Vestfold og Telemark revisjon

Helse og omsorg

Forvaltningsrevisjon | Kragerø kommune

23: 3814 404

Innhold

Sammendrag 4

1. Innledning 7

1.1. Kontrollutvalgets bestilling 7
1.2. Problemstilling og revisjonskriterier 7
1.3. Avgrensning 8
1.4. Metode og kvalitetssikring 8
1.5. Kommunedirektørens uttalelse 8

2. Generell informasjon om Helse og omsorg i Kragerø kommune 9

2.1. Organisering 9
2.2. Nøkkeltall 11
2.3. Sykefravær 11

3. Problemstilling 1 – Ressursbruk 12

3.1. Prosjekt Fremtidens omsorg – Kragerø kommune 2022 12
3.2. Økonomi- og handlingsplan 2023- 2026 13
3.3. 43,5 mill. kronerÅrsberetning 2022 15
3.4. Ressursanalyse av helse og omsorg (2023) 16
3.5. KOSTRA-analysen 2023 17
3.6. Perspektivanalyse 22
3.7. Økonomirapport 1. tertial 2023 23
3.8. Økonomirapport 2. tertial 2023 25
3.9. Tilbakemeldinger fra ansatte 25
3.10. Revisors oppsummering problemstilling 1 26

4. Problemstilling 2 – Internkontroll 27

4.1. Revisjonskriterier internkontroll 27
4.2. Retningslinjer for internkontroll i Kragerø kommune 28
4.3. Kragerø kommunes kvalitetssystem 29
4.4. Organisering/ ansvar, oppgaver og mål – data 29
4.5. Revisors vurdering av organisering/ ansvar, oppgaver og mål 33
4.6. Rutiner / prosedyrer / forskrift – data 33
4.7. Revisors vurdering – rutiner / prosedyrer/ forskrift 36
4.8. Kompetanse - data 37
4.9. Revisors vurdering – kompetanse 40
4.10. Risikobasert internkontroll - data 41

4.11. Revisors vurdering – risikobasert internkontroll 45
4.12. Kontrollaktiviteter - avvikssystem - data 46
4.13. Revisors vurdering – kontrollaktiviteter – avvikssystemet og oppfølging av meldte avvik.. 56
4.14. Konklusjon problemstilling 2 56
5. Problemstilling 3 – Brukerinvolvering 58
5.1. Brukermedvirkning på systemnivå 58
5.2. Brukermedvirkning på individnivå 59
5.3. Revisors vurdering - brukermedvirkning 62
5.4. Konklusjon problemstilling 3 63
6. Anbefalinger 64
6.1. Anbefalinger 64
Litteratur og kildereferanser 65
Vedlegg 66
Vedlegg 1: Kommunedirektørens uttalelse 66
Vedlegg 2: Revisjonskriterier 68
Vedlegg 3: Metode og kvalitetssikring 78

Sammendrag

I denne forvaltningsrevisjonen har vi undersøkt følgende tre problemstillinger:

1. **Hvordan er Kragerø kommunes ressursbruk innenfor helse- og omsorg?**

Kragerø kommune har per i dag en svak økonomi, og ifølge kommunedirektøren er den ikke bærekraftig. Gjeldsnivået er høyt, og kommunen har og vil få betydelig økonomiske utfordringer knyttet til den demografiske utviklingen fremover. I Kragerø kommune øker andelen personer over 67 år, mens andelen under 15 år reduseres.

KOSTRA-analyser tyder på at kommunalområdet Helse og omsorg i Kragerø kommune er underbudsjettert. Vi har registrert at belastningen på de ansatte i helse og omsorg er høy, turnover og sykefraværet er høyt, og behovet for vikarer er stort. Det er også vanskelig å rekruttere kompetent personell, både faste ansatte og vikarer.

Vår gjennomgang av dokumentasjon, som beskriver situasjonen nærmere, viser at kommunen jobber med tiltak for å bedre denne utfordrende situasjonen. Kommunestyret, som har det øverste ansvaret for kommunens økonomi, er involvert i dette arbeidet, gjennom ulike saker som er lagt fram for politisk behandling.

2. **I hvilken grad har virksomhet omsorgsboliger med heldøgns bemanning et tilfredsstillende internkontrollsystem?**

Vi konkluderer med at virksomhet omsorgsboliger med heldøgns bemanning i Kragerø kommune, i stor grad har et tilfredsstillende internkontrollsystem, men at det er rom for forbedringer på noen områder.

Det ligger ingen prosedyrer/ rutiner i QM+ på avdelingsnivå. Tilbakemeldinger fra avdelingsledere og øvrige ansatte i HDO, tilsier at det er behov for å oppdatere avdelingenes rutiner, samle dem og sørge for at de gjøres kjent for de ansatte.

Våre undersøkelser viser at ingen avdelinger i HDO har noen dokumenterte kompetanse-kartlegginger eller utarbeidet kompetanseplaner. Virksomhet HDO har heller ikke en oversikt over medarbeidernes kompetanse eller behov for opplæring. Den enkeltes ønsker om kompetanseheving blir imidlertid tatt opp på medarbeidersamtaler. I vår spørreundersøkelse har en del ansatte gitt uttrykk for at de har behov for mer opplæring. Tilbakemeldinger gitt i intervju, viser også at noen avdelinger til tider ikke har nok faglærte på jobb.

Vi vurderer at HDO i mindre grad kartlegger og vurderer risiko systematisk innenfor tjenestekvalitet, for å få oversikt over områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten. Kommunens nærmere forventninger til dette arbeidet, kan gjerne tas inn i retningslinjen om internkontroll.

Svarene på vår spørreundersøkelse tyder på at det er behov for mer opplæring innenfor avvik. Det er uheldig at 63% av de ansatte, som har svar på spørreundersøkelsen, har observert avvik/ uønsket hendelse på arbeidsplassen, men latt være å registrere det som avvik.

Vi mener at HDO til en viss grad jobber systematisk med å følge opp avvik for å forebygge gjentagende avvik, og for å sikre læring og forbedring, men at denne siden av avvikshåndteringen kan bli enda bedre.

I hvilken grad har Kragerø kommune systemer for å sikre brukerinvolvering innen helse og omsorg?

Vi mener Kragerø kommune, innenfor de områdene vi har sett på, til en viss grad bruker brukererfaringer systematisk til å utvikle tjenestene sine.

Det finnes ingen skriftliggjorte rutiner eller planer, som sier noe om hvordan virksomhetene skal forholde seg til brukermedvirkning på systemnivå. Det har i liten grad vært gjennomført brukerundersøkelser innenfor helse og omsorg de siste årene.

Kommunalsjefen deltar i ulike råd, som ivaretar eldre og personer med funksjonsnedsettelser. Det er også etablert et samarbeid mellom demensforeningen og de som jobber med kommunens tilbud til personer med demens i kommunen.

Innenfor tjenesteområde HDO, opplyser virksomhetsleder at de har et nært samarbeid med bruker og pårørende. Vi vurderer likevel at det kan være behov for å gjennomføre bruker-/ pårørendeundersøkelser i HDO, for å sikre systematiske tilbakemeldinger på kvaliteten av tjenestene, som leveres på dette området.

Når det gjelder brukermedvirkning på individnivå, så mener vi at kommunen har rutiner og tiltak, som skal sikre at den enkelte bruker får medvirke i eget tjenestetilbud. Virksomhet Tjenestetildeling og koordinerende har prosedyrer, skjemaer mm. som er relevante i denne forbindelse. Innenfor Omsorgsboliger med heldøgns bemanning (HDO), tilsier informasjon gitt i intervjuer og vår spørreundersøkelse, at det varierer mellom avdelingene hvorvidt beboerne får være med å påvirke tjenestetilbudet/ egen hverdag. Dette synes å ha tett sammenheng med ressurssituasjonen.

Anbefalinger

Vi anbefaler Kragerø kommune å:

- sørge for at tjenestespesifikke prosedyrer/ rutiner for avdelingene i HDO samles i QM+ og gjøres kjent for de ansatte
- sørge for at HDO kartlegger medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring
- sørge for at ledere på lavere nivå i HDO kartlegger risiko innenfor tjenestekvalitet systematisk. Det bør vurderes om dette skal konkretiseres i rutinen for internkontroll.
- vurdere funnene i revisors spørreundersøkelse, spesielt innenfor kompetanse/ opplæring og avvik/ uønsket hendelse (opplæring og oppfølging av gjentagende avvik)
- sikre at brukermedvirkning ivaretas på systemnivå i HDO, ved for eksempel å gjennomføre bruker/ pårørendeundersøkelser
- sikre at alle brukere i HDO får være med å påvirke eget tjenestetilbud

Horten, 30. oktober 2023

1. Innledning

1.1. Kontrollutvalgets bestilling

Forvaltningsrevisjonen er bestilt av kontrollutvalget i Kragerø kommune i sak 36/22. Bakgrunnen for bestillingen er kommunens plan for forvaltningsrevisjon 2020 – 2023.

Kontrollutvalget spilte inn at de ønsket at kompetanse skulle undersøkes. Kommunedirektøren foreslo at prosjektet burde avgrenses til døgnbemannede omsorgsboliger, hvor flest brukere får sitt omsorgstilbud. Utvalget var enig i dette, og revisor tar med innspillet.

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

1.2. Problemstilling og revisjonskriterier

Rapporten handler om følgende problemstillinger:

1. Hvordan er Kragerø kommunes ressursbruk innenfor helse- og omsorg?
2. I hvilken grad har virksomhet omsorgsboliger med heldøgns bemanning et tilfredsstillende internkontrollsystem?
3. I hvilken grad har Kragerø kommune systemer for å sikre brukerinvolvering innen helse og omsorg?

Problemstilling 1 er beskrivende, det vil si at den presenteres uten revisjonskriterier.

Revisjonskriteriene[1] til problemstilling 2 og 3 er hentet fra kommuneloven, helse- og omsorgstjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, KS' veileder «orden i eget hus – kommunedirektørens internkontroll» og Helsedirektoratets veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven.

Kriteriene til problemstilling 2 og 3 framgår under problemstillingene nedenfor, og kildene til revisjonskriteriene er nærmere omtalt i vedlegg 3 til rapporten.

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

1.3. Avgrensning

Problemstilling 2 er i hovedsak avgrenset til å gjelde tjenesteområdet omsorgsboliger med heldøgns bemanning (HDO).

Problemstilling 3 er i hovedsak avgrenset til å gjelde virksomhet Tjenestetildeling koordinerende enhet og tjenesteområdet omsorgsboliger med heldøgns bemanning (HDO).

Forvaltningsrevisjonen omfatter i hovedsak årene 2022 og 2023.

1.4. Metode og kvalitetssikring

Denne forvaltningsrevisjonen er gjennomført av forvaltningsrevisor Hanne Britt Nordby Sveberg, med Bente Hegg Ljøsterød som oppdragsansvarlig.

Vi har intervjuet ansatte i kommunen, både ledere og tillitsvalgte/ verneombud, og gjennomført en spørreundersøkelse rettet mot ansatte i omsorgsboliger med heldøgns bemanning (HDO). Videre har vi gjennomgått sentral dokumentasjon.

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

1.5. Kommunedirektørens uttalelse

Rapporten er presentert i et møte med administrasjonen i kommunen og sendt til uttalelse 30.10.23, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 14. Kommunedirektørens uttalelse ligger i vedlegg 1.

2. Generell informasjon om Helse og omsorg i Kragerø kommune

2.1. Organisering

Kommunalområdet Helse og omsorg gir helse- og omsorgstjenester i form av blant annet hjemmesykepleie, opphold på sykehjem eller i heldøgns bemannede omsorgsboliger. Videre gis ulike former for dagtilbud; som hverdagsrehabilitering og forebyggende tjenester og dagtilbud til demente. Tjenester til innbyggere med rus/psykisk sykdom, samt legevakt og legetjenester er også en viktig del av kommunalområdet. Det er økt bruk av velferdsteknologi innenfor området.

