heimetenestene, i samsvar med kommunen sine eigne føringar på området.

6. Evaluerer om dei fastsette måltala for sjukefråvær er eigna til å fungere som eit aktivt styringsverktøy, og ved behov justerer desse som ledd i det systematiske forbetringsarbeidet.

Vedlegg 1: Høyringsuttale

STORD KOMMUNE
Kristianbyen

Deloitte as

Vår dato: 12.08.2026
Vår ref: 2025/11284
Dykkar ref:

Forvaltningsrevisjon heimetenester - høyringsuttale

Deloitte har på oppdrag frå kontrollutvalet i Stord kommune gjennomført ein forvaltningsrevisjon av heimetenester, som gjeld tenester for praktisk bistand i heimen og helsetenester i heimen.

Kommunedirektøren vurderer rapporten som eit grundig dokument, som syner det omfattande arbeidet som blir utført i heimebaserte tenester. Rapporten gjev nyttige innspel til vidare utvikling og forbetring av tenesta.

Stord kommune står, som resten av kommunesektoren, overfor store endringar i åra som kjem. Perspektivmeldinga for Stord kommune 2026–2035 peikar på ei aldrande befolkning, auka behov for helse- og omsorgstenester, avgrensa økonomisk handlingsrom og aukande knappheit på arbeidskraft. Desse utviklingstrekka gjer det nødvendig å arbeida systematisk med prioritering, organisering, førebygging, velferdsteknologi og effektiv ressursutnytting.

Kommunen gav tilbakemelding på datagrunnlaget innan fristen og registrerer at dei fleste innspela er tekne inn i den endelege rapporten.

Deloitte har nokre tilrådingar i rapporten. I samband med forvaltningsrevisjonen har einingа Tenester til heimebuande utarbeidd ein rutine for varsling til AMK ved manglande kontakt med brukar (punkt 4). Det er utarbeida ein tenestestandard som synleggjer fordeling av ansvar og oppgåver mellom brukar/pårørande og heimebaserte tenester (punkt 5).

Kommunedirektøren vil gjennomgå tilrådingane i rapporten og leggja til rette for vidare oppfølging og forbetringsarbeid der dette er nødvendig.

Med helsing

Anne Karin Fossdal
kommunalsjef

Mariann Jacobsen Hilt
kommunedirektør

Brevet er godkjent elektronisk og har difor inga underskrift

Eining
Fagavdeling rehabilitering, helse og omsorg

Besøksadresse
Borggata 2

Postadresse
Postboks 304
5402 STORD

Org. nr.

Sentralbord
53 49 66 00

E-postadresse
post@stord.kommune.no

Vedlegg 2: Revisjonskriterium

Innleiing

Revisjonskriteria er henta frå og utleia av autoritative kjelder, rettsreglar, politiske vedtak og fastsette retningslinjer.

Krav i lov og forskrift

Overordna om krav til kommunale helse- og omsorgstenesta

I helse- og omsorgstenestelova § 3-1 kjem det fram at kommunen skal sørgja for at personar som oppheld seg i kommunen får tilstrekkelege helse- og omsorgstenester.

Etter helse- og omsorgstenestelova § 3-2 skal kommunen mellom anna ha helsetenester i heimen, dagaktivitetstilbod til heimebuande med demens og plass i institusjon, under dette sjukeheimar, for å oppfylle krava i § 3-1. I dette prosjektet vil det bli retta særskilt merksemd mot helse- og omsorgstenester til eldre, og den delen av helse- og omsorgstenestene som er omfatta av § 3-2 første ledd nummer 6 bokstav a-c a. helsetenester i heimen.

Helse- og omsorgstenestelova legg vidare til grunn at ressursane i helse- og omsorgstenesta blir utnytta best mogleg (§ 1-1 punkt 7). Ifølge helse- og omsorgstenestelova § 3-1 tredje ledd inneber kommunen sitt ansvar for nødvendige helse- og omsorgstenester også ei plikt til å planleggje, gjennomføre, evaluere og korrigere verksemda si, slik at omfanget og innhaldet i tenestene er i samsvar med gjeldande krav. Etter helse- og omsorgstenestelova § 4-1 bokstav d skal kommunen sikre tilstrekkeleg fagkompetanse i tenestene. Internkontrollen i helse- og omsorgstenester er nærare regulert i ei eiga forskrift; forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenestene, som stiller krav til å planleggje, gjennomføre, evaluere og korrigere. Kommunelova stiller vidare overordna krav til kommunen si styring og internkontroll.

