

DEMENSOMSORG

Flatanger kommune

Forvaltningsrevisjon



FORORD

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført denne forvaltningsrevisjonen på oppdrag fra Flatanger kommunes kontrollutvalg i perioden september 2025 til mars 2026.

Vi vil takke alle som har bidratt med informasjon i prosjektet.

Alle rapporter fra Revisjon Midt-Norge SA publiseres på www.revisjonmidt norge.no.

Trondheim, 20.04.2026

Trine Holter

Oppdragsansvarlig revisor

Anne Grete Wold

Prosjektmedarbeider

SAMMENDRAG

Kontrollutvalget i Flatanger kommune vedtok i møte 16.01.2025 (sak 04/25) å bestille forvaltningsrevisjon på tema demensomsorg. Følgende problemstillinger svart ut i denne rapporten:

Har Flatanger kommune planverk og styringssystem som i tilstrekkelig grad legger til rette for forsvarlig demensomsorg i tråd med lov- og forskriftskrav?

- Lokale styringssystem og nasjonale føringer
- Lokale styrende dokument og strategier
- Mål for tjenestene og måloppnåelse

Sikrer Flatanger kommune tjenester til innbyggere med demensdiagnose som er i tråd med gjeldende lov- og regelverk?

- Kartlegging og tidlig identifisering av demens
- Bruker- og pårørendemedvirkning
- Aktivitetstilbud til brukerguppen
- Saksbehandling og tildeling av tjenester
- Kompetansekartlegging, kompetanseplan og kompetanseheving

Revisor har basert vurderingene i rapporten på et bredt datamateriale bestående av skriftlig dokumentasjon, intervju med ansatte, gjennomgang av tilfeldig utvalgte vedtak og journaler.

I første problemstilling finner revisor at Flatanger kommune mangler et styringssystem og planverk som dekker kravene til internkontroll og kvalitetsarbeid i demensomsorgen. Demens er ikke omtalt i kommunens overordnede planer, og det finnes ingen fastsatte kvalitetsmål eller system for å følge opp måloppnåelse. Kommunen har planer om å utvikle en demensplan, men det er ikke satt tidspunkt for dette.

I andre problemstilling finner revisor at kommunen oppfylder krav til kartlegging, vurdering av samtykkekompetanse og brukermidvirkning i tildeling av tjenester. Vedtakene er godt begrunnet og følger lovkrav. Det finnes aktivitetstilbud for hjemmeboende personer med

demens, men tilbudet krever at brukeren selv kan møte opp og er ikke individuelt tilpasset alle.

Kommunen mangler en samlet, skriftlig kompetanseoversikt og opplæringsplan. Selv om avdelingsledere har god kjennskap til kompetansen i sine enheter, er informasjonen ikke samlet i et felles system.

Revisor anbefaler Flatanger kommune å:

- Innlemme demensomsorgen i kommunens plan- og styringsdokumenter
- Tilpasse aktivitetstilbudene etter brukernes behov
- Systematisere arbeidet med å få oversikt over kompetanse og å sikre framtidig kompetansebehov

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord	2
Sammendrag.....	3
Innholdsfortegnelse	5
1 Innledning.....	7
1.1 Bestilling	7
1.2 Problemstillinger.....	7
1.3 Avgrensing	7
1.4 Demensomsorg	8
1.5 Helse- og omsorgstjenester i Flatanger kommune.....	8
1.6 Metode	10
1.6.1 Datamateriale	10
1.6.2 Vurdering av metode.....	12
1.7 Uttalelse om rapport	12
2 Lokalt styringssystem og nasjonale føringer	15
2.1 Problemstilling	15
2.2 Revisjonskriterier.....	15
2.3 Strategidokument og planverk	15
2.3.1 Data	15
2.3.2 Revisors vurdering	18
2.4 Innhold, organisering og ansvarsfordeling	18
2.4.1 Data	18
2.4.2 Revisors vurdering	19
2.5 Rapportering og forankring i organisasjonen	20
2.5.1 Data	20
2.5.2 Revisors vurdering	20
3 Kommunale tjenester innenfor demensomsorg.....	21
3.1 Problemstilling	21
3.2 Revisjonskriterier.....	21
3.3 Kartlegging av tjenestebehov	21
3.3.1 Data	21
3.3.2 Revisors vurdering	23
3.4 Brukermedvirkning.....	23
3.4.1 Data	23
3.4.2 Revisors vurdering	24
3.5 Skriftlige vedtak om tjenester.....	24
3.5.1 Data	24
3.5.2 Revisors vurdering	25
3.6 Behovstilpassa aktivitetstilbud	25
3.6.1 Data	25
3.6.2 Revisors vurdering	26
3.7 Kompetansekartlegging og kompetanseheving	26

3.7.1	Data	26
3.7.2	Revisors vurdering	27
4	Konklusjoner og anbefalinger	28
4.1	Konklusjoner.....	28
4.2	Anbefalinger	29
5	Kilder	30
	Vedlegg 1 – Utledning av revisjonskriterier.....	32
	Vedlegg 2 - Uttalelse	37

1 INNLEDNING

1.1 Bestilling

Kontrollutvalget i Flatanger kommune vedtok, basert på prioritering i plan for forvaltningsrevisjon 2023-2027, i møte 16.01.2025 (sak 04/25) følgende bestilling:

1) Kontrollutvalget bestiller forvaltningsrevisjon av demensomsorgen, oppfylles lov/forskrift fremtidige krav/utfordringer.

2) Det gis følgende innspill til prosjektplanen: - Har kommunen demensplan, evt. måloppnåelse? - Tjenestekvalitet, kompetanse og ressursbehov - Organisering av tjenestetilbud, spesielt hjemmeboende; oppdages tjenestebehov tidlig nok, planlegging boligområder/-behov? - Bruker/pårørende medvirkning

3) Revisjonen bes utarbeide prosjektplan til kontrollutvalgets møte 30.04.25.

1.2 Problemstillinger

Denne forvaltningsrevisjonen har følgende problemstillinger:

Har Flatanger kommune planverk og styringssystem som i tilstrekkelig grad legger til rette for forsvarlig demensomsorg i tråd med lov- og forskriftskrav?

- *Lokale styringssystem og nasjonale føringer*
- *Lokale styrende dokument og strategier*
- *Mål for tjenestene og måloppnåelse*

Sikrer Flatanger kommune tjenester til innbyggere med demensdiagnose som er i tråd med gjeldende lov- og regelverk?

- *Kartlegging og tidlig identifisering av demens*
- *Bruker- og pårørendemedvirkning*
- *Aktivitetstilbud til brukerguppen*
- *Saksbehandling og tildeling av tjenester*
- *Kompetansekartlegging, kompetanseplan og kompetanseheving*

1.3 Avgrensing

Revisor har ikke samla data direkte fra enkeltbrukere, pårørende eller brukerutvalg, men brukt allerede eksisterende skriftlig materiale som grunnlag for analysen. Flatanger kommune har

ikke gjennomført bruker- eller pårørendeundersøkelser i nyere tid og revisor har ikke gjennomført slike undersøkelser.