Tabellen nedenfor viser antall årsverk og antall ansatte i kommunalområde Helse og omsorg i 2021 og 2022[2]:

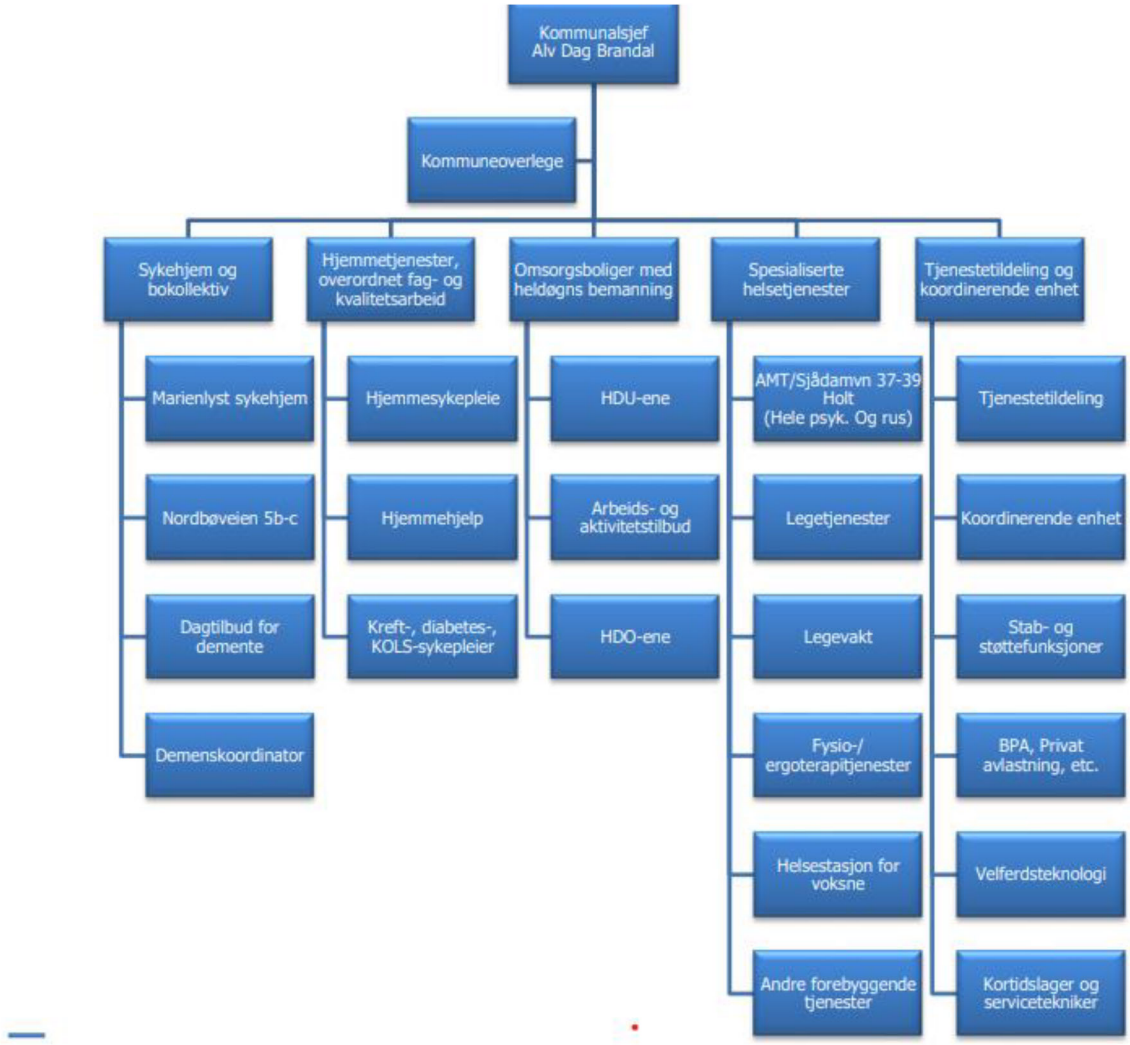
Helse og omsorg	2021	2022
Antall årsverk	306,5	334
Antall ansatte	468	504
Antall ansatte under 50 % stilling/ andel av alle ansatte	69 / 15 %	64 / 13 %

Tabell 1 - Antall årsverk og antall ansatte Helse og omsorg

Tabellen viser en økning, både i årsverk og ansatte, fra 2021 til 2022. Antall ansatte under 50 % stilling er 69 (15 %) i 2021, og 64 (13 %) i 2022.

Helse og omsorg består av fem virksomheter; Sykehjem og bokollektiv, Hjemmetjenester, Omsorgsboliger med heldøgns bemanning, Spesialiserte helsetjenester og Tjenestetildeling og koordinering. Figuren nedenfor viser hvordan kommunalområdet er nærmere organisert:

[2] Kilde: Kragerø kommunes årsberetning 2022



Figur 1 - Organisasjonskart - Kommunalområde Helse og omsorg - Kragerø kommune

Virksomhet Omsorgsboliger med heldøgns bemanning består av tre tjenesteområder; HDU-ene (heldøgns bemannede omsorgsboliger for utviklingshemmede), Arbeids- og aktivitetstilbud og HDO-ene (heldøgns omsorgsboliger og bokollektiver for eldre, demente og til personer med nedsatt funksjonsevne).

Kommunens vedtatte Økonomi- og handlingsplan 2023-2026 viser at kommunen planlegger styrking av demenstilbudet, hjemmesykepleien og hverdagsrehabilitering i løpet av 2023, og at det vil kunne bli nødvendig å tilpasse organisasjonen som følge av dette.

2.1.1. Virksomhet Tjenestetildeling og koordinering

Virksomhet Tjenestetildeling og koordinerende enhet har ansvar for å saksbehandle søknader og fatte vedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester i kommunen. Virksomheten har totalt 28,6 årsverk, hvorav 4,5 årsverk er saksbehandlere og står for tjenestetildelingen. De øvrige ansatte

jobber blant annet med koordinerende tjenester, BPA (brukerstyrt personlig assistanse) og privatavlastning og velferdsteknologi.

2.2. Nøkkeltall

Kommunen har et sykehjem og fire omsorgsboliger med heldøgns bemanning for eldre. Tabellen nedenfor viser antall plasser i sykehjem, antall plasser i bokollektiv, antall brukere av hjemmetjenesten og antall plasser i omsorgsboliger for eldre med heldøgns bemanning.

Sykehjemsplasser – Marienlyst sykehjem	45
Bokollektiv - antall plasser Furubo 14 plasser Helle 15 plasser Sannidal 16 (+ 14 heldøgns)	45
Brukere av hjemmetjenesten	ca 650
Antall omsorgsboliger med heldøgns bemanning (HDO): Sannidal 14 plasser Stabbestad 9 plasser Tangheia 15 plasser Seniorsenteret 20 plasser Holt 4 plasser (psykisk helse/ rus) Sjådamveien 7 plasser (psykisk helse/ rus)	69*

* I tillegg kommer boliger for psykisk utviklingshemmede, de er ikke tatt med her. Gjelder Sjådamveien 1 (8 plasser), Ringveien (4 plasser), Kalstadveien 16-18 (8 plasser), Symreveien (8 plasser).

2.3. Sykefravær

Av kommunens årsberetning for 2022 går det frem at kommunen i 2022 hadde et samlet sykefravær på 10,24 %. Dette representerer en relativt kraftig økning fra året før, da samlet sykefravær var på 8,73 %. Sykefraværet i 1. tertial 2023, for kommunen som helhet, er på 12,11 % og tilnærmet identisk med tilsvarende periode i 2022.

Sykefraværet i kommunalområde Helse og omsorg var på 11,1 % i 2021 og 12,7 % i 2022. Sykefraværet i 1. tertial 2023, for Helse og omsorg, var på 13,48 %, som viser en nedgang fra 14,23 %, som var sykefraværet ved samme periode i 2022. Kommunalsjefen kommenterer i tertialrapporten at *det er positivt at sykefraværet går noe ned i første tertial sammenlignet med fjoråret, men det oppleves som en stor belastning på avdelingene i Helse og omsorg at vi har et høyt sykefravær. Sykefraværet er ulikt fordelt mellom avdelingene, og enkelte avdelinger har et strevsomt høyt, som igjen medfører høy vikarbruk og overtidsbruk. Det er tatt grep for å redusere i overtid, men mangelen på fagkompetanse i tilgjengelige vikarer er en stor utfordring.* Sykefraværet i heldøgns omsorgsboliger (HDO) har vært høyt, både i 2021, 2022 og per 1. tertial 2023.

3. Problemstilling 1 – Ressursbruk

Problemstilling 1: Hvordan er Kragerø kommunes ressursbruk innenfor helse- og omsorg?

4.1 Innledning

Kragerø kommunal har en svak økonomi, og særskilte utfordringer knyttet til ressursbruken innenfor kommunalområdet helse og omsorg.

Det foreligger mange kilder som beskriver ressursbruken i helse- og omsorg i Kragerø kommune, blant annet ulike analyser, som Perspektivanalyser, KOSTRA-analyse 2023 og Ressursanalysen 2023 av helse og omsorg. De tre nevnte analysene er alle utarbeidet av kommunens økonomi- og analysesjef. Videre beskriver kommunens Årsberetning 2022 og Økonomi- og handlingsplan 2023-2026, samt tertialrapportene i 2023 og Prosjekt Fremtidens omsorg, ulike sider ved ressursbruken. For å oppsummere kommunens ressursbruk innenfor helse og omsorg, har vi tatt utgangspunkt i de nevnte kildene, og sammenholdt disse med opplysninger vi har fått i intervju med ansatte i kommunen. Vi nevner kildene i kronologisk rekkefølge etter når de er utarbeidet.

3.1. Prosjekt Fremtidens omsorg – Kragerø kommune 2022

Bakgrunnen for etableringen av prosjektet er at kommunalområdet helse og omsorg i 2021 hadde store avvik mellom budsjett og regnskap, og at det var forventet et tilsvarende resultat i 2022. Videre fremgår det av prosjektplanen at *det brukes mye vikarer i tjenesten og det benyttes mye tid på å dekke opp det daglige bemanningsbehovet. Bemanningssituasjonen innen helse og omsorg er blitt kritisk og det etableres derfor et prosjekt for å vurdere nye løsninger innen bemanning. Sammen med ledere, ansatte og tillitsvalgte må en a legge til rette for en robust bemanningssituasjon. Det er "grunnmuren" for en fremtidsrettet omsorg. Vi må være sammen om fremtidens helse og omsorg i Kragerø.*

Prosjektplanen viser prosjektets mandat og organisering:

<u>Prosjekt mandat</u>
Prosjekt fremtidsrettet omsorg i Kragerø skal ha fokus på å tilrettelegge for en stabil og robust bemanningssituasjon. Hensikten er å sikre leveranser av omsorgstjenester til våre brukere hele året. Dette innebærer:

- *Kartlegge*
  - *alle bemanningsplaner i forhold til omfang og utfordringer*
  - *avtaler og planleggingssystemer*

    - *omfanget av driftsutfordringer innenfor de ulike turnusområdene*
    - *organisering og arbeidsfordeling*
    - *holdninger og vilje til endringer og fleksibilitet*
- *Vurdere en felles organisering av ressursplanlegging og drift. Herunder lage robuste rutiner for ressursplanlegging og drift i samsvar med gjeldende avtaleverk. Iverksette aktuelle endringer.*
- *Vurdere alternative arbeidstidsordninger for å legge til rette for en robust bemanningssituasjon hele året. Aktuelle endringer iverksettes.*
- *Vurdere dagens virksomhetskultur opp mot en framtidsrettet omsorg. Iverksette aktuelle endringer.*
- *Optimalisere bruk av tekniske driftsløsningene opp mot effektiv ressursbruk. Iverksette aktuelle endringer.*

Prosjektet skal ikke vurdere strukturelle forhold innen helse og omsorg som f.eks. antall og plassering av omsorgsboliger.

