

Rapport forvaltningsrevisjon - Internkontroll i helse og omsorg

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Leka kommune

Møtedato

26.05.2026

Saknr

13/26

Saksbehandler Einar Sandlund**Arkivkode** FE-217

TI-&58

Arkivsaknr 25/142 - 8**Forslag til vedtak:**

1. Kontrollutvalget slutter seg til forvaltningsrevisjonsrapporten rapporten Internkontroll i helse og omsorg.
2. Saken oversendes kommunestyret med slik innstilling til vedtak:

1) Kommunestyret tar forvaltningsrevisjonsrapporten Internkontroll i helse og omsorg til orientering.

2) Kommunestyret ber kommunedirektøren følge opp rapportens anbefalinger:

- Sikre forankring for betydning av god internkontroll hos ledelsen og frigjør kapasitet til arbeid med internkontroll
- Ta kvalitetssystemet i aktiv bruk som et helhetlig styringsverktøy, herunder til planlegging, gjennomføring, evaluering og oppfølging av tjenestene
- Etablere faste strukturer for oppfølging og rapportering som sikrer at internkontrollen følges opp i praksis
- Gjennomføre systematiske risikovurderinger, og bruker disse som grunnlag for prioritering av tiltak og beredskap
- Etablere tjenestetilpassede rutiner og prosedyrer på områder med størst risiko, og sikrer at disse er kjent og brukes i praksis
- Sikre at avvik og erfaringer fra brukere og pårørende brukes til læring og forbedring

3) Kommunestyret ber kommunedirektøren innen 01.05.27 om skriftlig rapport til kontrollutvalget på hvordan forholdene i pkt. 2 er fulgt opp

Saksopplysninger

Kommunelovens § 23-3 sier at det skal gjennomføres forvaltningsrevisjon i kommunen.

Kontrollutvalget fattet slikt vedtak i sak 01/25 den 02.04.25:

1. Kontrollutvalget bestiller forvaltningsrevisjon av internkontrollen i helse- og omsorg
2. Kontrollutvalget gir følgende innspill til prosjektplanen:

Risikovurdering og analyse

Brukermedvirkning, systemer, dialog, klager

Dokumentasjon og etterprøvnbarhet

Kommunedirektørens skriftlige innspill gitt i møtet, følger som vedlegg

3. Revisjonen bes utarbeide prosjektplan til kontrollutvalgets møte den 27.05.25

Kontrollutvalget godkjente prosjektplanen i sak 17/25 med slikt vedtak:

1. Prosjektplan datert 12.09.25 godkjennes.
2. Rapporten forventes levert sekretariatet 15.05.26 innenfor den angitte ressursbruk på 300 timer.
3. Kontrollutvalget bes å bli orientert underveis for å kunne ta stilling til evt. behov for endringer i prosjektplanen.

Endelig rapport ble oversendt 15.05.26 Rapporten besvarer følgende problemstillinger, jfr. vedtatt prosjektplan:

Har Leka kommune internkontroll i helse- og omsorgstjenesten som avdekker, retter opp og forebygger brudd på regelverket?

Herunder vil det være aktuelt å se på følgende:

- o Risikovurderinger
- o Styringssystem, rutiner, prosedyrer
- o Avvik – melding, oppfølging
- o Legemiddelhåndtering
- o Brukermidvirkning

Avgrensning og presisering av undersøkelsen er beskrevet i kap. 3.2. Nærmere beskrivelse og vurdering av metodene er beskrevet i kap. 3.4.

Kommunedirektøren har avgitt hørings svar 29.04.26, jfr. rapportens vedlegg 2.

Revisor har ut fra hørings svaret gjort mindre endringer i rapporten. Dette er nærmere beskrevet i kap. 1.6, Revisor har innhentet data gjennom intervju, dokumentgjennomgang, besøk og observasjon. Revisor vurderer at det samlet sett gir nok faktagrunnlag for vurderingene i rapporten. Kommunedirektør har fått saksfremlegg til evt. uttalelse.

Styringssystemer

Det er utledet følgende revisjonskriterier:

- *Kommunen skal ha etablert et system for ledelse og kvalitetsforbedring i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*
- *Systemet skal være dokumentert gjennom skriftlige prosedyrer og rutiner.*
- *Systemet skal være implementert og brukt ved institusjonene.*
- *Kommunen skal følge opp om systemet fungerer etter hensikten gjennom evaluering og korrigerings*

Revisor har gjort slike vurderinger:

- *Leka kommune har ikke etablert et system for ledelse og kvalitetsforbedring i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring*
Kriteriet vurderes ikke oppfylt.
- *Leka kommune har i liten grad tilpassede, skriftlige prosedyrer og rutiner*
Kriteriet vurderes ikke oppfylt
- *System for kvalitetssikring er delvis implementert og brukt ved institusjonene.*
Kriteriet vurderes som delvis oppfylt.
- *Kommunen følger ikke opp om systemet fungerer etter hensikten gjennom evaluering og korrigerings*
Kriteriet vurderes ikke oppfylt

Risikovurderinger

Det er utledet slike revisjonskriterier:

- *Kommunen skal ha gjennomført overordnet ROS-analyse*
- *Kommunen skal ha gjennomført ROS-analyse for helse og omsorg*
- *Kommunen skal utarbeide en beredskapsplan for de helse- og omsorgstjenestene*
- *Kommunen skal ha planlagt forebyggende og skadebegrensende tiltak på bakgrunn av identifisert risiko*

Revisor har gjort slike vurderinger:

- *Leka har utarbeidet en overordnet ROS-analyse for kommunen*
Kriteriet vurderes oppfylt.
- *Kommunen har ikke gjennomført ROS-analyse for helse og omsorg*
Kriteriet vurderes ikke oppfylt.
- *Kommunen har ikke utarbeidet en beredskapsplan for helse- og omsorgstjenestene*
Kriteriet vurderes ikke oppfylt.
- *Det er funn som tyder på at kommunen gjennomfører tiltak på bakgrunn av konkret risiko, men dette er ikke basert på et systematisk arbeid.*
Kriteriet vurderes delvis oppfylt.