1.4 Demensomsorg

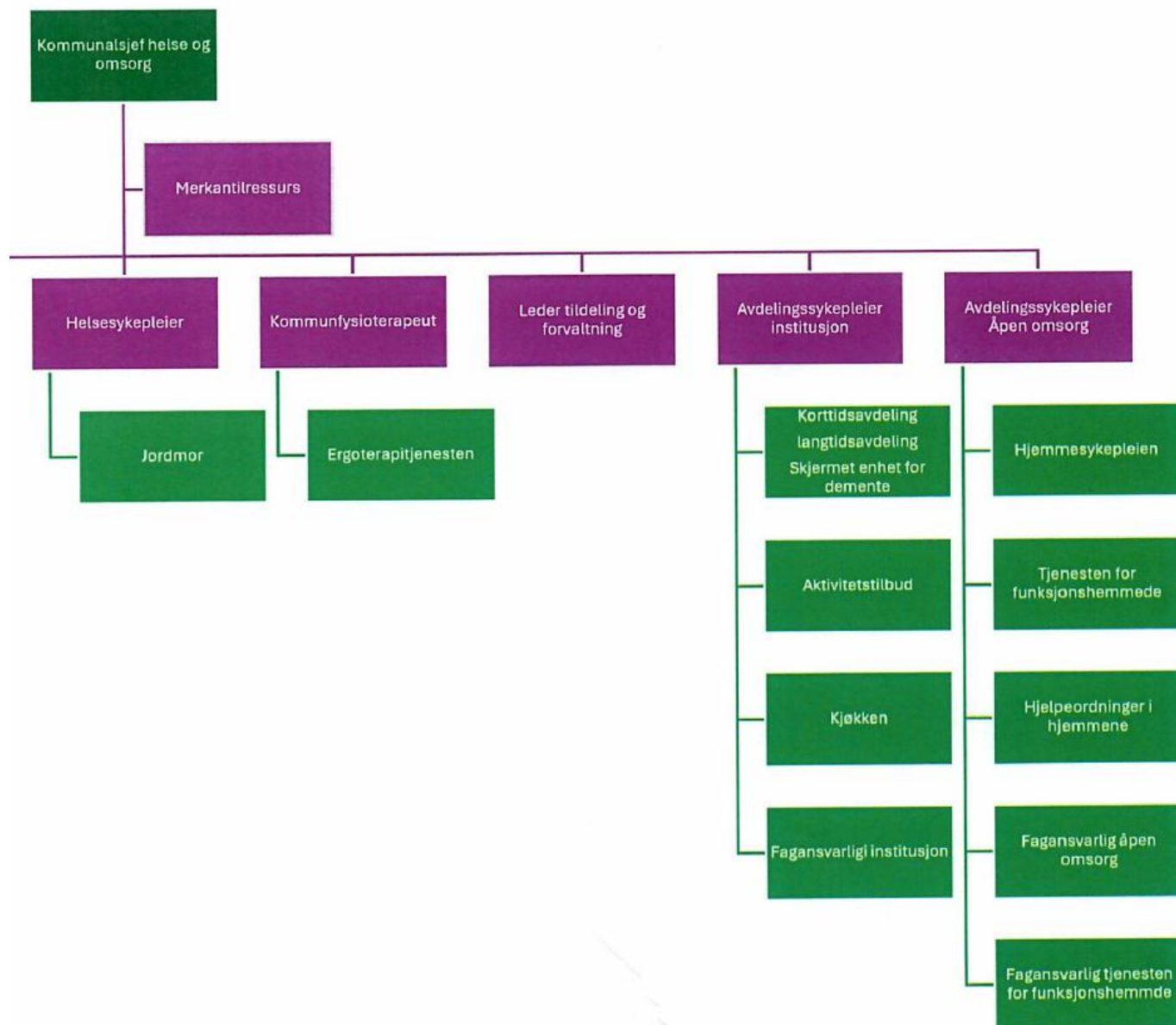
Norge kom i 2007, som det første landet i verden, med en egen plan for tjenestetilbud til mennesker som lever med demens. Demensplan 2025 - regjeringen.no er den tredje i rekken. Her presenteres en femårsplan for å forbedre tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Her står at målet med demensplanen er å sikre langsiktig og helhetlig planlegging av tilbud og tilpasninger i lokalsamfunn og omgivelser. Samtidig skal man sørge for dimensjonering og kvalitetsutvikling av tjenester som kan svare ut utviklingen med økende antall personer med demens og deres pårørende.

Tjenestetilbudet skal, så langt som mulig, tilrettelegges og gjennomføres i samarbeid med brukeren eller pasienten. De strategiene og tiltakene som ligger i planen, skal bidra til å sette demensutfordringen på dagsordenen og skal inngå i kommunenes ordinære planarbeid.

1.5 Helse- og omsorgstjenester i Flatanger kommune

Organisasjonskartet i figur 1 ble revidert februar 2026, og viser at tjenesteområde [Pleie- og omsorg - Flatanger kommune](#) ligger under området til helse- og omsorgssjefen. Tjenester til pasienter med demensdiagnoser ligger under institusjon og åpen omsorg, og har hver sin avdelingsleder.

Pleie- og omsorgstunet har per mars 2026 ti omsorgsleiligheter og totalt 20 institusjonsplasser. Inntil sju av disse plassene er på den skjerma demensavdelinga Solsiden. Her er det både kort- og langtidsplasser. Avdelinga gir mulighet for å skjerme pasientene, blant anna finnes det et lydisolert rom. Solsiden har en egen sansehage som blir brukt både av beboere og besøkende. Det arrangeres også fellesaktiviteter, blant anna har aktivtøeren arrangert sommerfest og grillkvelder.



Figur 1. Organisering av helse- og omsorgstjenestene i Flatanger kommune

Søknader om tjenester ble tidligere behandla av avdelingslederne, men behovet for mer spissa kompetanse innafor forvaltning gjorde at kommunen oppretta et eget forvaltningskontor i 2019. Alle søknader blir nå behandla av saksbehandler her. Søknadene blir diskutert i ukentlige koordineringsmøter. I tillegg til forvaltningskontoret, er avdelingssykepleiere, fagsykepleiere, fysioterapeut og av og til tilsynslege til stede på disse.

1.6 Metode

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til NKRFs standard for forvaltningsrevisjon, RSK 001¹. Revisor har vurdert egen uavhengighet overfor Flatanger kommune, jf. kommuneloven § 24-4 og forskrift om kontrollutvalg og revisjon kapittel 3.

1.6.1 Datamateriale

Vi har brukt flere metoder for å samle inn data til dette prosjektet.

Intervju

Kommunedirektør, kommunalsjef helse og omsorg og leder av tildeling og forvaltning deltok i et digitalt oppstartsmøte. Formålet med møtet var både å gi informasjon om forvaltningsrevisjonen, å avklare evt. spørsmål og å gå gjennom faktorer som var med på å legge rammene for oppdraget. Møtet ble også brukt til å gjøre avklaringer om hva revisor trenger av praktisk bistand. Kommunalsjefen ble utpekt som kontaktperson og har bistått med å oversende etterspurte dokument og gjort praktisk tilrettelegging. Referat fra oppstartsmøtet er godkjent.

Revisor har i tillegg til oppstartsmøte gjennomført fysisk intervju med fem ansatte, og et fellesintervju med kommunedirektør og kommunalsjef for helse- og omsorg. Med unntak av det siste intervjuet, er alle gjennomført fysisk.

Kvalitative intervju er en viktig informasjonskilde for denne typen revisjonsprosjekt. Å intervju ansatte som har ulike arbeidsoppgaver på ulike nivå i organisasjonen, gir muligheten til å skaffe et datamateriale som gir informasjon som belyser tjenesten fra flere ulike perspektiv. Uforutsette omstendigheter gjorde at det gikk lang tid fra intervjuene ble gjennomført til informantene fikk oversendt utkast til referat for godkjenning. Flere av informantene synes det ble vanskelig å huske innholdet i samtalen eller at de opplevde at utkast til referat ikke fanga godt nok opp det som ble sagt i intervjuet. To av informantene valgte til slutt å ikke godkjenne utkast til referat, resten er godkjent og ligger som en del av i analysegrunnlaget

Dokumentgjennomgang

Det ligger en større mengde skriftlig dokumentasjon til grunn for analysen. Revisor har gjennomgått sentrale styrings- og plandokument både for kommunen generelt og for tjenesteområdet spesielt. Vi har også sett på retningslinjer for tildeling av tjenester,

¹ [RSK 001](#)

kartleggingsverktøy som blir brukt for å skaffe grunnlag for vedtak og rutiner for saksbehandling og vedtak. Noe av informasjonen ligger tilgjengelig på kommunens hjemmeside. Andre dokument, for eksempel rutiner for kartlegging og saksbehandling, ligger på interne system. Revisor har fått disse tilsendt på forespørsel.

Denne typen skriftlig datamateriale viser om kommunen internt har skriftlige føringer, rutiner og retningslinjer for utforming av tjenester. På denne måten får revisor inntrykk av de formelle føringene og rammene som er lagt på systemnivå. Materialet vil også gi for grunnlag for å se hvilke tjenester kommunen etter planen skal gi og om disse i realiteten blir gitt. Disse dokumentene ble gjennomgått og diskutert i intervju med kommuneledelsen.

Vedtaks- og journalgjennomgang

Det ble gjort stikkprøver av tilfeldig valgte vedtak fatta av forvaltningskontoret i perioden 2020-2025. Dette er søknader fra brukere som fikk tildelt kort- og langtidsplass på sykehjemmet. Gjennomgangen av vedtak ble gjort digitalt. Leder ved forvaltningskontoret delte skjerm og gikk sammen med revisor gjennom vedtakene ut fra følgende sjekkpunkt:

- hvordan blir kartleggingsarbeidet gjennomført
- hvilken dokumentasjon ligger til grunn for vedtak
- hva inneholder et vedtaksbrev

Formålet med gjennomgangen er å se på maler som blir brukt i saksbehandlinga, hvilken informasjon og dokumentasjon som ligger til grunn for vedtakene og om utsendte vedtak er formulert i tråd med lovkrav.