Velferdsteknologi

Velferdsteknologi er ikkje definert som ein eigen tenester i lovverket, men kan vere ein måte å yte helse- og omsorgstenester på. Bruk av velferdsteknologi må derfor følgje mellom anna regelverket i helse- og omsorgstenestelova og pasient- og brukarrettighetslova. Ifølgje «Velferdsteknologiens ABC» (ein læringsressurs for tilsette i kommunal helse- og omsorgsteneste produsert av Kommunesektorens organisasjon, Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett)[78] må velferdsteknologien ivareta pasient- og brukartryggleik, og bygge på tilgjengeleg helse- og omsorgsfagleg kunnskap, for at bruk av velferdsteknologi i tenestene til ein pasient eller brukar skal vere forsvarleg.

Vidare, dersom velferdsteknologi føreset respons frå kommunens helse- og omsorgsteneste eller pårørande, til dømes i form av oppringing eller besøk/utrykking, må det sikrast at responstida er tilstrekkeleg rask til å ivareta pasienten eller brukaren sine behov, og at den som mottar varselet har tilstrekkeleg kompetanse ut frå pasienten eller brukaren sine behov. Dersom det er grunn til å tru at pasienten eller brukaren vil trenge raskare hjelp enn det som

[78] https://www.ks.no/velferdsteknologiensabc

kan gjevast med den aktuelle velferdsteknologiske løysinga, må tenestetilbodet organiserast på annan måte. I rettleiaren «lovverk og velferdsteknologi»[79] går det fram at «det er viktig at man informerer pårørande godt om teknologiens funksjoner, muligheter og begrensinger, og bakgrunn for valg av teknologi».

Samarbeid med pårørande

Helsedirektoratet sin pårøranderettleiar[80] skriv at mange pårørande utfører omfattande pleie – og omsorgsoppgåver for heimebuande pasientar og brukarar. Barn som pårørande skal som hovudregel ikkje måtte ha denne type oppgåver overfor sine føresette eller søsken. Døme på oppgåver som utførast av føresette med omsorgsansvar:

- Pleie av den som er sjuk
- Administrasjon av medisinar
- Bistand ved bruk av medisinske apparat og velferdsteknologi
- Sosial og fysisk opptrening

Helsepersonell bør i dialog med pasient/brukar og pårørande, avklare forventingar og ønskje for korleis pårørande skal delta i omsorga av pasient/brukar og kva roller han eller ho kan ha. Det er ein føresetnad at pasienten/brukaren sjølv ønskjer at pårørande skal utføre pleie- og omsorgsoppgåvene. Helsepersonell bør gi opplæring og rettleiing til pårørande som er omsorgsgjevar.

Vidare går det fram av pårøranderettleiaren at kommunar skal tilby avlastningstiltak for å lette omsorgsbyrden. Avlastning skal hindre overbelastning hjå omsorgsgjevar og det bør bli gitt tilbod om avlastning som eit førebyggande tiltak. Avlastning skal gi høve til naudsynt fritid og ferie, yrkesaktivitet, familieliv og deltaking i samfunnsaktivitetar. Avlastning skal sikre omsorgsmottakar naudsynte og forsvarlege tenester.

Rett til medverking

Ifølgje Pasient- og brukarrettslova § 3-1 har alle pasientar og brukarar rett til å medverke ved gjennomføring av helse- og omsorgstenester. Tenestene skal så langt som mogleg utformast i samarbeid med pasienten eller brukaren. Nasjonal rettleiar om pårørande i helse- og omsorgstenesta[81] skriv, med bakgrunn i Pasient- og brukarrettslova § 3-1, at kommunen skal ha system og rutinar som legg til rette for informasjon og dialog med pårørande. Vidare er det leiinga sitt ansvar å kommunisere rammer for denne dialogen til pasientar, brukarar og pårørande. Kommunen har plikt til å etablere system for å hente inn og bruke pårørande sine erfaringar og synspunkt i kvalitetsforbetring og tenesteutvikling. Involvering av pårørande kan ifølgje nasjonal rettleiar om pårørande i helse- og omsorgstenesta[82] skje gjennom brukar- og pårørandeutval, allmøte, temagrupper, undersøkingar og andre tilbakemeldingskanalar.

---

[79] «Lovverk og velferdsteknologi» - rettleiar for tilsette i kommunal helse- og omsorgsteneste - utarbeida av trøndelagsløftet i samarbeid med representantar frå kommunar-, habiliteringstenesta for vaksne og Statsforvaltaren i Trøndelag. Tilgjengeleg frå: https://inte.statsforvalteren.no/contentassets/f1691758e4ba4f98aa871ef883d29d1d/lovtolkningsveileder-v.2.pdf

[80] Helsedirektoratet. Kommuner skal tilby avlastningstiltak for å lette omsorgsbyrden. Sist endra 16.01.2018.