Prosjekt organisering
Prosjektet er omfattende. For å sikre gjennomføring og implementering blir det etablert flere arbeidsgrupper med bred deltagelse fra fagpersoner og ledere fra kommunalområdet HO, samt spesialister fra kommunalområdet støtte og utvikling. Tillitsvalgte skal også delta i dette arbeidet.

Prosjektet består av fire arbeidsgrupper:

1. *Ressursstyring – hovedgruppen, undergrupper:*
    - *Arbeidsavtaler/ turnusavtaler*
    - *Virksomhetskultur*
    - *Digitale driftsløsninger*

Styringsgruppen for prosjektet er ledergruppen i kommunen, mens kommunalsjef Helse og omsorg er prosjekteier, og økonomi- og analysesjef er prosjektleder, og leder av hovedgruppen *Ressursstyring.*

Vi har fått opplyst at kommunedirektøren har satt i gang prosjektet, med det er fortsatt helt i oppstarten.

3.2. Økonomi- og handlingsplan 2023- 2026

Kommunens Økonomi- og handlingsplan 2023 – 2026, som ble behandlet av kommunestyret 8.12.2022, sak 133/22, beskriver utfordringer og strategi for kommunalområde Helse og omsorg. Økonomi- og handlingsplanen viser blant annet til kommunestyrets vedtatte Strategiplan for helse og omsorgstjenestene i 2021, som skal være styrende for utviklingen av tjenestetilbudet i helse og omsorg i kommende år. Det fremgår av økonomi- og handlingsplanen at det vil være utfordrende å gjennomføre alle tiltakene i strategiplanen, da kommunen har begrenset økonomisk handlingsrom.

I Økonomi og handlingsplanen, skriver kommunedirektøren at forslag til tiltak for perioden dekker prioriterte områder i Strategiplanen, som blant annet ytterligere styrking av demenstilbudet og satsing på hverdagsrehabilitering og dag-aktivitetstilbud, men for å få en drift mer i tråd med økonomiske rammer foreslår han samtidig en reduksjon i tjenestetilbud. Over en toårs periode foreslås driftsreduksjoner og omfordeling av midler på til sammen 19 mill. kroner.

Følgende budsjettramme ble vedtatt for kommunalområdet helse og omsorg i perioden 2023 – 2026 (første kolonne viser regnskap 2022):

År	2022 - regnskap	2023 – budsjett	2024 – budsjett	2025 – budsjett	2026 - budsjett
Vedtatt ramme 2023 - 2026	332 864	284 702	285 268	285 268	285 268

Tabell 2 - regnskap 2022 - budsjett 2023 - 2026 - Helse og omsorg – tall i mill. kroner

Både innsparingstiltak og nye tiltak innenfor helse og omsorg er innarbeidet i årets budsjett og kommende års budsjetter. Nedenfor har vi tatt inn vedtak som spesielt har betydning for heldøgns omsorgsboliger (HDO):

Innsparingstiltak:

- **Driftsreduksjon av 29 plasser heldøgns bemannede omsorgsboliger (Stabbestad og Seniorsenteret) fra 2024.** *Tiltaksbeskrivelse: For å få driften i kommunalområdet mer i tråd med budsjettrammene, ser kommunedirektøren seg nødt til å redusere antall heldøgnsbemannede omsorgsboliger med 29 plasser. Tiltaket som et hele vil ta 1,5 - 2 år å gjennomføre. Noe av midlene skal brukes til å styrke hjemmesykepleien for at de skal være rustet til å ta flere brukere med omfattende tjenester.*

Økonomi og handlingsplanen påpeker at reduksjon i omsorgsboliger vil gi større press på andre tjenester, som sykehjem og hjemmesykepleie. Overliggere i sykehus vil også kunne øke.
Videre står det i økonomi og handlingsplanen at Tangheia omsorgsboliger kan være et alternativ til Seniorsenteret. Boligene på Tangheia og Stabbestad utgjør til sammen 24 plasser. Nåværende beboere ved de angitte lokasjonene, vil bli boende så lenge de trenger tilbudet.

Nye tiltak:
For å møte konsekvenser av nevnte tiltak vil kommunen derfor gradvis omfordele midler til hjemmesykepleie, og styrke vikarbudsjettet som er underfinansiert. Utvidet bruk av velferdsteknologi vil også inngå som en viktig del av tilbudet. Gjennom å styrke hjemmesykepleien på denne måten, vil flere med omfattende behov for tjenester kunne bo hjemme i egen bolig.

Tiltak	2023	2024	2025	2026
Styrke vikarbudsjettet, bemanningsplanlegging og drift, redusere vikarutgifter (jf. prosjektet fremtidens omsorg)	3.000.000	9.000.000	9.000.000	9.000.000
Styrket bemanning hjemmetjenesten, kompenserende tiltak for driftsreduksjon bemannede omsorgsboliger	3.000.000	6.000.000	10.000.000	10.000.000
Økning i grunnbemanning 5 årsverk, Sannidal bokollektiv	3.300.000	3.300.000	3.300.000	3.300.000

Tabell 3 - Nye tiltak HDO - vedtatt av kommunestyret sak 133/22

Medbestemmelse

Økonomi- og handlingsplanen viser at tillitsvalgte har vært involvert i budsjettarbeidet. Det er gjennomført to drøftingsmøter, i september og i oktober 2022. Tilbakemeldingene fra tillitsvalgte var at de ser nødvendigheten av å styrke de tjenesteområdene som er foreslått. Samtidig er de tillitsvalgte urolige for at kommunalområdet blir pålagt å gjennomføre driftsreduksjoner gitt presset på tjenester. De gir også uttrykk for at helse- og omsorg trenger ytterligere styrking av rammen, ut over det som ligger i kommunedirektørens budsjettforslag.

3.3. 43,5 mill. kronerÅrsberetning 2022

Kommunens årsberetning for 2022, som ble behandlet av kommunestyret i møte 25.05.23, sak 36/23, viser kommunens tjenesteproduksjon per kommunalområde i 2022, med vedtatt budsjett, regulert budsjett, regnskap 2022 og avvik regnskap i forhold til regulert budsjett:

	Tjenesteproduksjon pr kommunalområdet			
	Vedtatt budsjett	Regulert budsjett	Regnskap 2022**	**Avvik 2022***
Politikk	8 064	8 575	8 089	**- 486**
Kommunedirektøren	19 246	22 525	26 050	**3 525**
Støtte og utvikling	38 661	39 847	39 590	**- 257**
Helse og omsorg	261 563	279 621	332 864	**53 243**
Oppvekst	217 620	230 358	238 400	**8 042**
Samfunn	110 519	121 425	139 432	**18 007**
Sum kommunalomr	**655 673**	**702 352**	**784 425**	**82 074**
Selvkost	- 19 433	- 18 734	- 8 213	**10 520**
Kommune felles	- 643 163	- 681 141	- 740 243	**- 59 103**
Netto driftsresulat	- 6 923	2 477	35 969	33 492
**Merutgifter i forhold til budsjett er pluss.*				
** Mindre forbruk (overskudd) er minus				

Tabell 4 - Kragerø kommunes tjenesteproduksjon per kommunalområde 2022

Ifølge årsberetningen er ikke budsjettet for 2022 regulert for alle regnskapsførte Covidkostnader, da det var usikkerhet knyttet til statens kompensasjon for disse utgiftene. Korrigert for dette vil ordinært driftsavvik på kommunalområdene være lavere enn det som vises i tabellen over.

Tabell 4 viser at Helse og omsorg hadde et merforbruk på 53,2 mill. kroner. Etter korrigeringen av Covidkostnader, hadde kommunalområdet et merforbruk på 43,5 mill. kroner. Merforbruket på helse og omsorg var i samsvar med tendensen i rapportering etter 2. tertial, men, ifølge årsberetningen, var avviket større enn forventet.

3.4. Ressursanalyse av helse og omsorg (2023)

Økonomi- og analysesjefen i Kragerø kommune har laget rapporten *Ressursanalyse av helse og omsorg*. Kommunestyret behandlet rapporten i møte 25.05.2023 sak 39/23.

Analysen oppsummerer følgende:

Andelen av alle sysselsatte i Norge som jobber i helse- og omsorgstjenesten er tredoblet fra tidlig på 1970-tallet. Det har blitt et merkbart større press på personellet i helse- og omsorgstjenestene de seneste årene. Personell er allerede et knapphetsgode, og i enda større grad vil være det fremover. Fremtidens omsorg innebærer at helse og omsorgstjenesten må bruke personell og deres kompetanse mye mer effektivt. I distriktene er den demografiske situasjonen enda mer tilspisset enn i landet som helhet. Forholdet mellom eldre og pleietrengende og sysselsatte er derfor aller mest prekær i små distriktskommuner.

For Kragerø kommune ble dette svært merkbart i 2022 og de økonomiske avvikene i forhold til budsjett ble betydelig. Hovedårsaken til avvikene er veldig tydelig. Det økonomiske avviket innen

kommunalsområdet helse og omsorg er i hovedsak knyttet til overtid og andre godtgjørelser. Tilgangen på vikarer i 2022 ble dårlig og presset på egne ansatte økte.

All drift i de tjenesteproduserende virksomheter rettet mot produksjon av omsorgstjenester innen helse og omsorg er basert på bruk av vikarer. I 2022 var tilgangen på vikarer dårligere enn tidligere. Tilgangen på vikarer fra vikarbyrå var også betydelig redusert, samt at kvaliteten på disse vikarene er synkende. For å kompensere for mangel på vikarer måtte egne ansatte jobbe overtid. Dette er ikke bærekraftig over tid. Gjennom budsjettbehandlingen i 2023 ble budsjettet til helse og omsorg styrket. Driften i 2023 vil bekrefte eller avkrefte behovet for ytterligere bevilgninger. I tillegg til økte bevilgninger må gjennomføringen av driften ved de tjenesteproduserende virksomhetene i helse og omsorg vurderes, endres og styres.

Kommunestyret fattet følgende vedtak i sak 39/23:

1. Rapporten «Ressursanalysen 2023 av Helse og omsorg» tas til orientering og skal legges til grunn for arbeidet med ressursbehovet i Kragerø kommune

2. Behovet for vikarer og overtid skal reduseres. Faste hele stillinger skal være normalen

3. Kragerø kommune skal aktivt arbeide for å ta inn flere lærlinger innen helsefaget.

4. Kommunestyret ber administrasjonsutvalget igangsette en arbeidsmiljøundersøkelse i en eller flere virksomheter i helse og omsorgssektoren. Undersøkelsen bør konsentrer oss om de avdelingene som har høyt sykefravær, turnover og vikarbruk. Administrasjonen og kommunedirektøren bør være aktive i utformingen av undersøkelsen og drøfte utforming og omfang med administrasjonsutvalget.

3.5. KOSTRA-analysen 2023

Økonomi- og analysesjef i Kragerø kommune har utarbeidet en KOSTRA[3]-analyse som vurderer ressursbruken i Kragerø kommune innenfor de største driftsområdene. Kommunestyret behandlet analysen i møte 25.05.2023 i sak 40/23. I analysen sammenlignes kommunens ressursbruk med andre sammenlignbare kommuner. Kommunestyret vedtok (i sak 27/23) å ta KOSTRA-analysen til orientering, og at den skal benyttes som en del av kunnskapsgrunnlaget for utarbeidelsen av

[3] KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering) er et nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om kommunal virksomhet. Informasjonen om kommunale tjenester og bruk av ressurser på ulike tjenesteområder registreres og sammenstilles for å gi relevant informasjon til beslutningstagere. Tallene i denne analysen bygger på foreløpige tall for 2022 som var tilgjengelig fra 15. mars 2023.

budsjett og økonomiplan 2024 – 2027. Nedenfor har vi tatt inn utdrag fra analysen, som særskilt omhandler kommunalområde Helse og omsorg.[4]

Indikatorer for sammenligningskommuner

Kragerø kommune tilhører nå KOSTRA gruppe 7, som inneholder kommuner med 10000 til 19999 innbyggere med lave frie disponible inntekter per innbygger.