Det ble også gjort gjennomgang av journalen til de samme brukerne. Sjekkpunkt var:

- om det er gjennomført re-kartlegging
- om bruker har fått tildelt primærkontakt
- om innhold i hverdagssamtaler med bruker og evt. pårørendesamtalene er skriftlig dokumentert
- om brukermedvirkning er ivarettatt

Revisjonen gjelder tjenestetilbud til et svært begrensa antall personer og det blir av personvern hensyn verken gitt informasjon om antall saker som ble gjennomgått eller detaljerte funn fra gjennomgangen.

1.6.2 Vurdering av metode

Det er gjennomført seks intervju med totalt sju personer. Informantene hadde ulike arbeidsoppgaver og ulike funksjoner på forskjellig nivå i organisasjonen. To personer valgte å ikke godkjenne referatet og intervjumaterialet inneholder derfor totalt sett mindre informasjon enn ønskelig. Dette kan være med på å svekke informasjonsverdi og reliabilitet fra intervjumaterialet. Disse to personene har imidlertid ikke de samme arbeidsoppgavene som den andre, og vi har verifiserte intervju fra andre personer med de samme funksjonene som de to som ikke ønsket å bekrefte referatene. Dette kan bidra til å oppveie noe av informasjonstapet. Enkeltutsagn er imidlertid ikke tatt inn som grunnlag for konklusjoner og anbefalinger som er gitt. Analysen er basert på tendenser og fellestrekk i intervjumaterialet sett under ett.

Denne forvaltningsrevisjonen skal gi kunnskap om kommunens tjenestetilbud for personer med demensdiagnose. For å unngå at analysen og vurderingene av kommunens arbeid med brukermedvirkning og brukerperspektivet blir basert på enkelthistorier, har revisor valgt å ikke intervju brukere eller pårørende, men heller hente data fra andre kilder. I denne rapporten er informasjonen hentet fra kartleggingsnotat og notat i journal.

Analysen er basert på en helhetlig sammenstilling av all informasjon som er samlet i prosjektet og funn, konklusjoner og anbefalinger er basert på datamaterialet samla sett. Revisor vurderer at datamaterialet totalt sett gir et tilstrekkelig grunnlag for å belyse problemstillingene som ligger i bestillinga fra kontrollutvalget.

1.7 Uttalelse om rapport

En foreløpig rapport ble sendt til kommunedirektøren for uttalelse 25.03.26. Revisjon Midt-Norge SA mottok svar 17.04.2026. Uttalelsen er vedlagt rapporten (vedlegg 2).

Revisor har følgende kommentarer til høringssvaret fra Flatanger kommune:

En forvaltningsrevisjon er basert på revisjonskriterier som er utleda fra krav gitt i lov og forskrift, se kriterieutledning (vedlegg 2) og liste med kilder med lovverk, forskrift og nasjonale anbefalinger. Det er heva over enhver tvil at det i det operative arbeidet er stort fokus på å gi gode tjenester til pasienter med demens, det samme gjelder for det planlagte kvalitets- og utviklingsarbeidet Flatanger kommune skal gjøre framover. Problemstillingene og kriteriene bestemmer imidlertid vinkling på prosjekt og mange interessante tema og perspektiv faller utafor en forvaltningsrevisjonen.

Kommentar til punktet

«Innlemming av demensomsorgen i kommunens plan – og styringsdokumenter»

Revisor har gått gjennom alle plan- og styringsdokumenter for å se om demensomsorg er nevnt, men finner ikke at dette er tematisert. Kommuneledelsen bekrefta i intervju at tjenesteområdet ikke spesifikt er nevnt i de overordna dokumentene. Dette bryter med revisjonskriteriene som gjelder for denne problemstillinga. Det ble imidlertid i flere intervju fortalt at det er ambisjoner om å gjøre et tildels omfattende plan- eller utviklingsarbeid på tjenesteområdet demens, men at denne prosessen av ulike grunner verken er igangsatt eller lagt inn som punkt i gjeldende planstrategi. Dette er nevnt i rapporten. Revisor opprettholder vurderinga om at kriteriet ikke er oppfylt.

Kommentar til punktet

«Tilpassing av aktivitetene etter brukernes behov»

Det ble i flere intervju sagt at det på det tidspunktet datainnsamlinga ble gjort, ikke eksisterte noe tilbud om aktiviteter i hjemmet hos pasienter med demensdiagnose. For å delta på aktivitetene må pasienten reise til omsorgstunet. Dette vil ikke være mulig å gjennomføre for alle, enten fordi de er for syke eller at reisen rent praktisk ikke lar seg gjennomføre. Revisor opprettholder vurderinga om at kriteriet bare delvis er oppfylt. Vurderingsteksten på dette kriteriet er imidlertid tydeliggjort i teksten.

Kommentar til punktet

«Systematiserer arbeidet med å få oversikt over kompetanse og sikrer fremtidig kompetansebehov.»

Det ble i intervju sagt at det ikke var utarbeida en overordna kompetanseplan eller -oversikt for tjenesteområdet, men at den enkelte leder har oversikt over den kompetansen som finnes blant sine ansatte. Det finnes imidlertid ikke noe tilgjengeliggjort fellesdokument der denne informasjonen er samla. Rapporten omtaler de interne opplærings- og kompetansehevingstiltak som er finansiert av statsforvalteren. Rapporten omtaler også at det har vært vanskelig å rekruttere rett kompetanse og at kommunen nå jobber målretta med dette. Revisor har justert den opprinnelige vurderinga om at revisjonskriteriet ikke er oppfylt til at revisjonskriteriet er delvis oppfylt.

Høringsrapporten har gjennomgått språkvask og det er lagt inn noen presiseringer, men det er ikke gjort noen endringer i innhold som vil virke inn på konklusjon på det enkelte revisjonskriterium.

2 LOKALT STYRINGSSYSTEM OG NASJONALE FØRINGER

2.1 Problemstilling

Har Flatanger kommune planverk og styringssystem som i tilstrekkelig grad legger til rette for forsvarlig demensomsorg i tråd med lov- og forskriftskrav?

- Lokale styringssystem og nasjonale føringer
- Lokale styrende dokument og strategier
- Mål for tjenestene og måloppnåelse

2.2 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet for denne problemstillinga:

- Kommunen skal ha et dokumentert styringssystem for helse- og omsorgstjenestene som ivaretar planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av tjenesteproduksjonen, inkludert tjenester til brukere med demens.
- Kommunen skal ha nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner og andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert tjenestetilbud til personer med demens.
- Kommunen skal fastsette mål for kvalitet i tjenestene og følge opp måloppnåelse gjennom rapportering og evaluering.

Utleddning av vurderingskriteriene ligger i vedlegg 1.

2.3 Strategidokument og planverk

2.3.1 Data

For å beskrive målene for demensomsorgen i Flatanger kommune, har revisor sett på styrings- og planverk som skal beskrive innhold og fastsette mål for tjenestene. Relevant datamaterialet for en slik analyse er både overordna dokument som gjeld for hele kommunen og dokument som gjelder nedover i organisasjonen for alle de ulike tenesteområdene. Dokument som ikke ligger på kommunens nettside, har blitt tilsendt fra administrasjonen.

Kommuneplanens samfunnsdel 2024-2034

Flatanger kommunestyre vedtok i juni 2024 kommuneplanens samfunnsdel 2024-2034². Planen beskriver overordnet strategi, satsinger og hovedmål for kommunen som samfunn og for kommunens virksomheter. Satsingene er generelle og gjelder for alle virksomhetene.

God livskvalitet og satsing på folkehelsearbeid er definert som to av delmålene i kommunens arbeid. Økt fokus på helsefremmende tiltak og forebyggende arbeid blir spesielt trukket fram. Det står at Flatanger skal ha lavterskeltilbud på helsetjenester lokalt og at sårbare personer skal bli fanget opp på et så tidlig tidspunkt som mulig. Tilbud til personer med demensdiagnose er ikke spesielt nevnt.

I samfunnsplanen står at det i perioden fram mot 2034 skal være fokus på å drive planarbeid på flere tjenesteområder, men det blir ikke pekt på hvilke spesifikke områder det er snakk om. Verken tjenesteområde pleie og omsorg generelt eller demensomsorg spesielt er trukket fram i oversikten som konkret lister opp igangsatt eller planlagt rullering av område-, del- eller temaplaner. Heller ikke under punktet om å aktivt arbeide med å revidere eksisterende rutiner og prosedyrer som del av kvalitetssikringsarbeidet, er tjenesteområdet generelt eller demensomsorg spesielt nevnt.

Revisor blir i intervju fortalt at det skal bli utarbeida en demensplan, og at denne da skal gå inn i samfunnsplanen. Det er ikke satt noe tidspunkt for når dette arbeidet skal være ferdigstilt.