[81] Plikt til pårørendeinvolvering og støtte - Helsedirektoratet

[82] Pårørendeveileder - Helsedirektoratet

Arbeid med sjukefråvær

Kommunen som arbeidsgjevar har etter arbeidsmiljøloven § 3-1 første ledd eit ansvar for å sørge for at det utførast systematisk helse,- miljø- og tryggleiksarbeid (HMT-arbeid) på alle nivå i verksemda. Både arbeidsmiljøloven § 3-1 og internkontrollforskrifta § 4 peikar på at det systematiske HMT-arbeidet skal gjennomførast i samarbeid med arbeidstakarar og representantane deira.

Etter arbeidsmiljøloven § 3-1 andre ledd blir det stilt krav til at kommunen skal sørgja for at det blir systematisk arbeidd med å førebyggja sjukefråvær, og vidare oppfølging av sjukefråvær i kommunen. Vidare blir det stilt krav etter arbeidsmiljøloven § 4-6, at arbeidsgivar skal leggje til rette for redusert arbeidsevne hos arbeidstakar, utarbeida ein oppfølgingsplan i samråd med arbeidstakar og kalle inn arbeidstakar til dialogmøte.

Arbeidsgjevar skal i følgje arbeidsmiljøloven § 5-1 og folketrygdloven § 25-2 føre statistikk over sjukefråvær og fråvær ved sjukdom hos barn. Vidare blir det nærare skildra i forskrifta korleis ein skal føre statistikk over sjukefråvær og fråvær ved barns sjukdom og føremålet med føring av sjukefråværstatistikk, kva type opplysningar som skal registrerast og registreringsperiode (§2, §4 og §5).

Systematisk helse-, miljø- og tryggleiksarbeid inneber at arbeidsgjevar skal sørgje for løpande kontroll med arbeidsmiljøet og arbeidstakaren sin helse når risikoforhold i verksemda tilseier det, jf. bokstav c (jf. arbeidsmiljøloven § 3-1 andre ledd)

Etter arbeidsmiljøloven § 4-1 første ledd skal arbeidsmiljøet i verksemda vere fullt forsvarleg ut frå ei enkeltståande og samla vurdering av faktorar i arbeidsmiljøet som kan innverke på arbeidstakarane si fysiske og psykiske helse og velferd. Vidare følgjer det av arbeidsmiljøloven § 4-3 andre ledd at arbeidet skal leggjast til rette slik at arbeidstakarane ikkje blir utsette for uheldige fysiske eller psykiske belastningar, og slik at det er mogleg å ta omsyn til den enkelte arbeidstakaren si arbeidsevne, kyndighet, alder og øvrige føresetnader.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

§ 7.Plikten til å gjennomføre

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

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

§ 8. Plikten til å evaluere

Plikten til å evaluere virksomheten innebærer følgende oppgaver:

f) kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres
g) vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
h) vurdere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
i) evaluere om iverksatte tiltak er tilstrekkelige og treffende, og om de fungerer som forutsatt.

Vedlegg 3: Sentrale dokument og litteratur

Lov og forskrift

- Helse- og omsorgsdepartementet: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstenestelova). LOV-2011-06-24-30
- Helse- og omsorgsdepartementet: Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukarrettslova). LOV-1999-07-02-63
- Kommunal- og distriktsdepartementet: Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommunelova). LOV-2018-06-22-83
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet: Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven). LOV-2005-06-17-62
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet: Lov om folketrygd (folketrygdlova). LOV-1997-02-28-19
- Justis- og beredskapsdepartementet: Lov om rett til innsyn i dokument i offentleg verksemd (offentleglova). LOV-2006-05-19-16
- Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. FOR-2016-10-28-1250
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet: Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskrifta). FOR-1996-12-06-1127

Forarbeid, rundskriv, rettleiarar mv.

- Helsedirektoratet: Pårørendeveileder – Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten. Nasjonal fagleg rettleiar
- Helsedirektoratet: Lovverk og velferdsteknologi. Rettleiar
- KS, Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett: Velferdsteknologiens ABC. Læringsressurs for tilsette i kommunal helse- og omsorgsteneste
- Statsforvalteren i Trøndelag, representanter frå kommuner og habiliteringstjenesten for voksne. *Lovverk og velferdsteknologi – en veileder for ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Revidert 03.03.23. Tilgjengeleg frå: https://inte.statsforvalteren.no/contentassets/f1691758e4ba4f98aa871ef883d29d1d/lovtolkningsveileder-v.2.pdf