KOSTRA gruppe 1 inneholder kommuner med 2000 til 9999 innbyggere, med de samme økonomiske rammebetingelsene som gruppe 7. Kragerøs innbyggertall, 10 413 i 2022, tilsier at kommunen ikke er langt unna gruppe 1, slik at også denne gruppen består av kommuner som Kragerø kan sammenligne seg med.

Tabellen 5 nedenfor viser en oversikt (2022-tall) over indikatorer for kommuner, som det er relevant å sammenlikne seg med, det vil si kommuner i KOSTRA-gruppe 1 og 7, hvor over 20 % av befolkningen er over 67:

Indikatorer for sammenligningskommuner 2022					
	Driftsinnt. pr innb.	Antall innbyggere	Andel 0-5 år	Andel 6-15 år	Andel over 67 år
K-3814 Kragerø	111 148	10413	4,7 %	10,3 %	23,7 %
K-4201 Risør	104 283	6806	4,7 %	10,4 %	23,3 %
K-3813 Bamble	100 018	14172	5,3 %	11,2 %	20,5 %
K-3808 Notodden	112 273	13025	5,2 %	11,3 %	20,1 %
K-3401 Kongsvinger	102 449	17966	4,7 %	10,8 %	22,4 %
K-3446 Gran	97 870	13568	4,5 %	11,0 %	20,3 %
K-5054 Indre Fosen	111 054	9977	5,3 %	11,9 %	21,9 %
Kostragruppe 7	96 513	576723	6,3 %	12,7 %	16,9 %
Kostragruppe 1	99 905	252888	5,9 %	12,0 %	19,0 %

Tabell 5 - Indikatorer for sammenligningskommuner 2022

Kommunens analyse kommenterer tabellen slik:

For KOSTRA gruppe 7 er gjennomsnittet 15177 innbyggere. Kragerø kommune er den nest minste kommunen i denne KOSTRA-gruppen. Andel av befolkningen over 67 år i Kragerø er den høyeste i KOSTRA gruppe 7. Syv av kommunene i KOSTRA-gruppe 7 har en andel på over 20% av befolkningen over 67 år. For KOSTRA-gruppe 1 er gjennomsnittet 6484 innbyggere og av kommunene i denne gruppen er det 13 kommuner som har en andel over 20 % av folk over 67 år. Risør kommune har en veldig lik befolkningssammensetning som Kragerø kommune. En legger merke til at kommunene i KOSTRA-gruppe 1, har en noe eldre befolkning enn kommuner i KOSTRA gruppe 7. Det gjenspeiler demografiutfordringene i distriktene.

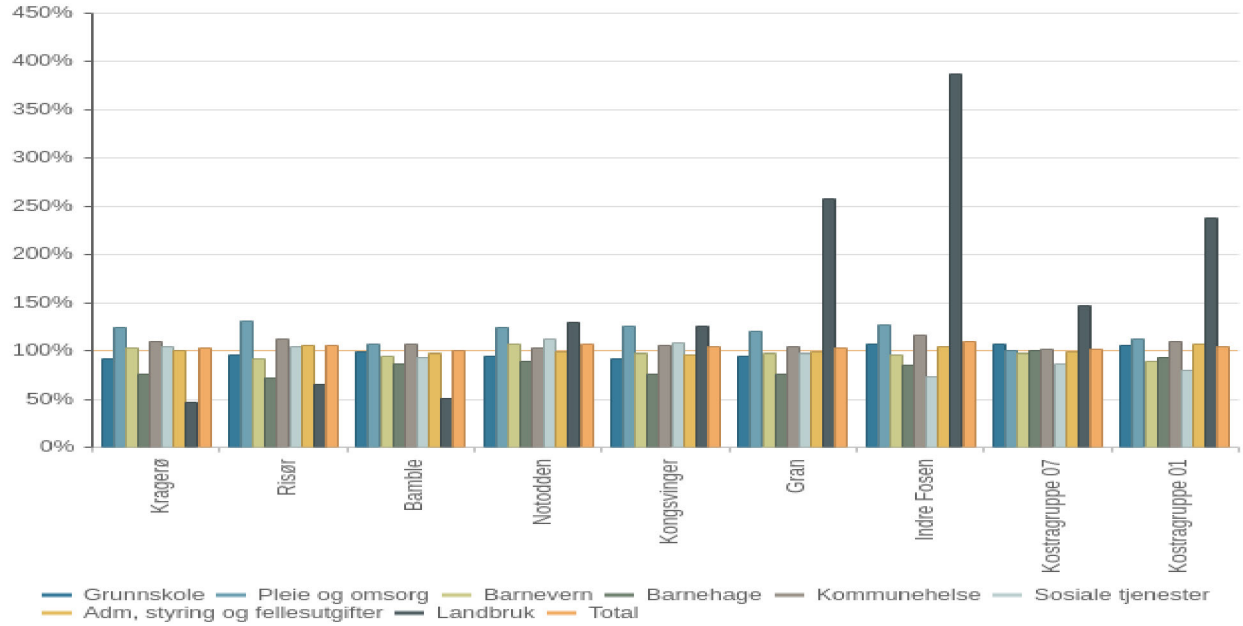
Ingen kommuner i KOSTRA gruppe 7 eller 1 har spesielt høye enhetsinntekter. Sett i forhold til

[4] Direkte avskrift er skrevet i kursiv

driftsinntekter pr innbygger legger en merke til at det er Kragerø som har de høyeste enhetsinntekter av sammenligningskommunene. Gjennomsnittet i både KOSTRA gruppe 7 og KOSTRA gruppe 1 viser gjennomsnittlig lavere enhetsinntekter enn Kragerø kommune.

Beregnet utgiftsbehov 2022 i forhold til gjennomsnittet for landet

Figuren på neste side viser beregnet utgiftsbehov for Kragerø kommune og sammenligningskommuner både sammenlagt og per tjenesteområde:

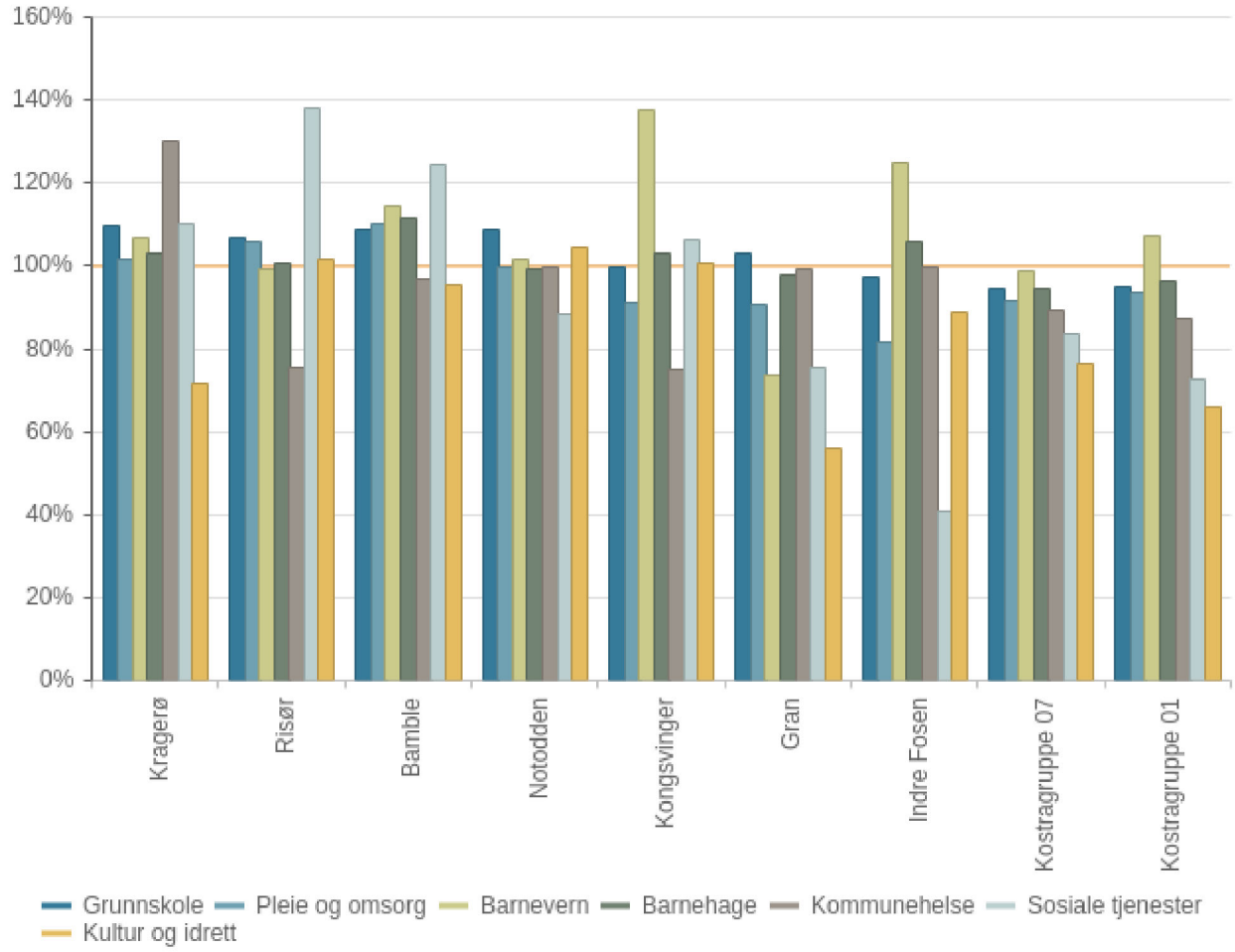


Figur 2 - Beregnet utgiftsbehov 2022 i forhold til gjennomsnittet for landet

Figur 2 viser at utgiftsbehovet gjenspeiler aldersfordelingen i kommunene. Siden Kragerø har en større andel eldre enn landsgjennomsnittet er utgiftsbehovet innen pleie og omsorg også større enn gjennomsnittet for landet. Utgiftsbehov på bl.a. skoler og barnehage er lavere enn landsgjennomsnittet, fordi Kragerø har færre barn under 15 år enn gjennomsnittet for landet.

Utgiftsbehovet tilsvarer utgiftsutjevningen i rammeoverføringen fra Staten. Dersom det er store avvik mellom utgiftsbehov og ressursbruk er det knyttet til prioriteringene eller mangel på prioriteringer gjort av eget kommunestyre.

Ressursbruken i 2022 i forhold til gjennomsnittet for landet



Figur 3 - Ressursbruken 2022 i forhold til gjennomsnittet for landet.

Figuren viser at ressursbruken i Kragerø, innenfor pleie og omsorg, er omtrent på gjennomsnittet for landet (gule strek = 100%).

Beregnet utgiftsbehov og ressursbruk i Kragerø kommune i forhold til landet

Tallene i KOSTRA viser store differanser mellom beregnet utgiftsbehov[5] og faktisk ressursbruk i Kragerø kommune sammenlignet med gjennomsnittet for landet. Avvikene kan være en indikator på prioriteringer. Dette kan også vurderes opp mot budsjettavvikene i 2022. Positive avvik viser at området tilføres mere midler enn landsgjennomsnittet, mens negative avvik viser det motsatte. Tabell 6 nedenfor viser at det var et stort negativt avvik mellom beregnet utgiftsbehov og ressursbruk på pleie og omsorg i 2022, mens spesielt Barnehage, Grunnskole og Kommunehelse, har et stort positivt avvik mellom beregnet utgiftsbehov og faktisk ressursbruk.

[5] Beregnet utgiftsbehov er tilpasset befolkningssammensetningen og behovet for omsorgstjenester.