Planstrategi 2024-2028

Vurderingene som ligger i samfunnsdelen legger føringer før planstrategien, strategien gjelder for en valgperiode. Planstrategi 2024-2028³ er vedtatt i kommunestyret og inneholder en oversikt over planbehov for perioden. Dokumentet inneholder status for planarbeidet, hvilken periode planene gjelder for og når de skal rulleres neste gang. Den oppgir også hvem som har ansvar for å utarbeide den enkelte planen.

I strategien står at alle virksomhetene skal ha årsplaner for aktiviteten og at disse skal komme i form av temaplaner. Temaplaner skal beskrive hva kommunen gjør på tjenesteområdet i dag og skal også inneholde definerte mål for tjenesteytinga. Planene skal rulleres årlig og det er etatssjef og virksomhetsledere som har ansvaret for å utarbeide disse.

² [Kommuneplanens samfunnsdel 2024-2034.pdf](#)

³ [Planstrategi 2024-2028 \(1\).pdf](#)

Revisor har ikke funnet noen temaplaner for tjenesteområde pleie og omsorg på kommunen sin hjemmeside, verken generelle planer eller plan for demensomsorg spesielt. Dette ble derfor etterspurt fra kommunen. Kommuneledelsen forteller at slike planer ikke finnes, men at tematikken er en stor del av det operative arbeidet som blir gjort i hverdagen.

De forteller at det er en ambisjon om å få igangsatt arbeidet så snart som mulig, men at ressursmangel gjør at dette ikke kan bli prioritert. Det er heller ikke lagt noen eksakt tidsplan for når dette skal skje. Kommunalsjefen understreker at de er klar over at de ved å nedprioritere planarbeidet bryter lovkrav, men at nedprioriteringen er nødvendig for å bruke ressursene for drift og å gi gode tjenester.

Fireårig økonomiplan med årsbudsjett

Økonomiplanen er handlingsdelen til kommuneplanens politisk vedtatte samfunnsdel. Strategiene fra samfunnsdelen skal legge føringer for innholdet i økonomiplan og årsbudsjett. Det betyr at økonomiplan og årsbudsjett skal brukes til å prioritere tiltak, til å følge langsiktige mål og på den måten oppnå bærekraftig utvikling i kommunen over et langsiktig perspektiv.

Dokumentet er delt inn i fagansvar. Revisor har sett på planene gjeldende for pleie og omsorg i 2023, 2024 og 2025. I planen som ble presentert i 2024, står at det innafor pleie- og omsorgstjenesten skal settes fokus på omstillingsarbeid som bl.a. omfatter oppgavefordeling, tjenestestyrt bemanningsplanlegging og arbeidstidsordninger.

I plan for 2025-2029 står at det er det skal utarbeides aktivitets- og årsplan for alle tjenesteområder. Formålet med planene er å bruke disse som verktøy til bedre å kunne styre aktiviteten og dermed også blir et verktøy i mer systematisk jobbing innenfor de ulike områdene. Planene vil også blir brukt for å legge til rette for bedre rapporteringer på aktivitet ovenfor det politiske nivået i kommunen. Rapportering til politisk nivå skjer en gang i året og blir gjort gjennom årsrapporten til kommunen.

Kommunens årsrapport

I årsrapport for 2024 står at det er en overordnet målsetting at kommunen skal ha en pleie- og omsorgstjeneste av god og høy kvalitet. Det blir vist til fastsatte delmål som bl.a. går på botilbud, tjenester og kompetanse/personell. Revisor kan ikke se at disse delmålene er ytterligere omtalt. Tjenesten skal være på lavterskelnivå og gi innbyggerne og andre som oppholder seg i kommunen et trygt, variert og fleksibelt tjenestetilbud som er forutsigbart. Det blir understreket at brukerne skal være sikret en meningsfull livssituasjon gjennom deltagelse og medbestemmelse ut fra den enkeltes behov og forutsetning. Tjenesteområdet demens er ikke spesielt nevnt i årsrapporten. Ledelsen sier i intervju at kommunen deler ambisjonen fra den nasjonale satsingen «Leve hele livet» om at innbyggere som mottar helse- og

omsorgstjenester, skal kunne bo hjemme så lenge som mulig. De understreker at ambisjonen blir oppfylt i praksis selv om den ikke er planfesta.

Innsatstrappa

Omsorgstrappa er et dokument som ble politisk vedtatt i 2015. Målet med trappa er å levere best mulig tjenester på lavest mulig nivå. Demens er ikke eksplisitt nevnt i denne. Dokumentet er under revidering og skal gi retning på hvor man trenger å jobbe. Dokumentet vil bl.a. inneholde tjenestebeskrivelser. For eksempel vil forebyggende arbeid være lengst ned i trappen og de mest kostnadskrevende som institusjonsplass som er helt på toppen. Den skal også gi en oversikt over kommunale tjenester og botilbud som vil være tilgjengelig da ut fra lovkrav.

Det blir i intervju sagt at tilbudet til pasientgruppa vil inngå i innsatstrappa, men at verken demenspasienter eller pasienter med andre diagnoser vil bli nevnt eksplisitt som gruppe. Det blir sagt at kommunen er klar over at de må og bør synliggjøre gruppa, men at dette eventuelt vil skje i samband med utvikling av handlingsplan basert på samfunnsplanen. Det er ikke satt noen tidsramme for når dokumentet skal være ferdig.

2.3.2 Revisors vurdering

Kommunen skal ha et dokumentert styringssystem for helse- og omsorgstjenestene som ivaretar planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av tjenesteproduksjonen, inkludert tjenester til brukere med demens.

Revisor vurderer at Flatanger kommune mangler styringssystem som fyller krav fra helse- og omsorgstjenesteloven, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og nasjonale faglige retningslinjer for demens og konkluderer med at kriteriet ikke er oppfylt.

2.4 Innhold, organisering og ansvarsfordeling

2.4.1 Data

Innhold og organisering av tjenester kan være formulert både i offentlig tilgjengelige dokument, f.eks. informasjon på hjemmesida eller i politiske framlegg. Dette vil også finnes i kommunens interne dokument, f.eks. i delegeringsreglement eller interne prosedyrer. Dokument som ikke ligger offentlig tilgjengelig, er etterspurt og har blitt tilsendt fra administrasjonen.

Innhold i tjenestene til pasienter med demensdiagnose

Ingen av styrings- eller plandokumentene inneholder per i dag noen beskrivelse av hvilke tjenester denne pasientgruppa har rett på eller hva tjenestene skal inneholde. Informasjonen

som ligger om kommunens tjenestetilbud innafor helse og omsorg er delt inn i seks ulike faner og inkluderer alt fra plass på pleie- og omsorgstunet, hjemmehjelp og hjemmetjenester, middagsombringning og trygghetsalarm.

Informasjonen beskriver generelt sett ikke innhold i tjenestene, og tjenester til personer med demensdiagnose er ikke eksplisitt nevnt. Det blir i de dokumentene som nå ligger ute, vist til kriterier for tildeling vedtatt av kommunestyret i 2017.

Organisering av tjenester

Organisasjonskartet, figur 1, viser hvor de ulike funksjonene innafor tjenesteområdet er plassert. Kartet viser at de tjenestene som omfatter personer med demens, ligger som ansvarsområde for avdelingsleder insitusjon og avdelingsleder åpen omsorg. Forvaltningskontoret ligger under komunalsjef helse- og omsorg og har en egen leder,

Ansvarsfordeling internt

Delegeringsreglementet definerer hvilken myndighet som ligger til hvilken stilling i kommunen. Dette blir tydeliggjort ved å vise til hvilke deler av lovverket som ligger under den enkelte stilling. Ansvarsområde er her synliggjort for både leder for forvaltning, samt avdelingsledere og fagansvarlige. Dokumentet er nylig revidert og politisk behandla og det ble i intervju sagt at den oppdaterte versjonen vil bli søkbar på kommunens hjemmesider i løpet av våren.

Samarbeid med eksterne

Det blir i intervju fortalt at kartlegginger i all hovedsak blir gjort av spesialisthelsetjenesten, i dette tilfelle som oftest geriatrisk avdeling ved sykehuset i Namsos. Det er i budsjettet for 2026 satt av en sum til ved spesielle behov å kjøpe tjenester fra andre kommuner. Revisor har fått tilsendt eksempel på samarbeidsavtaler.

2.4.2 Revisors vurdering

Kommunen skal i sine interne rutiner beskrive ansvar, organisering av og innhold i tjenestetilbudet knyttet til demens.

Revisor vurderer at Flatanger kommune i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten har beskrivelser av organisering, delering av myndighet og ansvarsfordeling. Innholdet i tjenestetilbudet for demente ikke er beskrevet. Revisor konkluderer med at kriteriet delvis er oppfylt.