Dokument frå kommunen

- Stord kommune: Plan for rehabilitering, helse og omsorg 2022–2031
- Stord kommune: Handlingsplan for heimebaserte tenester 2025
- Stord kommune: Strategisk kompetanseplan for rehabilitering, helse og omsorg. Utan dato.
- Stord kommune: Rutine for tildeling av tryggleiksalarm og velferdsteknologi. Utan dato
- Stord kommune: Prosedyre for digital medisineringsstøtte. Utan dato
- Stord kommune: Prosedyre for elektronisk medisindispenser. Utan dato
- Stord kommune: Prosedyre for løpande oppfølging av digital medisineringsstøtte, handtering av varslar og alarmar for medisindispenser. Utan dato

- Stord kommune: Prosedyre for GPS. Utan dato
- Stord kommune: Prosedyre for dørsensor knytt til tryggleiksalarm. Utan dato
- Stord kommune: Prosedyre for fallalarm knytt til tryggleiksalarm. Utan dato
- Stord kommune: Prosedyre for røykvarslar knytt til tryggleiksalarm. Utan dato
- Stord kommune: Prosedyre for sengealarm knytt til dørsensor. Utan dato
- Stord kommune: Rutine for løpande evaluering av tryggleiksalarm med tilhøyrande sensorteknologi. Utan dato
- Stord kommune: Rutine for evaluering av teneste – medisin- eller multidosedispenser. Utan dato
- Stord kommune: Rutine for nedetid på tryggleiksalarm og velferdsteknologisk utstyr. Utan dato
- Stord kommune: Rutine for tildeling av tryggleiksalarmar og velferdsteknologi i hastesituasjonar. Utan dato
- Stord kommune: Strategi for brukarmedverknad i planlegging og utvikling av tenester og tiltak. Utan dato
- Stord kommune: Prosedyre for brukaren sin rett til medverknad. Utan dato
- Stord kommune: Informasjonsskriv til nye brukarar i heimetenesta. Utan dato
- Stord kommune: Rutine for endringsmelding til tenestekontoret ved endra bistandsbehov. Utan dato
- Stord kommune: Rutine for evaluering av digital medisineringsstøtte. Utan dato
- Stord kommune: Arbeidsgjevarstrategi 2020–2025
- Stord kommune: Prosedyre for rekruttering. Utan dato
- Stord kommune: Prosedyre for sjukefråværsoppfølging. Utan dato
- Stord kommune: Rutine for oppfølging av sjukemeldt arbeidstakar. Utan dato
- Stord kommune: Rutine for oppfølging av sjukemeldte over maksdato. Utan dato
- Stord kommune: Informasjonsskriv (70-vekers brev) i høve oppfølging av tilsette som får arbeidsavklaringspengar. Utan dato
- Stord kommune: Retningslinje for bruk av vikarar ved fråvær og ekstra bemanning. Utan dato
- Stord kommune: Retningslinjer for velferdsutval for RHO. Utan dato
- Stord kommune: Prosedyre for gjennomføring av LTV-møter. Utan dato
- Stord kommune: Mandat for brukarrådet. Utan dato
- Stord kommune: Framsikt Nøkkeltal og rapportering for heimebaserte teneste.
- Stord kommune: Brukarundersøking for heimebaserte tenester 2024
- Stord kommune: Kompetansekartlegging for heimebaserte tenester, desember 2025
- Stord kommune: Årsmelding og årsrekneskap 2024
- Stord kommune: Framsikt – 2024 Velferdsteknologi og digitalisering
- Stord kommune: Framsikt – 2025 Velferdsteknologi og digitalisering
- Stord kommune. Medarbeidarsamtale – rettleiing. Ikkje datert.
- Stord kommune. Samtale for medarbeidarsamtale etter 10-faktor-modellen. Ikkje datert.
- Stord kommune. ROS Velferdsteknologi. Datert 15.01.2024.

Deloitte.

Deloitte AS and Deloitte Advokatfirma AS are the Norwegian affiliates of Deloitte NSE LLP, a member firm of Deloitte Touche Tohmatsu Limited, a UK private company limited by guarantee (“DTTL”). DTTL and each of its member firms are legally separate and independent entities. DTTL and Deloitte NSE LLP do not provide services to clients. Please see www.deloitte.com/about to learn more about our global network of member firms.

Deloitte Norway conducts business through two legally separate and independent limited liability companies; Deloitte AS, providing audit, consulting, financial advisory and risk management services, and Deloitte Advokatfirma AS, providing tax and legal services.