Beregnet utgiftsbehov og ressursbruk i Kragerø kommune i forhold til landet - 2022						
	Grunnskole	Pleie/omsorg	Barnevern	Barnehage	Kommunehelse	Sosialetj.
Beregnet utgiftsbehov 2022	92,2	123,6	102,6	75,6	110,1	104,1
Ressursbruk 2022	109,9	101,5	106,6	102,8	129,9	110,3
Avvik 2022	17,7	-22,1	4,0	27,2	19,8	6,2
Ressursbruk 2021	111,2	98,3	106,2	101,6	101,7	121,1
Endring 2021-2022	-1,3	3,2	0,4	1,2	28,2	-10,8

Tabell 6 - Avvik mellom beregnet utgiftsbehov og ressursbruk i Kragerø kommune i forhold til landet

Regnskapstall - Helse og omsorg

KOSTRA-analysen viser regnskapstallene som er grunnlaget for innrapportering til KOSTRA. Innenfor helse og omsorg analyseres funksjonene knyttet til pleie og omsorg og kommunehelse. Tabellen nedenfor viser alle funksjoner og tallene fordelt på alle kommunalområder i Kragerø kommune.

Avvik fra budsjett 2022 - pleie og omsorg - kommunehelse */**				
Funksjonsbeskrivelse	Funksjon	Budsjett 2022	Regnskap 2022	Avvik 2022
Helsestasjon- og skolehelsetjeneste	2320	9 124 259	12 546 573	3 422 314
Annet forebyggende helsearbeid	2330	495 293	558 265	62 972
Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering	2410	34 426 171	51 224 328	16 798 156
Fengselhelsetjenesten	2411	-	148 537	148 537
Sum avvik kommunehelse		44 045 723	64 477 703	20 431 979
tiviserings- og serv.tj. til pers. med funksjonsnedsettelse	2340	7 836 035	10 923 493	3 087 460
Helse- og omsorgstjenester i institusjon	2530	48 339 445	60 764 063	12 424 616
Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende	2540	180 056 029	221 784 973	41 728 946
Øyeblikkelig hjelp døgntilbudene	2560	4 820 576	3 081 408	- 1 739 169
Institusjonslokaler	2610	5 519 648	6 369 954	850 305
Sum avvik pleie og omsorg		246 571 733	302 923 891	56 352 158
Totalt avvik		290 617 456	367 401 594	76 784 137
** Resultatområde "Kommune felles" er ikke inkludert - kun ordinær tjenesteproduksjon alle kommunalområder*				
*** Årsoppgjørdisposisjoner er ikke inkludert, dvs dette er bidraget til netto driftsresultat*				
			Andel helse og omsorg	96 %
			Avvik knyttet til HO	73 449 849
			Premieavvik og amortifisering *	- 16 779 445
			Avvik knyttet til HO - korrigert for premie avsetninger	56 670 404
			Budsjettavvik kommunalområdet helse og omsorg 2022	53 242 602
			Andel avvik funksjoner pleie/omsorg og kommunehelse	106,4 %
**Årets premieavvik, amortisering og premiefond føres pr kommunalområdet i årsoppgjøret ved årets slutt*				

Tabell 7 - Budsjettavvik 2022 for aktuelle funksjoner

Tabell 7 viser at Pleie og omsorg hadde et merforbruk i forhold til budsjett i 2022 på 53,2 mill. kroner. Figur 2 foran, viser at ressursbruken i Kragerø, på pleie og omsorgstjenester, er omtrent på gjennomsnittet for landet. Kommunen skriver i KOSTRA-analysen, at sett i forhold til budsjettavviket i 2022 tyder det på at området vil trenge tilførsel av mer ressurser, samt forbedring

av bemanningsplanlegging, bemanningsstyring og organisering, og viser her til Ressursanalysen 2023 for Helse og omsorg, som er omtalt under kap. 3.4 i denne rapporten.

Tabell 7 viser også at Kragerø kommune bruker mye ressurser på helse og omsorgstjenester til hjemmeboende og lite på omsorgstjenester i institusjon, sammenlignet med andre kommuner og KOSTRA-gruppe 7 og 1. Antall institusjonsplasser er en kostnadsdrivende faktor innen pleie og omsorg, og forklarer langt på vei at Kragerø har lave kostnader på dette området samlet, siden antall institusjonsplasser er lavt. Kostnadsnivået til hjemmebaserte tjenester i Kragerø er høyt sammenlignet med sammenligningskommuner og KOSTRA grupper, noe som tyder på et omfattende omsorgstilbud til hjemmeboende og i omsorgsboliger.

Avslutningsvis står det i KOSTRA-analysen at tjenestene må utvikles, for å møte utfordringene med et økende antall eldre som trenger tjenester. I tråd med nasjonale føringer har Kragerø kommune en målsetting om at eldre og pleietrengende skal bo i eget hjem lengst mulig. Med en dobling av antall personer over 80 år vil behovet for hjemmebaserte tjenester øke. Kommunen skriver at det vil være særlig viktig å utvikle tjenestene i retning av å begrense behovet for ressurskrevende institusjonsplasser, noe som vil kreve mer bruk av velferdsteknologi og økt bemanning. Innfasing av mere robuste bemanningsplaner vil bli nødvendig.

3.6. Perspektivanalyse

Kragerø kommunes økonomi- og analysesjef utarbeider årlig en Perspektivanalyse, som har til hensikt å analysere kommunens økonomiske rammebetingelser og vurdere hva som kreves for å få en kommuneøkonomi som er bærekraftig og har en handleevne over tid. En bærekraftig kommuneøkonomi imøtekommer dagens behov, uten å ødelegge mulighetene for at kommende generasjoner. Perspektivanalysen vurderer dette i et tiårs perspektiv, slik at kommunestyret aktivt kan forholde seg til fremtidige økonomiske utfordringer. Den siste perspektivanalysen (2024-2033) ble behandlet i kommunestyret 15.6.23, sak 46/23.

I forkant av kommunestyrets behandling av perspektivanalysen, hadde kommunestyret et heldags perspektivseminar (6.6.2023), hvor det ble reflektert rundt følgende temaer/ utfordringer fra perspektivanalyse:

- *Spørsmålet er ikke hvor mye det koster – spørsmålet er hva har kommunen råd til. Gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget for økonomiplanen 2024-2027*
- *Sammen om fremtidens omsorg i Kragerø. Vi lever lengre og det blir flere eldre. Hvordan tilpasse omsorgstjenestene for fremtiden når tilgangen på helsepersonell er begrenset*

- *God oppvekst for enhver pris? Det fødes færre barn og antall barn og unge reduseres. Hvordan opprettholde kvaliteten og tilpasse ressursbruken i skoler og barnehager når rammebetingelsene endres.*
- *Lovpålagt eller selvpålagt. Kommunalområde samfunn har et bredt spekter av oppgaver. Prioritering av oppgaver innen område samfunn i forhold til om det er lovpålagt eller selvpålagt*

3.7. Økonomirapport 1. tertial 2023

Kommunestyret behandlet Økonomirapport 1. tertial 2023 i møte 15.06.23, sak 47/23.

Ifølge tertialrapporten viser årsprognosene for kommunalområdene i 2023 et samlet merforbruk på 51,8 mill. kroner. Tar en høyde for avvik på selvkost bygg og areal, er avviket i forhold til bevilget budsjett 55,1 mill. kroner. Tabell 1 nedenfor viser årsprognosene for kommunalområdene i 2023:

	Årsbudsjett	Regskap_Hittil	Forbruk	**Årsprognose**	**Avvik**
Politikk	8 114 074	2 275 153	28 %	8 114 074	-
Kommunedirektøren	19 337 639	10 392 903	54 %	19 337 639	-
Støtte og utvikling	43 827 321	18 079 050	41 %	44 127 321	300 000
Oppvekst	231 078 217	93 114 119	40 %	233 078 217	2 000 000
Helse og omsorg	288 788 268	132 184 178	46 %	338 288 268	49 500 000
Samfunn	134 880 272	60 023 450	45 %	134 880 272	-
Delsum	726 025 791	316 068 853	44 %	777 825 791	51 800 000
Selvkost	- 23 903 786	- 795 133	3 %	- 20 603 786	3 300 000
Sum Netto driftsresultat	702 122 005	315 273 720	45 %	757 222 005	55 100 000

Alle tall i kroner

Tabell 8 - Kragerø kommune – 1. tertialrapport 2023 - Årsbudsjett, regnskap hittil, forbruk, årsprognose og avvik

Som tabell 8 viser, ligger det an til et betydelig merforbruk innenfor kommunalområdet helse og omsorg i 2023, samlet årsprognose er beregnet til et merforbruk på 49,5 mill. kroner. Både stort sykefravær, mangel på personell og økte brukerbehov, skal ha bidratt til merforbruket. Rapporten sier at det forventes drift utover budsjett også for resten av 2023, noe som i hovedsak skyldes behov innen lovpålagte tjenester.

Tabell 9, på neste side, viser en resultatvurdering av alle virksomheter innenfor helse og omsorg:

Tabell - Resultatvurdering alle virksomheter for kommunalområdet

Helse og omsorg	Årsbudsjett	Regskap_Hittil	Forbruk	**Årsprognose**	**Avvik**
Helse og omsorg felles	7 561 802	11 894 817	157 %	10 247 467	2 685 665
Tjenestetildeling og koordine	13 746 827	5 211 588	38 %	15 753 067	2 006 240
Spes Helsetjenester	33 964 853	19 276 051	57 %	49 148 957	15 184 104
Oppfølging psykisk helse og r	25 132 623	10 217 190	41 %	25 999 094	866 471
Institusjon	48 039 027	18 966 446	39 %	52 508 649	4 469 622
Demenstilbud	24 922 479	9 764 553	39 %	27 047 770	2 125 291
Omsorgsboliger HDO	43 548 985	19 460 432	45 %	54 261 556	10 712 571
Omsorgsboliger HDU	53 606 411	22 031 191	41 %	61 067 610	7 461 199
Hjemmetjenesten	38 265 261	15 361 910	40 %	42 254 098	3 988 837
Sum Netto driftsresultat	288 788 268	132 184 178	46 %	338 288 268	49 500 000

Tabell 9 - Kragerø kommune - 1. tertialrapport 2023 - resultatvurdering alle virksomheter for kommunalområdet

Tertialrapporten viser at kommunalområdet gjennomgående har en svært krevende drift, med merforbruk på de fleste tjenesteområder. I hovedsak kommer dette som følge av demografiske endringer med flere eldre, flere som utvikler demens og derav flere som trenger omfattende helse og omsorgstjenester. Denne utviklingen vil vedvare og forsterkes.

Tertialrapporten viser også at kommunen prøver å gjøre driftstilpasninger, der det er mulig, og har utsatt enkelte planlagte tiltak, for året for å begrense utgiftsveksten. Det står også at handlingsrommet er svært begrenset, med de utfordringene som er beskrevet, og det er derfor vanskelig å oppnå store driftsreduksjoner. Alternativt må en redusere drastisk i tjenestetilbudet, noe som vil kunne gå ut over lovpålagte tjenester. Slike tiltak vil dessuten måtte planlegges godt og først ha vesentlig effekt mot slutten av 2023 og inn i 2024. Utbetalt overtid i 1. tertial 2023 er på 3,1 mill. kroner for kommunalområdet samlet og er ytterligere med på å understreke den krevende driftssituasjonen. Strukturelle tiltak er helt nødvendig for å få en bedret kostnadskontroll. Tiltaket optimalisering av omsorgsboliger fra 2022, som skulle gi en effekt på 2,1 mill. kroner, vil heller ikke bli gjennomført i år.

Når det gjelder virksomhet Omsorgsboliger HDO, står det i tertialrapporten at det er satt i verk omlegging av drift ved Seniorsenteret, som vedtatt i budsjett 2023, men tiltaket har forsinket økonomisk effekt. Merforbruket i forhold til budsjett 2023 er beregnet til 10,7 mill. kroner. 3,7 mill. kroner av dette er tiltak knyttet til ikke gjennomført driftsreduksjon i 2022, samt tomgangsleie ved omsorgsboligene. Øvrige merkostnader på området, skyldes vikarkostnader som utløser overtid og ekstra bemanning i driften. Det er lagt inn ekstrakostnader til kommende sommers ferieavvikling. Dette skyldes økte brukerbehov innen demensomsorg, men også at en ikke finner det forsvarlig å

gjennomføre vedtatte driftsreduksjoner. Merforbruket er samlet sett omfattende og skal en få til vesentlige kostnadsreduksjoner må en legge om driften radikalt.