2.5 Rapportering og forankring i organisasjonen

Relevant data for analyse på dette området er årsrapport og rapportering til politisk nivå.

2.5.1 Data

Kommunen har et skriftlig mål- og delmåldokument for tjenesteområdet fra 2011. Dette ble utarbeidet i en prosess med involvering av ansatte og inngikk den gang i årsrapporteringen. Dokumentet framstår imidlertid som utdatert, og det er ikke dokumentert at målene er revidert, konkretisert eller operasjonalisert for demensomsorgen i senere år. Kommunen kan heller ikke dokumentere oppdaterte, konkrete og målbare mål for kvalitet i demensomsorgen.

Rapporteringa skjer på overordna nivå for hele tjenesteområdet gjennom årsrapporten. Rapporteringen gir i begrensa grad grunnlag for å se forankring av mål for kvalitet i tjenestene eller prioriteringer innafor organisasjonen. Revisor har sett på årsrapportene for 2022-2024 og ser at hovedmål for tjenesteområdet på overordna nivå generelt er nevnt, men kan ikke se at delmål for verken for tjenesteområdet generelt eller demensområde spesielt er definert.

2.5.2 Revisors vurdering

Kommunen skal fastsette mål for kvalitet i tjenestene og følge opp måloppnåelse gjennom rapportering og evaluering.

Revisor vurderer at Flatanger kommune bryter krav i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring ved ikke å ha utarbeidet konkrete mål for kvalitet på tjenestetilbudet til demenete. Revisor vurderer også at forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven blir brutt ved at det ikke blir gjort tilfredsstillende evaluering og rapportering av måloppnåelse innafor demensomsorgen. Revisor vurderer kriteriet som ikke oppfylt.

3 KOMMUNALE TJENESTER INNENFOR DEMENSOMSORG

3.1 Problemstilling

Sikrer Flatanger kommune tjenester til innbyggere med demensdiagnose som er i tråd med gjeldende lov- og regelverk?

- *Kartlegging og tidlig identifisering av demens*
- *Aktivitetstilbud til brukergruppen*
- *Saksbehandling og tildeling av tjenesterr*
- *Bruker- og pårørendemedvirkning*
- *Kompetansekartlegging, kompetanseplan og kompetanseheving*

3.2 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet for denne problemstillinga:

- Kommunen skal kartlegge og dokumentere hjelpebehovet samt vurdere samtykkekompetanse hos bruker
- Kommunen skal sikre bruker- og pårørendemedvirkning
- Kommunen skal fatte enkeltvedtak som er skriftlige, begrunnet og som viser til relevant hjemmel for vedtak.
- Kommunen skal tilby dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens
- Kommunen skal ha en fullstendig kompetanseplan og legge til rette for nødvendig kompetanseheving

Utledning av vurderingskriteriene ligger i vedlegg 1.

3.3 Kartlegging av tjenestebehov

Relevant data for denne analysen er kartleggingsverktøy, dokumentasjon av funn i kartleggingsarbeidet og journalnotat.

3.3.1 Data

Kartlegging og dokumentasjon

Flatanger kommune har få innbyggere, og det blir i intervju fortalt at de i stor grad har oversikt over personer som kan være i ferd med å utvikle demens eller allerede har fått en demensdiagnose.

Den formelle kartlegginga skjer ved hjelp av det nasjonale, standardiserte kartleggingsverktøyet IPLOS. IPLOS inneholder ei liste over ulike tester og punkt som skal ligge til grunn for å få et inntrykk av helsetilstanden til søker. Eksempler er vurdering av det fysiske funksjonsnivået, kognitive tester og samtale med søker og evt. pårørende.

Kommunen har ikke lenger en demenskoordinator, men i den perioden de hadde koordinator, var det vedkommende som gjennomførte kartlegginga. Nå blir kartlegginga ofte gjort ved geriatrisk avdeling ved sykehuset i Namsos. Kommunen får da tilsendt epikrisen med opplysninger om resultat fra tester som dokumenterer søkers funksjonsnivå og notater fra samtale med bruker og evt. pårørende.

Gjennomgangen viser at kartlegging blir gjennomført rutinemessig. Kommunen bruker journalsystemet Profil. Revisor fant også at all grunnlagsdokumentasjon blir lagt ligger i journal. I tillegg blir informasjon fra hjemmehjelp eller hjemmesykepleie, pårørende, henvisninger fra lege og epikriser fra spesialisthelsetjenestene lagt i journal.

Det blir i intervju sagt at kommunen skal starte opp med forebyggende hjemmebesøk og å etablere utvidet tilbud på natt. Ordninga vil være viktig for å fange opp behov hos den enkelte innbygger tidligst mulig. Slike utvida tilbud gjør at mange kan bo hjemme lengre, noe som er spesielt viktig for demente hjemmeboende. Det blir på disse møtene ikke gjennomført formelle tester eller kartlegging, men gjort observasjoner som blir dokumentert i journal. Revisor får fortalt at besøkene er en god mulighet til å få gitt informasjon om tjenestene og at samtalene kan være med på å «ufarliggjøre» tjenestene.

Re-kartlegging av behov blir ikke gjort rutinemessig, men er ofte basert på hverdagsobservasjoner eller innspill fra pårørende eller nettverket rundt vedkommende. Noen pasienter får, som del av avlastning for pårørende, tilbud om korttidsplass på demensavdelinga. Oppholdet vil i mange tilfeller bli brukt som en del av kartlegginga. Ved å se pasienten daglig over lengre tid, kan de ansatte få et inntrykk både av det kognitive og det fysiske funksjonsnivået. Pasienter som har vedtak på korttidsopphold har ofte kommet så langt i sykdomsforløpet at tilbudet etter en tid blir endra til langtidsopphold. Ved endringer i tjenestebehov, blir det fatta nye vedtak.

Samtykkekompetanse

At tjenesten har en viss grad av oversikt over innbyggerne, gjør det mulig å fange opp brukere tidlig i løpet. Kommunen er likevel avhengig av at vedkommende selv vil ha hjelp. Selvbestemmelsesrett er et sentralt prinsipp i lovverket, og ingen kan i utgangspunktet ikke bli tvunget til å ta imot tjenester de selv ikke vil ha. Ved søknadsskjema <https://www.flatanger.kommune.no/download/18.33a2660519545e0ea9138ffb/17417808432>

[83/S%C3%B8knadsskjema%20hjemmetjenester.pdf](#), ligger det en samtykkeerklæring. Her står at formålet ved den signerte erklæringen er å sikre at ulike instanser kan samarbeide uten å bli hindra av taushetsplikt for å skape et best mulig tilbud til den enkelte bruker. Ved å signere denne, gir søker godkjenning til at kommunen kan hente helserelatert informasjon fra bl.a. lege, spesialisthelsetjenesten og pårørende. Det står også at taushetsbelagte opplysninger kan bli delt der det er nødvendig, og at pårørende vil kunne bli inkludert i ansvarsgrupper.

Fastlege eller spesialisthelsetjenesten kan i tilfeller der sviktende eller manglende forståelse av egne behov kommer i strid med prinsippet om å gi forsvarlig og gode helsetjenester, erklære vedkommende som ikke samtykkekompetent.

Journalgjennomgangen viser at samtykkekompetanse i all hovedsak blir vurdert, men det er noen tilfeller der det ikke er dokumentert at dette er gjort. Vedtaket vil da være basert på at forvaltningskontoret har god kjennskap til bruker, og at nettverk eller andre tjenesteytere gir informasjon som tyder på at vedkommende ikke selv lenger er i stand til å gjøre gode og trygge valg på egne vegne.

3.3.2 Revisors vurdering

Kommunen skal kartlegge og dokumentere hjelpebehovet samt vurdere samtykkekompetanse hos bruker

Revisor vurderer at Flatanger kommune overholder krav i helse- og omsorgstjenesteloven ved å innhente nødvendige opplysninger om funksjonsnivå, kognitiv svikt og behov for bistand. Dokumentering og lagring i journal er i tråd med krav i helsepersonelloven og pasientjournalforskriften. Det blir i stor grad gjort individuelle vurderinger av samtykkekompetanse og pårørende blir, i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven, involvert ved manglende samtykkekompetanse. Revisor konkluderer med at kriterier er oppfylt.

3.4 Brukermedvirkning

3.4.1 Data

Kommunen har et råd for eldre og funksjonshemmede, men ingen aktiv pårørendeforening eller brukerutvalg. Revisor får opplyst at kommunen ikke har gjennomført brukerundersøkelser, og at de dermed ikke kan fange opp opplevelser eller synspunkt på denne måten.

Brukere skal ifølge lovverket bli hørt under kartlegginga, det samme skal pårørende om bruker gir samtykke til det. Bruker og eventuelt pårørende blir også invitert til å dele tanker og opplevelser etter at et eventuelt tilbud er satt i gang.