Avvikshåndtering

- *Kommunen skal sørge for system for melding av avvik*
- *Kommunen skal ha oversikt over meldte avvik*
- *Kommunen skal sørge for rutiner for oppfølging av avvik*
- *Kommunen skal sørge for at erfaringer fra avviksoppfølgingen skal brukes til læring og forbedring*

Revisor har gjort slike vurderinger:

- *Kommunen har et system for avviksmelding, men mangler rutiner for melding av avvik*
Kriterier vurderes delvis oppfylt.
- *Kommunen har oversikt over meldte avvik*
Kriterier vurderes oppfylt.
- *Kommunen har praksis for oppfølging av enkeltavvik, men mangler en systematisk og overordnet oppfølging av avvik.*
Kriterier vurderes delvis oppfylt.
- *Kommunen bruker i begrenset grad erfaringer til læring og forbedring knyttet til konkrete avvik, og dette gjøres ikke systematisk*
Kriterier vurderes delvis oppfylt.

Brukermedvirkning

Det er utledet slike revisjonskriterier:

- *Kommunen skal sørge for at klager og erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende blir innhentet.*
- *Kommunen skal gjennomgå og vurdere klager og erfaringer som del av evalueringen av virksomheten.*
- *Kommunen skal bruke klager og erfaringer i arbeidet med internkontroll og kvalitetsforbedring.*

Revisor har gjort slike vurderinger:

- *Kommunen sørger delvis for at klager og erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende blir innhentet.*
Kriteriet er delvis oppfylt.
- *Kommunen vurderer ikke klager og erfaringer som del av evalueringen av virksomheten.*
Kriteriet er ikke oppfylt.
- *Kommunen bruker ikke klager og erfaringer i arbeidet med internkontroll, men dette benyttes til kvalitetsforbedring i hverdagen.*
Kriteriet er delvis oppfylt.

Legemiddelhåndtering

Det er utledet slike revisjonskriterier:

- *Legemidler skal oppbevares forsvarlig og utilgjengelig for uvedkommende, og kommunen skal ha et system for forsvarlig kassering av legemidler.*
- *Istandgjøring og utdeling av legemidler skal skje faglig forsvarlig og av personell med tilstrekkelig kompetanse.*
- *Kommunen skal ha systemer som sikrer forsvarlig oppbevaring, dokumentasjon, oversikt og kontroll med legemidler i reseptgruppene A og B.*

Revisor har gjort slike vurderinger:

- *Legemidler oppbevares forsvarlig og utilgjengelig for uvedkommende, og kommunen har et system for forsvarlig kassering av legemidler.*
Samlet sett vurderes kriteriet oppfylt
- *Leka har et forsvarlig system for istandgjøring og utdeling av legemidler. Gjentakende avvik knyttet til ikke gitt medisin, multidoser/dosett og feilmedisinering viser likevel at utdeling ikke alltid skjer faglig forsvarlig.*
Kriteriet vurderes som oppfylt.
- *Kommunen har systemer som sikrer forsvarlig oppbevaring, dokumentasjon, oversikt og kontroll med legemidler i reseptgruppene A og B.*

Kriteriet vurderes derfor som oppfylt.

Vurdering

Sekretariatet viser til fremlagte rapport og er av den oppfatning at den svarer ut problemstillingene i prosjektplanen.

Rapporten viser at det er mangler innenfor styringssystemer, brukermedvirkning og risikovurderinger. Når det gjelder avviks- og legemiddelhåndtering er mye på plass, men med delvise mangler.

Sekretariatet vil ut fra et helhetlig syn peke spesielt på følgende av revisors vurderinger og oppfølgingen av disse:

- *Leka kommune har ikke etablert et system for ledelse og kvalitetsforbedring i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring*
- *Leka kommune har i liten grad tilpassede, skriftlige prosedyrer og rutiner*
- *Kommunen følger ikke opp om systemet fungerer etter hensikten gjennom evaluering og korrigerings*
- *Kommunen har ikke gjennomført ROS-analyse for helse og omsorg og ikke utarbeidet en beredskapsplan for helse- og omsorgstjenestene*
- *Kommunen vurderer ikke klager og erfaringer som del av evalueringen av virksomheten*

Kontrollutvalget anbefales å slutte seg til den fremlagte rapport. Saken anbefales videre oversendt kommunestyret med innstilling på å ta forvaltningsrevisjonsrapporten til orientering, samt å be kommunedirektøren følge opp rapportens anbefalinger i innstillingens pkt. 2.

Kommunestyret anbefales til slutt å be kommunedirektøren innen 01.05.27 gi skriftlig rapport til kontrollutvalget på hvordan anbefalingene er fulgt opp.