3.8. Økonomirapport 2. tertial 2023

Kommunestyret behandlet Økonomirapport 2. tertial 2023 i møte 26.10.23, sak 88/23.

Kommunedirektørens vurdering i Økonomirapporten for 2. tertial 2023, er at Kragerø kommune ikke har en bærekraftig økonomi. En betydelig økonomisk omstilling vil være nødvendig for å tilpasse driftsnivået til den demografiske utviklingen og til økte renteutgifter.

Prognosene for 2023 viser at kommunalområde helse og omsorg ligger an til et merforbruk i forhold til opprinnelig budsjett på 65 mill. kroner.

3.9. Tilbakemeldinger fra ansatte

I intervju med ansatte, kom vi inn på ressurssituasjonen innenfor helse og omsorg i kommunen.

3.9.1. Tilbakemelding fra ledelsen

Virksomhetsleder Tjenestetildeling og koordinerende enhet, ga uttrykk for antall heldøgns omsorgen bør samles til et sted (Marienlyst). Hun mener det vil gi brukerne et bedre tilbud, og det vil også hjelpe på bemanningssituasjonen, med omdisponering av personell ved behov, noe som ikke et er mulig i dag. Dersom sykehjem og omsorgsbolig med heldøgns bemanning (HDO) var på samme sted, kunne omsorgsboligen dra nytte av sykehjemmet, og f.eks. laget felles aktiviteter ved både sykehjem og omsorgsboligene. I dag er dagsenter for demente er fratatt personale til omsorgsbolig med heldøgns omsorg.

Både virksomhetsleder og alle avdelingslederne i HDO, ga uttrykk for at bemanningssituasjonen er en utfordring i HDO. Mye av tiden til avdelingslederne, går med til å sørge for en forsvarlig bemanning. Det er en utfordring å få tak i vikarene de trenger, noe som gjelder for kommuner i hele landet.

Det ble også gitt uttrykk for at det fortsatt er stor turnover i HDO, og at avdelingsledernivået i HDO er særlig krevende. To av disse har sagt opp i sommer. Som følge av at antall sykehjemsplasser har gått ned, er dessuten pasientene i omsorgsboligene dårligere, sammenliknet med tidligere, og de har mer behov for hjelp og dermed bemanning.

3.9.2. Tilbakemeldinger fra verneombud og tillitsvalgte

De tillitsvalgte og verneombud, representert fra de fire avdelingene i HDO, hadde også noen kommentarer til ressursbruken i kommunen. De fleste avdelinger i HDO har hatt mye fravær, overtid og vikarbruk.

Generelt opplever de at det er et bekymringsfullt høyt sykefravær og for lav grunnbemanning i kommunen. De tror at mye av kommunens overforbruk skyldes for lav grunnbemanning. Som følge

av det, blir det mer sykefravær, som igjen medfører behov for innleie av arbeidskraft. De mener også det generelt er mangel på kompetente vikarer, og det er for lav respons på etterspurt kompetanse i utlysninger, og ikke mange kompetente søkere til ledige stillinger.

Det ble også påpekt at når budsjettene er så trange, medfører det usikkerhet og slitasje på de ansatte, mange tenker «hva skjer på min arbeidsplass?» Det er tungt at det er et så stort økonomisk underskudd på deres kommunalområde, samtidig som alle løper og gjør så godt de kan. De opplever at de er på «hæla» hele tiden, og det er slitsomt å skulle forsvare en tjeneste som man nesten ikke klarer å gjennomføre. Dagens system oppleves ikke som fremtidsrettet. Det føles som om de er i «limboland». Nå ønsker de aller mest ro rundt jobben, samtidig som de erkjenner at endringer må til. Alle de tillitsvalgte ga uttrykk for at de er lite orientert om endringer på egen arbeidsplass. De tror dette skyldes at lederne deres heller ikke er tilstrekkelig orientert.

3.10. Revisors oppsummering problemstilling 1

Hvordan er Kragerø kommunes ressursbruk innenfor helse- og omsorg?

Kragerø kommune har per i dag en svak økonomi, og ifølge kommunedirektøren er den ikke bærekraftig. Gjeldsnivået er høyt, og kommunen har og vil få betydelig økonomiske utfordringer knyttet til den demografiske utviklingen fremover. I Kragerø kommune øker andelen personer over 67 år, mens andelen under 15 år reduseres.

KOSTRA-analyser tyder på at kommunalområdet Helse og omsorg i Kragerø kommune er underbudsjettert. Vi har registrert at belastningen på de ansatte i helse og omsorg er høy, turnover og sykefraværet er høyt, og behovet for vikarer er stort. Det er også vanskelig å rekruttere kompetent personell, både faste ansatte og vikarer.

Vår gjennomgang av dokumentasjon, som beskriver situasjonen nærmere, viser at kommunen jobber med tiltak for å bedre denne utfordrende situasjonen. Kommunestyret, som har det øverste ansvaret for kommunens økonomi, er involvert i dette arbeidet, gjennom ulike saker som er lagt fram for politisk behandling.

4. Problemstilling 2 – Internkontroll

Problemstilling 2: I hvilken grad har helse- og omsorgstjenesten i Kragerø kommune et tilfredsstillende internkontrollsystem?

4.1. Revisjonskriterier internkontroll

Til denne problemstillingen har vi utledet følgende revisjonskriterier:

Kommunen skal ha internkontroll, innenfor virksomhet omsorgsboliger med heldøgns bemanning, som bør inneholde:

- **Organisering/ansvar, oppgaver og mål**
  - En oversikt over og beskrivelse av virksomhetens organisering/ansvar, oppgaver og mål
- **Rutiner/ prosedyrer/ forskrift**
  - Skriftlige, oppdaterte rutiner og prosedyrer, som er kjent for ansatte og samlet på et sted
    - En lokal forskrift med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester.
- **Kompetanse og opplæring**
  - En oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring
  - Sørge for at medarbeiderne har nødvendig kompetanse
- **Risikobasert internkontroll**
  - En oversikt over områder hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten, herunder;
    - Kartlegge og vurdere risiko systematisk
    - Iverksette og dokumentere tiltak for å redusere risiko
- **Avvikssystem**
  - System og rutiner for å kunne melde om avvik og uønskede hendelser
    - Systemet skal være kjent for ansatte
    - Meldte avvik skal følges opp for å forebygge gjentagende avvik og sikre læring og forbedring

4.2. Retningslinjer for internkontroll i Kragerø kommune

Kommunen har et overordnet dokument som beskriver *Retningslinjer for internkontroll i Kragerø kommune*[6], datert 15.10.2021, med følgende formål:

> *Internkontroll skal sikre at kommunen har den ønskede utvikling, at lover og regler overholdes, at det er kvalitet og effektivitet i tjenestene, og at omdømme og legitimitet styrkes.*
>
> *Internkontrollen skal:*
>
> - *bidra til måloppnåelse og effektivitet innenfor drift*
> - *sikre pålitelig rapportering*
> - *være risikobasert*
> - *forebygge uønskede hendelser innenfor HMS og tjenestekvalitet*
> - *involvere ansatte på alle nivåer i organisasjonen*
> - *være tilpasset organisasjonenes art og kompleksitet*
>   *være integrert i virksomheten*
> - *fremme kultur for etterlevelse av fastsatte normer og regle*

Retningslinjen gjelder alle ledere og ansatte.

Retningslinjen viser at det overordnede ansvaret for internkontrollen ligger hos kommunestyret, mens gjennomføringsansvaret ligger hos kommunedirektøren. Ifølge retningslinjen stilles det krav om at alle ledere setter seg grundig inn i kravene til internkontroll, og at alle ledere skal gjennomføre obligatorisk grunnopplæring i internkontroll i KS-læring. I denne forvaltningsrevisjonen ser vi i hovedsak på den tjenestespesifikke internkontrollen innenfor virksomhet omsorgsboliger med heldøgns omsorg.

Retningslinjen viser at kommunalsjefene har det overordnede ansvaret for internkontroll på tjenestenivå, og skal integrere internkontrollen i de årlige handlings-/ virksomhetsplanene og rapportere på status og måloppnåelse på internkontrollarbeidet i årsberetningen. Virksomhetsledere har ansvar for internkontrollen på tjenestenivå innenfor egen virksomhet.

Videre står det i retningslinjen at *internrevisjonen skal sikre at internkontrollen gjennomføres i henhold til mål, intensjon og krav. Internrevisjonen gjennomføres årlig på bakgrunn av oppsatt revisjonsplan, godkjent av kommunedirektørens ledergruppe. Internrevisor har en kontrollerende og rådgivende rolle i forhold til internkontrollen, og rapporterer revisjonsresultater til kommunedirektøren.*

[6] Hjemmel for retningslinjen er: Kommuneloven §§ 25-1, 25-2 Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften) Diverse særlover innenfor de enkelte fagområder (skole, helse, barnevern, m.fl.)

Pkt. 7 omhandler innholdet i internkontrollen:

> *I h.h.t. lovkrav skal internkontrollen inneholde følgende områder:*
>
> - *beskrivelse av virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering*
> - *nødvendige rutiner og prosedyrer*
> - *kompetanse*
> - *risikovurderinger*
> - *avvikshåndtering*
> - *dokumentasjon av internkontrollen i den formen og det omfanget som er nødvendig*
> - *evaluering og ved behov, forbedring av skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll*

4.3. Kragerø kommunes kvalitetssystem

Kragerø kommunes kvalitetssystem, QM+, ligger tilgjengelig for ansatte på kommunens intranett. Kommunen har et dokument; *Systembeskrivelse QM+*, datert 14.06.2011, som viser en beskrivelse av kvalitetssystemet. Revisor har hatt tilgang til systemet, og fått informasjon om hvordan systemet er bygd opp. Kvalitetssystemet består blant annet av:

- Kvalitetshåndbok – med overordnede retningslinjer/ systembeskrivelser/ overordnet målsetting og styrende verdier, og lokale kvalitetshåndbøker på kommunalområde-/ virksomhetsnivå
- HMS-håndbok – både på overordnet og lokalt nivå (kommunalområdenivå)
- Beredskapshåndbok - både på overordnet og lokalt nivå (kommunalområdenivå)
- Stillingsbeskrivelser - både på overordnet og lokalt nivå (kommunalområdenivå)
- Veiledere til bruk QM+
- Lovgrunnlag for kommuner
- Avvikssystem
- System for risikovurderinger

4.4. Organisering/ ansvar, oppgaver og mål – data

4.4.1. Organisering/ ansvar og oppgaver

Kommunes retningslinjer for internkontroll, pkt. 7.1, som omhandler *Beskrivelse av virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering,* sier at *kommunens hovedoppgaver, mål og organisering på overordnet nivå skal dokumenteres skriftlig og er beskrevet i budsjett og økonomiplanen.*

Kommunens Økonomi- og handlingsplan 2023 – 2023, beskriver hvordan omsorgsboliger med heldøgns bemanning (HDO) er organisert:

HDO har ansvaret for driften av omsorgsboliger og bokollektiver for eldre, demente og personer med nedsatt funksjonsevne. Det ytes i hovedsak varig heldøgnsomsorg, men 5 av plassene er forbeholdt korttids- og rehabiliteringsopphold. Lokasjonene er plassert på Stabbestad, Seniorsenteret, Sannidal bokollektiv og Tangheia.