Journalgjennomgangen viser at det blir gjort notat fra kartleggingsamtalene. Disse er i en del tilfeller stikkordsmessig og korte. Om bruker har kommet så langt i forløpet at hen har vanskelig for å formidle tankene sine, er det ekstra viktig å ha kontakt med pårørende eller andre som kjenner vedkommende godt. Kommunen oppfordrer derfor aktivt personer fra nettverket til å delta i kartlegginga. Det blir gjennomført regelmessige samtaler med pårørende. Samtalene er dokumentert i journal, notatene er ofte stikkordsprega.

Journalgjennomgangen viser at alle som har langtidsplass på omsorgstunet har fått oppnevnt en primærkontakt. Primærkontakten har et særskilt ansvar for å følge opp og legge til rette for at tjenestene blir gitt på en måte som i størst mulig grad skal ta vare på den enkelte person sine individuelle ønsker og behov. Revisor observerte ved besøk på omsorgstunet at navnet på primærkontakten er klistret opp på døra til rommet til bruker. På denne måten vet både beboer og besøkende hvem de kan kontakte ved behov.

3.4.2 Revisors vurdering

Kommunen skal sikre bruker- og pårørendemedvirkning

Revisor vurderer at Flatanger kommune i hovedsak legger til rette for brukermdevirkning i tråd med helse- og omsorgstjenester og forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven. Revisor konkluderer med at kriteriet er oppfylt.

3.5 Skriftlige vedtak om tjenester

3.5.1 Data

Alle søknader om tjenester innenfor helse og omsorg blir behandlet på forvaltningskontoret. Saksbehandler har utdanning som er spissa mot forvaltning, og har også erfaring fra forvaltningsområdet fra tidligere.

Revisor har fått tilsendt forskrift om tildeling av tjenester på området. Denne ble politisk vedtatt i 2017. Vi har også fått tilsendt rutinebeskrivelse for søknadsbehandling på tjenesteområdet. Denne er revidert og godkjent av kommunalsjefen i 2025. Rutinebeskrivelsen gir en oversikt over de ulike trinnene i søknadsbehandlinga og en oversikt over hvilket lovverk som gjelder.

Søknaden blir lagt inn i saksbehandlingsprogrammet Profil. Revisor fikk i gjennomgangen av vedtak se den malen som blir brukt for å formulere vedtaksbrev. Brevmalen kommer opp når saken blir opprettet i saksbehandlingssystemet. Denne inneholder en bolk for historikk til vedkommende søker, oppsummering av kartlegging og dokumentasjon som er tatt inn i vurdering av søknaden. Den inneholder også ei overskrift for grunnlagt vedtak og informasjon om klagerett. I tillegg ligger det automatisk inne under hver bolk henvisning til korrekt lovverk. Alle de vedtaksbrevene revisor så, fylte formelle krav for innhold.

3.5.2 Revisors vurdering

Kommunen skal fatte enkeltvedtak som er skriftlige, begrunnet og som viser til relevant hjemmel for vedtak.

Revisor vurderer at Flatanger fyller krav i forvaltningsloven ved at det fattes skriftlige og begrunnede enkeltvedtak som viser til relevant lov- og regelverk. Revisor konkluderer med at kriteriet er oppfylt.

3.6 Behovstilpassa aktivitetstilbud

3.6.1 Data

Flatanger kommune har dagaktivitetstilbud med egen aktivitør. Målgruppen er beboere ved Flatanger pleie- og omsorgstun og beboere i omsorgsleilighetene. Aktivitetstilbudet ligger organisatorisk under avdelingsleder ved pleie- og omsorgstunet.

Det kreves ikke vedtak for å kunne delta på aktivitetene. Det blir i intervju sagt at tilbudet som blir gitt skal favne vidt og være interessant og inkluderende for mange brukere. Vi får i intervju opplyst at brukere og pårørende blir informert om muligheten for å delta på fellesaktiviteter, men at de hjemmeboende da må møte opp på omsorgstunet. Det blir i intervju sagt at det per i dag ikke finnes organiserte aktiviteter i hjemmet til pasientene, men at dette har eksistert tidligere.

Det blir også sagt at det aktivitetstilbudet kommunen har, ikke nødvendigvis treffer behovene verken til de hjemmeboende eller til pasientene på skjerma enhet. De har i større behov for en-til-en-kontakt og aktivitet som er tilpassa den enkelte sitt behov og funksjonsnivå.

Revisors vurdering

Kommunen skal tilby dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens

Revisor vurderer at Flatanger kommune ikke fullt ut fyller kravet i helse- og omsorgstjenesteloven om å tilby dagaktivitetstilbud for hjemmeboende med demens. Tilbud om aktivitet i hjemmet har eksistert tidligere, men fantes ikke på det tidspunktet datainnsamlinga blir gjort. Under forutsetning at pasienten er frisk nok og rent praktisk er i stand til å gjennomføre en reise til omsorgstunet, kan de delta i dagaktivitetene der. For de sykeste og mindre mobile pasientene vil det være vanskelig å gjøre denne reisen. De får per i dag ikke få det tjenestetilbudet som faller inn under de nasjonale faglige retningslinjene om å gi tjenester som skal sikre pasientens rett til en meningsfull tilværelse. Revisor vurderer kriteriet som delvis oppfylt.

3.7 Kompetansekartlegging og kompetanseheving

3.7.1 Data

Overordna kompetanseplan

I planstrategien står at kommunen skal ha en overordna kompetanseplan og at denne skal bli revidert i 2025. Personalsjef har fått delegert ansvaret for dette arbeidet. Revisor har etterspurt kompetanseplan, men har fra kommuneledelsen fått opplyst at dette ikke finnes. Det blir sagt i intervju at det er planlagt å utarbeide en plan, men det er ikke satt noen tidsramme for dette.

Opplæringsplan

Det ble i intervju fortalt at kommunalsjef og avdelingslederne har oversikt over hvilken kompetanse som fins per i dag og hva som mangler, men at disse oversiktene ikke er samla i noe felles dokument som er tilgjengelig for alle. Kommunen har per i dag ikke demenskoordinator eller spesialkompetanse i forhold til demente. Ledelsen sier de har vært offensiv og målretta i rekrutteringsarbeidet, og at det vinteren 2026 ble leid inn ekstern hjelp i rekrutteringsarbeid.

Det ble i intervju fortalt at det satses på å øke kompetansen på demensområdet i personalgruppa. Statsforvalteren lyser ut midler for skoling av de ansatte. Kommunen har nå en helsefagarbeider som tar desentralisert sykepleierutdanning, og tilskudd fra statsforvalteren blir brukt til dette formålet. Det er også fokusert på å gi ansatte opplæring i mindre skala, for eksempel gjennom opplegget Demensomsorgens ABC. Her ligger informasjonen tilgjengelig i ulike permer på personal- eller vaktrom. Også dette er finansiert av statsforvalteren.

3.7.2 Revisors vurdering

Kommunen skal ha oversikt over medarbeideres kompetanse og legge til rette for systematisk opplæring, etterutdanning og generell kompetanseheving.

Revisor vurderer at Flatanger kommune ikke fyller krav i helse- og omsorgstjenesteloven og forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten om å sikre nødvendig kompetanse i tjenestene. Heller ikke anbefalingen i nasjonale retningslinjer for demens om å ha særskilt demensfaglig kompetanse og systematisk etter- og videreutdanning er fulgt. Revisor konkluderer med at kriteriet delvis er oppfylt.

4 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

4.1 Konklusjoner

Den første problemstillinga i denne forvaltningsrevisjonen ser på om Flatanger kommune har planverk og styringssystem som i tilstrekkelig grad legger til rette for forsvarlig demensomsorg i tråd med lov- og forskriftskrav.

Det er ikke etablert internkontroll som tilfredsstillende krav om å planlegge, gjennomføre, evaluere eller korrigere tjenesteproduksjonen. Dette strider bl.a. mot krav i helse- og omsorgstjenesteloven, helsepersonelloven og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Demensomsorg er ikke særskilt tematisert verken i styringsdokument generelt eller i planstrategien. Det er ingen krav til at dette tjeneste området skal bli omhandla spesielt, men det ligger i demensplan 2025 ei anbefaling om at dette blir gjort. Revisor finner ingen konkret fastsettelse av mål for kvalitet i tjenestene eller oppfølging av måloppnåelse gjennom rapportering og evaluering. Dette er i strid med bl.a. Helse- og omsorgstjenesteloven og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring om at kommunens tilbud.