Deloitte provides leading professional services to nearly 90% of the Fortune Global 500® and thousands of private companies. Our people deliver measurable and lasting results that help reinforce public trust in capital markets and enable clients to transform and thrive. Building on its 180-year history, Deloitte spans more than 150 countries and territories. Learn how Deloitte’s approximately 460,000 people worldwide make an impact that matters at www.deloitte.com

© 2026 Deloitte AS

Saksframlegg

Saksnr:	2023/472-31
Saksbehandlar:	Malene Hopsdal Grønningen

Saksgang

Utval	Utv.saksnr.	Møtedato
Stord kommune, Kontrollutvalet	27/26	10.09.2026

Gjennomgang av møteprotokollar i Stord kommune

Forslag til vedtak

1. Kontrollutvalet tek møteprotokollane til orientering

Samandrag

Gjennomgang av møteprotokollar frå politiske organ vert i all hovudsak sett på kontrollutvalet si saksliste til kvart møte.

Møteprotokollane kan og lastast ned frå Stord kommune si heimeside.

Anne Kristin Meyer
kontrollsjef

Malene Hopsdal Grønningen
rådgjevar

Saksframlegget er godkjent elektronisk og har difor inga handskriven underskrift

Saksutgreiing

Bakgrunn for saka

Kontrollutvalet har gjort vedtak i sak PS 45/23 av 06.12.2023 om at særskilt ansvar for gjennomgang av møteprotokollar skal fordelast slik:

Politisk organ	Kontrollutvalsmedlem
Kommunestyret	Fredrik Litleskare
Formannskapet	Tarjei Aamot Haga
Utval for rehabilitering, helse og omsorg	Randi Høgås Nesse
Utval for oppvekst og kultur	Inga Margrethe Fagerbakke
Utval for byutvikling	Nils Magne Blålid

Vedtakskompetanse

Kontrollutvalet har vedtakskompetanse til å handsame sak om gjennomgang av møteprotokollar, jf. kommunelova § 23-2.

Vurderingar og verknader

Protokollane gjev primært informasjon om dei sakene som har vore til politisk behandling.

Kontrollutvalet kan be om nærare informasjon om enkeltsaker og drøfta ulike problemstillingar som ein finn av særleg interesse. Dette er ein av fleire måtar å gjera seg kjent med det politiske arbeidet i kommunen, og kunna fanga opp saker som no eller på eit seinare tidspunkt kan vera eit aktuelt saksfelt for kontrollutvalet.

Til dette møtet vil det vera aktuelt med gjennomgang av desse møteinnkallingane / protokollane:

Politisk organ	Møtedato
Kommunestyret	18.06.2026
Formannskapet	10.06.2026, 02.09.2026
Utval for rehabilitering, helse og omsorg	03.06.2026, 26.08.2026
Utval for oppvekst og kultur	02.09.2026, 25.08.2026
Utval for byutvikling	04.06.2026, 25.06.2026, 27.08.2026

Konklusjon

Dersom det ikkje kjem fram noko særskilt under gjennomgangen, vert det tilrådd å ta møteprotokollane til orientering.

Saksframlegg

Saksnr:	2023/468-17
Saksbehandlar:	Malene Hopsdal Grønningen

Saksgang

Utval	Utv.saksnr.	Møtedato
Stord kommune, Kontrollutvalet	28/26	10.09.2026

Eventuelt

Forslag til vedtak

1. Saka vert lagt fram utan forslag til vedtak.

Samandrag

Det vert lagt opp til å ha eventuelt på saklista for å ivareta det enkelte medlem i utvalet sin moglegheit til sjølv å ta opp saker som ikkje er på sakslista.

Anne Kristin Meyer
kontrollsjef

Malene Hopsdal Grønningen
rådgjevar

Saksframlegget er godkjent elektronisk og har difor inga handskriven underskrift

Saksutgreiing

Bakgrunn for saka

Denne saka er å sjå på som ei formalisering av kommunelova § 11-2 siste avsnitt som seier: «Alle medlemmer kan stille spørsmål til lederen, også om saker som ikke står på sakslisten»

Vedtakskompetanse

Kontrollutvalet har vedtakskompetanse til å handsama sak om eventuelt, jf. kommunelova § 11-3 og § 23-2.

Vurderingar og verknader

Dersom det blir teke opp saker som krev nærare undersøkingar, eller innhenting av fleire opplysningar, før ein kan konkludere med at det er ei sak for kontrollutvalet, bør utvalet be sekretariatet førebu sak om dette til neste møte.

Konklusjon

Føremålet er å gje opning for å få nærare undersøking av saker som kontrollutvalet ønskjer å få utgreidd til neste møte, eventuelt til eit seinare møte i utvalet. Dessutan eventuelt å få orientering frå kommunedirektøren eller andre i eit seinare møte.