Tabellen nedenfor viser en oversikt over antall årsverk, ansatte og plasser per 28.6.23 ved de fire omsorgsboligene for eldre, med heldøgns bemanning:

Omsorgsboliger med heldøgns bemanning	Årsverk	Ansatte	Antall plasser
Seniorsenteret	13,57	17	20
Tangheia	10,24	14	15
Stabbestad	8,63	14	9
Sannidal bokollektiv	22,46	26	14
Totalt	54,9	71	58

Tabell 10 - Oversikt over antall årsverk, ansatte og plasser i HDO, per 28.6.23

Stillingsbeskrivelser

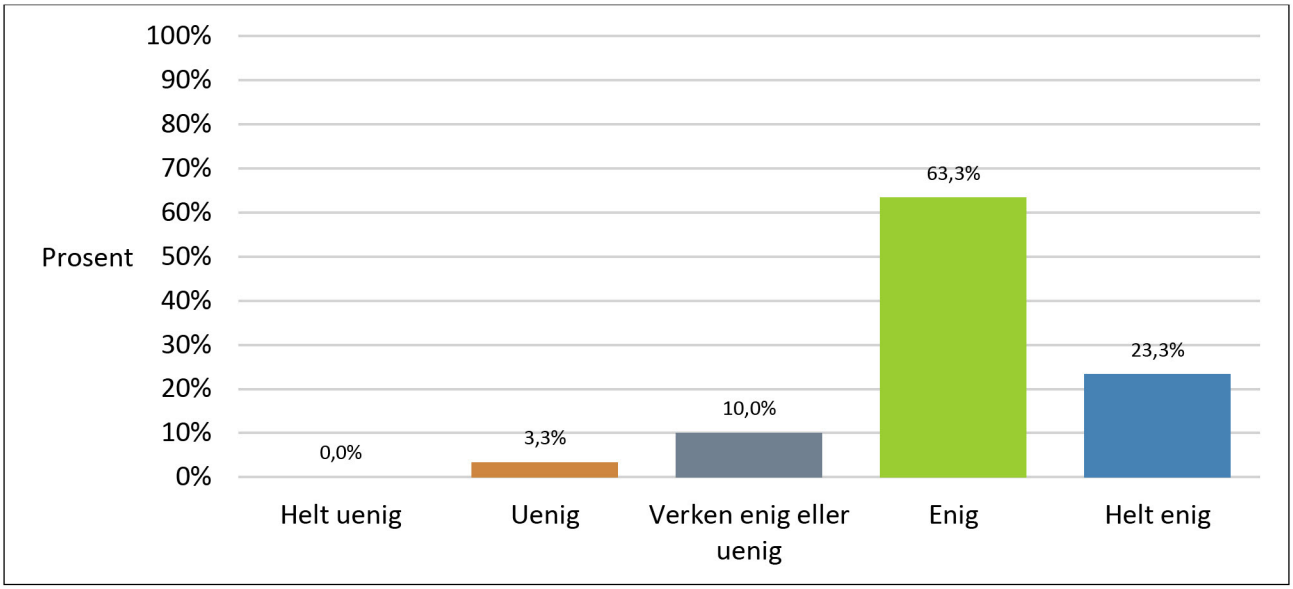
Kommunen har ulike stillingsbeskrivelser, som er dokumentert under kommunalområde Helse og velferd i QM+, eksempelvis stillingsbeskrivelse for

- Avdelingsleder m/ bachelor
- Fagarbeider
- Pleiemedarbeider
- Sykepleier

Stillingsbeskrivelsene er ikke datert, men disse er i aktiv bruk ifølge virksomhetsleder Bemannede omsorgsboliger.

Spørreundersøkelse til ansatte

Vi spurte de ansatte i omsorgsboligene om de opplever at deres ansvarsområde er klart definert. Svarene vi fikk fremgår av tabellen på neste side.



Figur 4 - Svarfordeling fra ansatte HDO, på påstanden: Jeg opplever at mitt ansvarsområde i omsorgsboligen er klart/ tydelig definert, N= 30

Figur 4 viser at 87 %, av de ansatte, opplever at deres ansvarsområde i omsorgsboligen er klart/ tydelig definert. 10 % svarer at de verken er enig eller uenig i påstanden, mens 3 % er uenig.

4.4.2. Mål

Kommunes retningslinjer for internkontroll, pkt. 7.1 sier at *målsettingene på virksomhetsnivå, er beskrevet i årlige handlings-/virksomhetsplaner.*

Kommunens mål for helse- og omsorgstjenestene fremgår av Økonomi og handlingsplan 2023-2026. I tillegg har kommunestyret i 2021 vedtatt Strategiplan for helse og omsorgstjenestene. Denne planen skal være styrende for utviklingen av tjenestetilbudet i kommende år. Tabellen på neste side viser konkrete mål fra Økonomi og handlingsplan 2023-2026, med tiltak rettet mot tjenesteområde heldøgns bemannede omsorgsboliger, og status på tiltakene per august 2023[7]:

[7] Status per august 2023 er informasjon innhentet av revisjonen

Målsetting	Handlingstiltak	Indikator	Status per august 2023
Vi skal sørge for at offentlige tjenester videreutvikles og tilpasses langsiktige endringer i den demografiske situasjon	Gjennom prosjektet "Fremtidsrettet omsorg" etablere arbeidsformer og planlegge bemanning som er av mer langsiktig og stabil karakter. (Kommunen ser at rekruttering til faste stillinger er krevende. Det er også svært krevende å skaffe nok vikarer eksempelvis til ferieavvikling og annet fravær.) (Prosjektet er nærmere omtalt under pkt.3.2)	Prosjekt-gruppen vil legge frem forslag til tiltak	Ifølge virksomhetsleder HDO har kommunedirektør satt i gang prosjektet. Økonomisjefen er prosjektleder, og leder av hovedgruppa Ressurstyring. Sannidal bokollektiv er pilot i prosjektet. Det er startet med lokale arbeidsgrupper med bl.a. avdelingsleder, virksomhetsleder, tillitsvalgte og bemanningsplanleggere, som ser på turnusordninger bemanning. Områder de ser på er Bemanning og Virksomhetskultur. Det skal rapporteres på prosjektet hvert tertial.
	Styrke omsorgstilbudet ved Sannidal bokollektiv/Gul bolig (Faglig styrking av tilbudet for å kunne gi et bedre tilbud til flere med et mer omfattende omsorgsbehov)	Ansette flere fagpersoner	Ifølge virksomhetsleder HDO og avdelingsleder Sannidal er tiltaket i prosess. De har allerede ansatt flere personer (økt lavere stillinger og ansatt to sykepleiere - fått økt i budsjettramme i 2023). De har ramme til å ansette flere, men venter på prosjektet, nevnt over. Det er etablert arbeidsgruppe bestående av tillitsvalgt, verneombud, to ansatte fra avdelingen som jobber i pleie, virksomhetsleder og økonomiansvarlig. Målsettingen med prosjektet er å redusere bruken av vikarer betydelig, redusere bruk av overtid og få fornøyde brukere og ansatte. Det skal lages ny turnus med noen lange vakter, slik at ansatte får mer fri i helgene. Status per august: Skal ansette flere personer, men det jobbes med å lage ny turnus, og beregne hvor mange og hvilken kompetanse trenger vi? De er i startgropa, jobber med å motiverer ansatte til at dette er positivt, og mange synes det. De har hatt informasjonsmøte. Avdelingen har behov for å ansette både sykepleiere og helsefagarbeidere/ ufaglærte. Det er ikke satt frister for videre framdrift i prosjektet.
	Utvide tilgjengelighet av velferds- og trygghets teknologi. (Velferdsteknologiske løsninger kan gi brukere større grad av frihet til å bestemme over egen hverdag. Teknologi kan utsette eller begrense behovet for tradisjonelle omosrgstjenester.)	Øke antall personer som bruker velferdsteknologi	Virksomhetsleder opplyser at de har mye fokus på det, og hun har over snittet stor interesse for det. Eksempler: Alarmsystemer, digitale tilsyn, GPS, digitale medisindispensere (ikke så mange per nå). Veldig restriktive på dette foreløpig – laget overordnet ros på tema.

Tabell 11 - Mål fra Økonomi og handlingsplan 2023-2026, med tiltak rettet mot tjenesteområde HDO og status tiltakene per august 23

4.5. Revisors vurdering av organisering/ ansvar, oppgaver og mål

Vi vurderer at organisering og mål innenfor omsorgsboligene er formalisert, gjennom beskrivelser i kommunens økonomi- og handlingsplan 2023 – 2026. Videre tydeliggjør stillingsbeskrivelser den enkeltes ansvar i omsorgsboligen. Et stort flertall, av de ansatte, er enige i at deres ansvarsområde i omsorgsboligen er klart definert.

4.6. Rutiner / prosedyrer / forskrift – data

Kommunens retningslinjer for internkontroll, pkt. 7.2, sier at *for å forebygge materielle skader, skader på ansatte eller tjenestemottakere, sikre at lover og regler blir fulgt og sikre lik praksis uavhengig av hvem som utfører kommunens ulike oppgaver, skal det utarbeides retningslinjer, rutiner og prosedyrer innenfor sentrale områder. Rutiner og prosedyrer utarbeides på bakgrunn av risikovurderinger.*

Kragerø kommunes kvalitetssystem, QM+, ligger tilgjengelig for de ansatte på kommunens intranett.

I QM+ er det en lokal kvalitetshåndbok for Helse og omsorg, som består av flere undermapper. Under mappe 1 ligger *Felles faglige og administrative prosedyrer,* som gjelder for hele kommunalområdet. Kommunalområdet har utarbeidet en rekkeprosedyrer/ rutiner for etterlevelse av aktuelle lover og annet regelverk, som er aktuelle for virksomhet Bemannede omsorgsboliger, eksempelvis prosedyre ved alvorlige hendelser og dødsfall, dokumentasjonsplikt, legemiddelhåndtering, palliasjon, smittevern med flere. Vi så nærmere på et tilfeldig utvalg av disse prosedyrene/ rutinene; alle var datert, og de fleste var revidert i 2023.

Under mappe 3, ligger *Bemannede omsorgsboliger*, med egne mapper for hver av omsorgsboligene/ avdelingene. Her skal den enkelte omsorgsbolig/ avdeling legge inn sine tjenestespesifikke prosedyrer/ rutiner. Vi fant ingen prosedyrer/ rutiner i QM+, hverken for avdelingene Sannidal bokollektiv, Seniorsenteret, Stabbestad omsorgsbolig eller Tangheia omsorgsbolig.

Lokal forskrift om med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester

I helse og omsorgstjenesteloven § 3-2 a, 2. ledd, står det at *Kommunen skal gi forskrift med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Forskriften skal også omfatte pasienter og brukere som vil være best tjent med langtidsopphold, men hvor kommunen vurderer at vedkommende med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold. Forskriften skal videre regulere hvordan kommunen skal følge opp pasienter eller brukere, som venter på langtidsopphold.*

Kragerø har en forskrift om tildeling av langtidsopphold og helse- og omsorgstjenester i institusjon eller tilsvarende bolig, særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, vurderingsmomenter og

vurderingslister m.m. Forskriften er fastsatt av Kragerø kommune ved kommunestyret 15. juni 2017 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 3-2 a annet ledd.

4.6.1. Praksis beskrevet i intervju

Virksomhetsleder Bemannede omsorgsboliger

Virksomhetsleder opplyser at det siste halve året har de fått på plass kvalitetshåndboken i QM+ og felles faglige og administrative prosedyrer for hele kommunalområdet er gjennomgått. Relevante prosedyrer er sendt på høring til alle avdelingsledere. Rutinene er gjennomgått på virksomhetsmøter HDO (fast hver 14, dag), hvor alle avdelingsledere i HDO er til stede. Den andre uka har avdelingslederne fagmøter, uten virksomhetsleder, rutiner drøftes bl.a. der også.