Revisor vil imidlertid påpeke at kommuneledelsen har ambisjoner om å tydeliggjøre demensomsorgen i framtidige dokument og at det skal bli laget en demensplan. Det er imidlertid ikke satt noen tidsplan for arbeidet. Revisor konkluderer med at det er store mangler både i eksisterende styringsdokument og planverk og at kommunen ikke fyller gjeldende lovkrav på området.

Den andre problemstillinga i denne forvaltningsrevisjonen ser på om Flatanger kommune sikrer tjenester til innbyggere med demensdiagnose som er i tråd med gjeldende lov- og regelverk.

Kommunen fyller krav om kartlegging, vurdering av samtykke og brukermedvirkning i søknadsbehandlninga for tildeling av tjenester til demente. Dette er i tråd med både helse- og omsorgstjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven og nasjonale retningslinjer om demensomsorg. Gjennomgang av vedtak viser at disse er fatta på tilstrekkelig grunnlag og at svarbrev er i tråd med krav i forvaltningsloven. Kommunen har, i tråd med helse- og omsorgstjenesteloven, aktivitetstilbud som kan bidra til å gi en meningsfylt hverdag også for demente hjemmeboende, dette er. Revisor understreker imidlertid at disse ikke er tilgjengelig med mindre bruker selv kan reise til omsorgstunet for å delta. Aktivitetstilbudet er utformet for å skulle være aktuelt for så vil heller ikke være optimalt for alle fordi det ikke er individuelt

tilpasset brukers behov. Revisor konkluderer likevel med at kommunen i stor grad fyller krav på disse områdene.

Flatanger kommune har ikke noen skriftlig overordna kompetanseoversikt eller opplæringsplan. Denne mangelen bryter med helse- og omsorgstjenesteloven, helsepersonelloven og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Kommunen har likevel god oversikt på området, fordi den enkelte avdelingsleder har kunnskap om kompetansen i ansattgruppa. Denne kunnskap er imidlertid ikke allment tilgjengelig og revisor konkluderer derfor med at kommunen ikke fyller lovkrav.

4.2 Anbefalinger

Revisor anbefaler Flatanger kommune å:

- Innlemme demensomsorgen i kommunens plan- og styringsdokumenter
- Tilpasse aktivitetstilbudene etter brukernes behov
- Systematisere arbeidet med å få oversikt over kompetanse og å sikre framtidig kompetansebehov

5 KILDER

Helse- og omsorgsdepartementet (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Norge: lovdata.no. Available at: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2003) *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*. Norge: lovdata.no. Available at: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

Helse- og omsorgsdepartementet (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Norge: lovdata.no. Available at: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Justis- og beredskapsdepartementet (1967) *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)*. Norge. Available at: [Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker \(forvaltningsloven\) - Lovdata](#)

Helse- og omsorgsdepartementet (2017) *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Available at: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=forskrift> om ledelse og kvalitetsforbedring.

Helse og omsorgsdepartementet: Forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal (journalforskriften). [Forskrift om pasientjournal - Lovdata](#)

Helse og omsorgsdepartementet: Forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal (journalforskriften). <https://lovdata.no/forskrift/2000-12-21-1385>

Helsedirektoratet (2017) *Veileder for saksbehandling Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8*. Available at: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/saksbehandling-av-tjenester-etter-helse-og-omsorgstjenesteloven>.

Helsedirektoratet (2018) *Veileder til forskrift om Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Available at: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>.

Helsedirektoratets veileder (2017): *Brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenesten.*

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/gjennomfore/7e-medvirkning-fra-pasienter-brukere-og-parorende>

Helsedirektoratets veileder Helsedirektoratet (2015): *Saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester i kommunen* om saksbehandling.

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-for-saksbehandling-av-tjenester-etter-helse-og-omsorgstjenesteloven>

Helsedirektoratet: Nasjonal faglig retningslinje om demens (2024)

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>

Interne dokument fra Flatanger kommune:

- Kommuneplanens samfunndel 2024-2034

- Planstrategi 2024-2028

- Fireårig økonomiplan med årsbudsjett

- Årsrapporter

- Innsatstrappa

- Delegeringsreglement

- Tilfeldig utvalgte vedtak og journaler

VEDLEGG 1 – UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER

Ifølge forskrift om kontrollutvalg og revisjon (§15) skal det etableres revisjonskriterier for gjennomføring av forvaltningsrevisjon. Revisjonskriterier er de krav og forventninger som forvaltningsrevisjonsobjektet skal revideres/vurderes i forhold til. Disse kriteriene skal være begrunnet i, eller utledet av, autoritative kilder innenfor det reviderte området. Slike autoritative kilder kan være lov, forskrift, forarbeider, rettspraksis, politiske vedtak (mål og føringer), administrative retningslinjer, samt statlige føringer og praksis. I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet oss av følgende kilder til revisjonskriterier:

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) (1999)

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. (2003)

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) (2011)

Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) (1967)

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) (2020)

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2017)

Helse og omsorgsdepartementet: Forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal (journalforskriften)

Helsedirektoratet Veileder for saksbehandling Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8 (2017)

Veileder til forskrift om Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2018)

Helsedirektoratets veileder: Brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenesten (2017)

Helsedirektoratets veileder: Saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester i kommunen om saksbehandling (2015)

Helsedirektoratet: Nasjonal faglig retningslinje om demens (2024)

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>

Følgende revisjonskriterier er utledet basert på gjeldende lov, regelverk og veiledere for problemstilling 1: Har Flatanger kommune planverk og styringssystem som i tilstrekkelig grad legger til rette for forsvarlig demensomsorg i tråd med lov- og forskriftskrav?

Kommunen skal ha overordna plan- og strategidokument der nasjonale faglige anbefalinger og føringer er integrert og arbeidet med demens er tydelig omtalt .

Kommunen har etter helse- og omsorgstjenesteloven ansvar for å sørge for nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til befolkningen, jf. § 3-1 første ledd. For å kunne oppfylle dette ansvaret skal kommunen planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, jf. § 3-1 tredje ledd. Kravet om forsvarlighet i tjenestene følger også av § 4-1, som innebærer at kommunen må arbeide systematisk og kunnskapsbasert.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten presiserer dette ytterligere. Etter § 6 og § 7 skal ledelsen planlegge hvordan oppgavene skal løses i tråd med krav i lov og forskrift, og sørge for at det finnes nødvendige styringsdokumenter. Dette innebærer at nasjonale faglige retningslinjer må legges til grunn i planverket.

Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje for demens og statlige planer på området konkretiserer hva som anses som faglig forsvarlig praksis. Når kommunen integrerer disse føringene i overordnet planverk, bidrar det til å oppfylle forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

Kommunen skal i sine interne rutiner beskrive ansvar, organisering av og innhold i tjenestetilbudet knyttet til demens.

Kommunen skal ha et styringssystem som tydelig viser hvem som har ansvar for hvilke oppgaver. Dette følger av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 bokstav c og d, hvor det fremgår at ansvar, oppgaver og myndighet skal være avklart. Videre skal ledelsen sørge for at ansatte kjenner sine oppgaver og samarbeider, jf. § 7 bokstav c og § 8 bokstav a–c.

I tillegg følger det av helsepersonelloven § 16 at kommunen skal organisere tjenestene slik at helsepersonell kan utføre arbeidet faglig forsvarlig etter § 4. I demensomsorgen innebærer dette blant annet tydelig ansvars plassering mellom hjemmetjeneste, institusjon, fastlege og spesialisthelsetjeneste.

Kommunen skal tydeliggjøre krav til samhandling internt i organisasjonen og med eksterne samarbeidspartnere for å gi et best mulig tjenestetilbud for pasienter med demensdiagnose.

Helse- og omsorgstjenesteloven stiller også krav til samarbeid og koordinering. Etter § 3-4 skal kommunen legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester og med andre tjenesteytere. Personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal tilbys koordinator og eventuell individuell plan, jf. § 7-1 og § 7-2.

Nasjonale faglige retningslinjer for demens legger også vekt på tverrfaglig samarbeid og klare ansvarsforhold. Skriftlige rutiner for roller og samhandling er derfor nødvendig for å oppfylle lovkravene.

Kommunen skal ha formulerte konkrete og målbare mål for kvalitet på demensomsorgen og regelmessig rapportere for å forankre mål og prioriteringer i organisasjonen

Kommunen skal arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2. For å gjøre dette må kommunen ha mål for kvaliteten i tjenestene og følge med på om målene nås.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring utdyper dette. Etter § 6 bokstav e skal virksomheten fastsette mål, etter § 7 bokstav d skal det planlegges hvordan målene nås, og etter § 9 skal kommunen evaluere praksis, avdekke avvik og iverksette forbedringstiltak. Dette forutsetter måling, rapportering og ledelsesoppfølging.

Nasjonale faglige retningslinjer for demens anbefaler bruk av kvalitetsindikatorer, systematisk oppfølging og ledelsesforankring. For å oppfylle forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 må kommunen derfor fastsette tydelige og målbare mål for demensomsorgen og jevnlig følge opp resultatene gjennom rapportering og ledelsesgjennomgang.

Følgende revisjonskriterier er utledet basert på gjeldende lov, regelverk og veiledere for problemstilling 2:

Sikrer Flatanger kommune tjenester til innbyggere med demensdiagnose som er i tråd med gjeldende lov- og regelverk?

Kommunen skal kartlegge og dokumentere hjelpebehovet til den enkelte søker

Før kommunen tildeler helse- og omsorgstjenester, må den utrede hva den enkelte bruker faktisk trenger hjelp til. Dette følger av kommunens sørge-for-ansvar i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, og kravet om forsvarlige tjenester i § 4-1. For å kunne gi riktige og tilpassede tjenester, må kommunen derfor innhente nødvendige opplysninger om funksjonsnivå, kognitiv svikt og behov for bistand.

Helsepersonelloven § 39 og pasientjournalforskriften krever at relevante opplysninger dokumenteres i journal. Nasjonale faglige retningslinjer for demens anbefaler systematisk utredning og kartlegging som grunnlag for vedtak og oppfølging.

Kommunen skal involvere pårørende når bruker samtykker, eller når samtykkekompetanse mangler

Samtykkekompetanse skal vurderes konkret opp mot behov for helsehjelp eller beslutning, j.fr. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd. Pårørende skal involveres når brukeren samtykker til det, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 første ledd. Dersom brukeren mangler samtykkekompetanse, skal nærmeste pårørende få nødvendig informasjon og mulighet til å medvirke, jf. § 3-3 andre ledd og reglene om samtykkekompetanse i § 4-3.

Det er særlig viktig ved demens, hvor evnen til å ivareta egne interesser kan være redusert. Nasjonale faglige retningslinjer anbefaler derfor systematisk samarbeid med pårørende i oppfølgingen.

Kommunen skal sikre brukermedvirkning

Pasient- og brukerrettighetsloven gir den enkelte rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, jf. § 3-1. Kommunen skal legge til rette for at personen med demens får uttrykke ønsker og behov så langt det er mulig.

Forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 innebærer at tjenestene skal tilpasses den enkelte. Nasjonale faglige retningslinjer for demens legger også vekt på personsentrert omsorg, hvor brukerens livshistorie, vaner og preferanser skal inngå i vurderingene.

Kommunen skal fatte skriftlige og begrunnede enkeltvedtak med hjemmel

Kommunen skal fatte enkeltvedtak som oppfyller kravene til forsvarlig saksbehandling etter forvaltningsretten. Etter § 23 i Forvaltningsloven skal enkeltvedtak som hovedregel være skriftlige. Videre følger det av § 24 og § 25 i Forvaltningsloven at vedtaket skal begrunnes, og begrunnelsen skal blant annet vise til de regler vedtaket bygger på (hjemmel), de faktiske forhold som er lagt til grunn og de hovedhensyn som har vært avgjørende for skjønnsutøvelsen.

Etter § 23 skal enkeltvedtak som hovedregel være skriftlige. Videre følger det av § 24 og § 25 at vedtaket skal begrunnes, og begrunnelsen skal vise til relevant lovhjemmel, de faktiske forhold som er lagt til grunn og de viktigste hensynene i vurderingen. Vedtaket skal også etter Forvaltningsloven § 27 opplyse om klageadgang, klagefrist, klageinstans og fremgangsmåte ved klage.

Kommunen skal ha aktivitetstilbud tilpasset den enkelte brukers funksjonsnivå

Kommunen skal etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr 7 tilby dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens. For personer med demens vil dagaktivitetstilbud ofte være et sentralt tiltak for struktur, mestring og sosial deltakelse.

Nasjonale faglige retningslinjer for demens understreker at tjenester til denne pasientgruppa skal sikre pasientens rett til en meningsfull tilværelse. Ulike aktivitetstilbud er et viktig tiltak både for bruker og pårørende. Tilbudet skal tilpasses funksjonsnivå og behov for å oppfylle forsvarlighetskravet i § 4-1.

Kommunen skal ha oversikt over medarbeideres kompetanse og legge til rette for systematisk opplæring, etterutdanning og generell kompetanseheving.

Kommunen skal sikre at ansatte har nødvendig kompetanse, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §6 bokstav d og §7 bokstav b og c. Dette innebærer at kommunen må ha oversikt over kompetanse i tjenesten og behov for opplæring.

Nasjonale retningslinjer for demens anbefaler særskilt demensfaglig kompetanse og systematisk etter- og videreutdanning. En oppdatert kompetanse og plan for opplæring er derfor nødvendig for å sikre faglig forsvarlige tjenester.

VEDLEGG 2 - UTTALELSE

Høringssvar forvaltningsrevisjon demensomsorg Flatanger kommune

Høringsrapport vedr forvaltningsrevisjon demens ble oversendt kommunen for høring, kommunen fikk utsatt frist til fredag 17.04.2026 kl. 12 00 med å oversende høring.

Undertegnede har gjennomgått rapporten i sin helhet, og velger å kort kommentere anbefalingene som er gitt, da undertegnede ikke helt kjenner seg igjen i noe av det bildet som rapporten beskriver, og har behov for å nyansere dette.

- Innlemming av demensomsorgen i kommunens plan – og styringsdokumenter.
Det ble gjennom intervju presisert flere ganger at tjenesten ikke hadde etablert egne planer for demensomsorgen. Kommunen har mange diagnosegrupper som også kan ha behov for planer. Slikt sett blir plandokumentene våre veldig generalisert da vi ikke har kapasitet til å utarbeide egne fagplaner for ulike diagnosegrupper. Dette dilemmaet ble gjentatte ganger sagt i intervju med revisjon. Tjenesten er fullt klar over styringskravene. Uavhengig av diagnose så blir tjenesten planlagt, gjennomført, evaluert og korrigert. At ikke noe skal være oppfylt oppfattes ikke som reelt for tjenesten. I forbindelse med at det kommer en ny demensplan i løpet av 2026 vil tjenesten ta utgangspunkt i denne å vurdere og tilpasse nødvendige lokale planer og tiltak.
 - Tilpassing av aktivitetene etter brukernes behov.
Som det også ble sagt under intervju tilpasses aktivitetstilbudet til hjemmeboende demente i det enkelte tilfelle. Dagtilbudet til hjemmeboende demente etableres når behovet er der, og det kan være ulike tiltak som iverksettes. Tilbud kan gis individuelt og i grupper. Tiltak blir gitt på ulike arenaer (f.eks. hjemme i egen bolig eller på pleie og omsorgstunet)
 - Systematiserer arbeidet med å få oversikt over kompetanse og sikrer fremtidig kompetansebehov.
I forbindelse med årsplan og budsjett legges en oversikt over alle ansatte og hvilken kompetanse disse innehar. I oversikten fremgår også oversikt over vakanser som inngår i tjenesten som det pågår rekruttering til. Dette danner grunnlaget for kompetansesammensetning og planlegging av drift (turnus).
Det er over flere år lagt til rette for at alle ansatte har fått systematisk opplæring i Demensomsorgens ABC (Dette utgjør 3 permer). Flatanger kommune har også fått kompetansemidler fra Statsforvalteren for å gjennomføre denne kompetansehevingen. Så mange har gjennomført av det for 2025 ikke ble iverksatt noen nye grupper. Behovet for gjennomføring vurderes løpende også opp mot andre områder som ansatte trenger kompetansepåfyll. Tjenesten har oppnevnt en egen ABC kontakt.
Det ble også informert om at alle ansatte har tilgang på Visma Veilederen/Glup for intern kompetanseheving.
Spesialkompetanse innenfor geriatri er ikke tilgjengelig lokalt på grunn av avgang knyttet til pensjon. En har ikke lyktes med å få erstattet denne kompetansen på dette tidspunktet. Det er heller ingen av våre faste ansatte som har meldt interesse for å ta videreutdanning innenfor dette feltet.
Det ble i budsjett for 2026 avsatt midler for å sikre kjøp av nødvendig kompetanse innenfor fagfeltet demens da vi ikke har kompetanse lokalt. Tjenesten er fullt klar over situasjonen og jobber kontinuerlig med dette, men har ikke en egen plan.
- At kriteriene ikke skal være noe oppfylt er vanskelig å skjønne da tjenesten opplever at den har jobbet systematisk med dette.

Liv Brønstad
Kommunalsjef helse og omsorg



Hovedkontor: Brugata 2, Steinkjer

Tlf. 907 30 300 - www.revisjonmidt norge.no