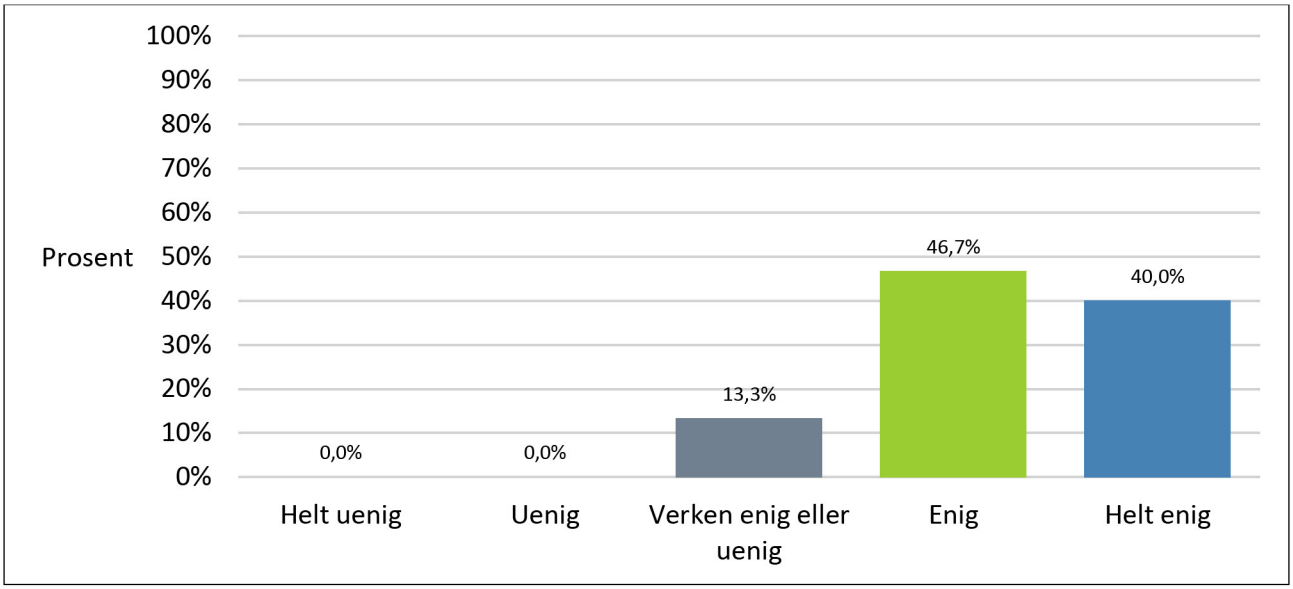
De har ingen fast praksis på evaluering av rutiner/ prosedyrer. Hvis de får melding om at en rutine ikke fungerer, så blir det tatt tak i.

Avdelingsledere ved omsorgsboligene: Sannidal Bokollektiv, Tangheia, Stabbestad og Seniorsenteret

Vårt hovedinntrykk, etter intervju med avdelingslederne, er at de er kjent med og bruker de overordnede rutinene som ligger i QM+. Disse blir også gjennomgått med ansatte på personalmøter. Alle avdelingene har noen egne rutiner, i Teams, permer mm, men ingen av avdelingenes rutiner er lagt i QM+. Pasientrettede rutiner blir lagt inn i pasientjournalen i CosDoc, og disse står ofte på arbeidslister, som skrives ut daglig.

4.6.2. Spørreundersøkelse til ansatte omsorgsboliger med heldøgns omsorg

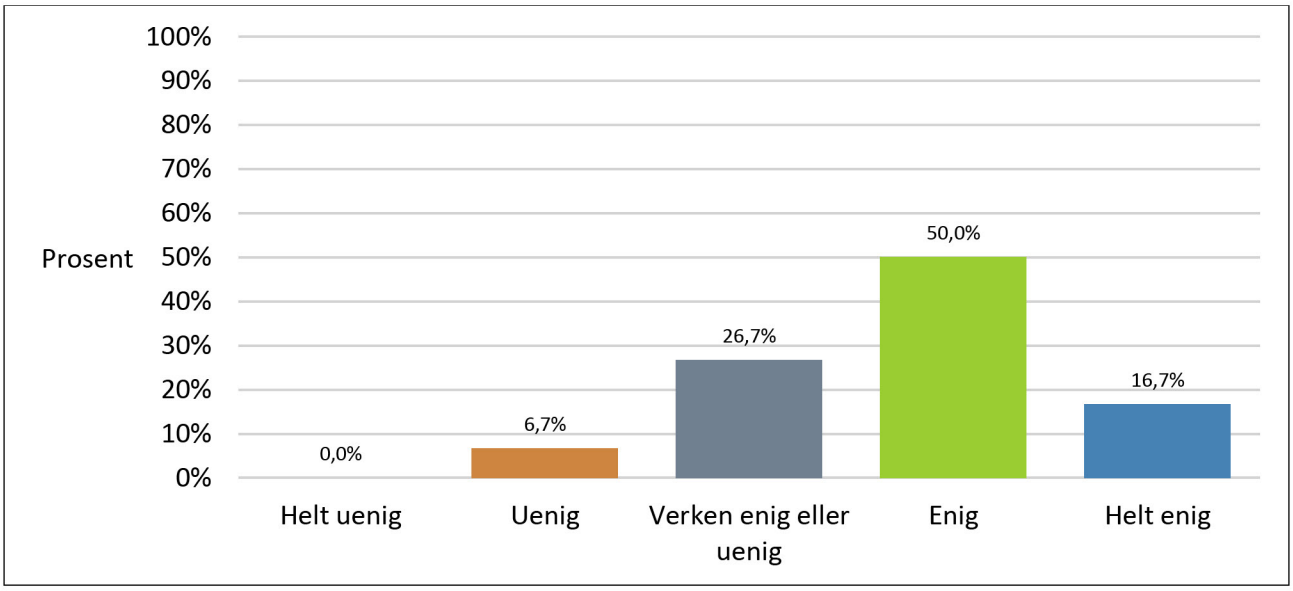
Vi spurte de ansatte i omsorgsboligene, om de er kjent med avdelingens rutiner og prosedyrer. Svarene vi mottok er oppsummert i tabellen på neste side.



Figur 5 - Svarfordeling på påstanden: Jeg er kjent med avdelingens rutiner/ prosedyrer/ maler, N= 30

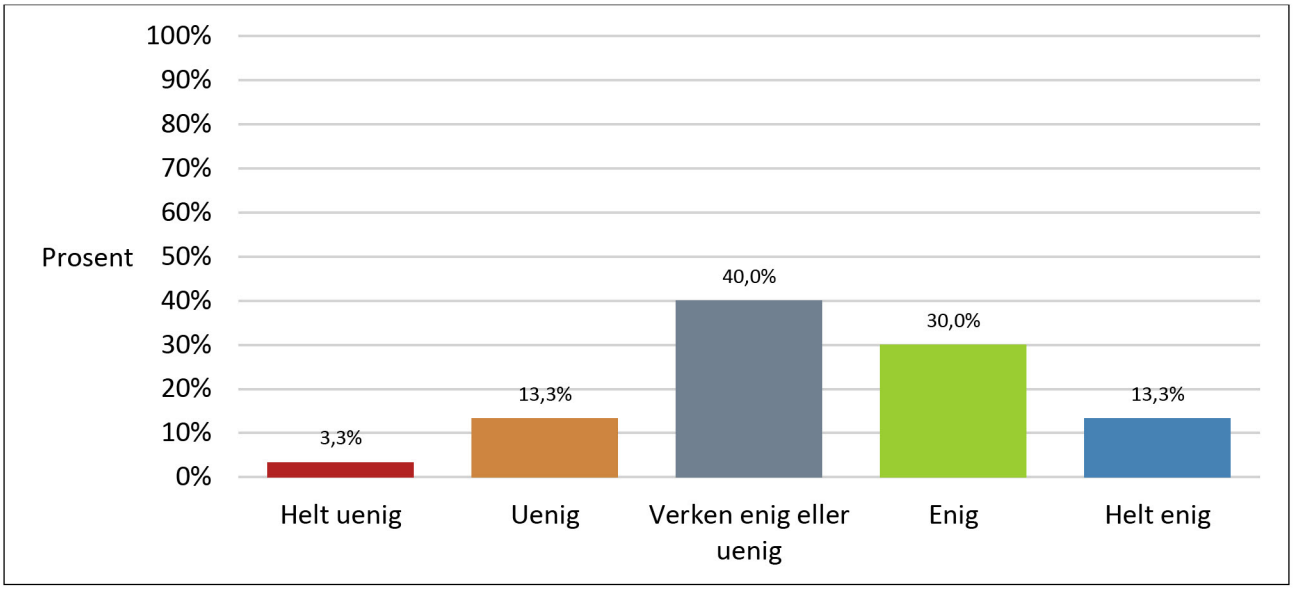
Figur 5 viser at hovedandelen av ansatte i HDO (87 %), er kjent med avdelingens rutiner/ prosedyrer/ maler, mens 13 % verken er enig eller uenig i påstanden.

Vi spurte også de ansatte om rutiner og prosedyrer er lett tilgjengelig.



Figur 6 - Svarfordeling på påstanden: Rutiner/ prosedyrer er lett tilgjengelig, N= 30

Som det fremgår av figur 6, er hovedandelen av ansatte i HDO (67 %), kjent med avdelingens rutiner/ prosedyrer/ maler. 27 % er verken enig eller uenig i påstanden og 7 % er uenige i at rutiner/prosedyrer er lett tilgjengelig.



Figur 7 - Svarfordeling på påstanden: Rutiner / prosedyrer er oppdatert, N= 30

Figur 7 viser at det er stor variasjon i svarene på påstanden om at rutiner/ prosedyrer er oppdatert. 43 % er enig i dette, mens 40 verken er enig eller uenig, og 17 % er uenig i påstanden.

4.7. Revisors vurdering – rutiner / prosedyrer/ forskrift

Kommunens retningslinjer for internkontroll sier at det skal det utarbeides retningslinjer, rutiner og prosedyrer innenfor sentrale områder.

Felles rutiner for kommunalområde Helse og omsorg er nylig revidert og samlet i kvalitetssystemet QM+, som er tilgjengelig for ansatte. Vi har ikke vurdert kvaliteten på rutinene.

Det ligger ingen prosedyrer/ rutiner i QM+ på avdelingsnivå. Tilbakemeldinger fra avdelingsledere og ansatte i omsorgsboligene, tilsier at det er behov for å oppdatere avdelingenes rutiner, samle dem og sørge for at de gjøres kjent for de ansatte.

Kommunen har en lokal forskrift med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Dette er i tråd med helse og omsorgstjenesteloven § 3-2 a, 2. ledd.

4.8. Kompetanse - data

4.8.1. Rutiner

Kommunens retningslinjer for internkontroll, pkt. 7.3 omhandler kompetanse og sier at:

> *Nærmeste leder skal sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskaper og ferdigheter til å utføre arbeidet på en faglig forsvarlig måte. Kompetansen skal sikres gjennom kompetansekartlegginger og utarbeiding av kompetanseplaner. Nærmeste leder skal sørge for at ansatte får tilstrekkelig opplæring i helse-, miljø- og sikkerhetsspørsmål.*

Ved nyansettelser benyttes *Onboarding – en håndbok for ledere i Kragerø kommune*. Onboarding handler om hele prosessen fra rekruttering og ansettelse, til forberedelse, mottak og integrering av en ny medarbeider.

4.8.2. Praksis beskrevet i intervju

Virksomhetsleder Bemannede omsorgsboliger og avdelingsledere HDO
Tilbakemeldinger gitt i intervju, viser at ingen avdelinger i HDO har noen dokumenterte kompetansekartlegginger eller utarbeidet kompetanseplaner.

Lederne opplyser at de snakker om den enkeltes ønsker om kompetanseutvikling på medarbeidersamtaler, som er en gang i året. De ansatte er stort sett positive til kompetanseheving, og virksomheten gjennomfører kompetanseheving, gjennom midler fra budsjett, men rammen de får er begrenset. De som ønsker å ta videreutdanning kan få det, men ikke alle samtidig. Det er flere som er i et utdanningsløp nå, enten for å få fagbrev som helsefagarbeider, eller som tar annen videreutdanning. De søker også prosjektmidler for å få opp grunnkompetansen.

Det ble opplyst at kommunen har ulike verktøy for kompetanseheving, som f.eks. medisinkurs gjennom KS-læring, som ansatte har deltatt med på. Ved nyansettelser bruker de håndboken Onboarding, og det oppleves som et godt hjelpemiddel.

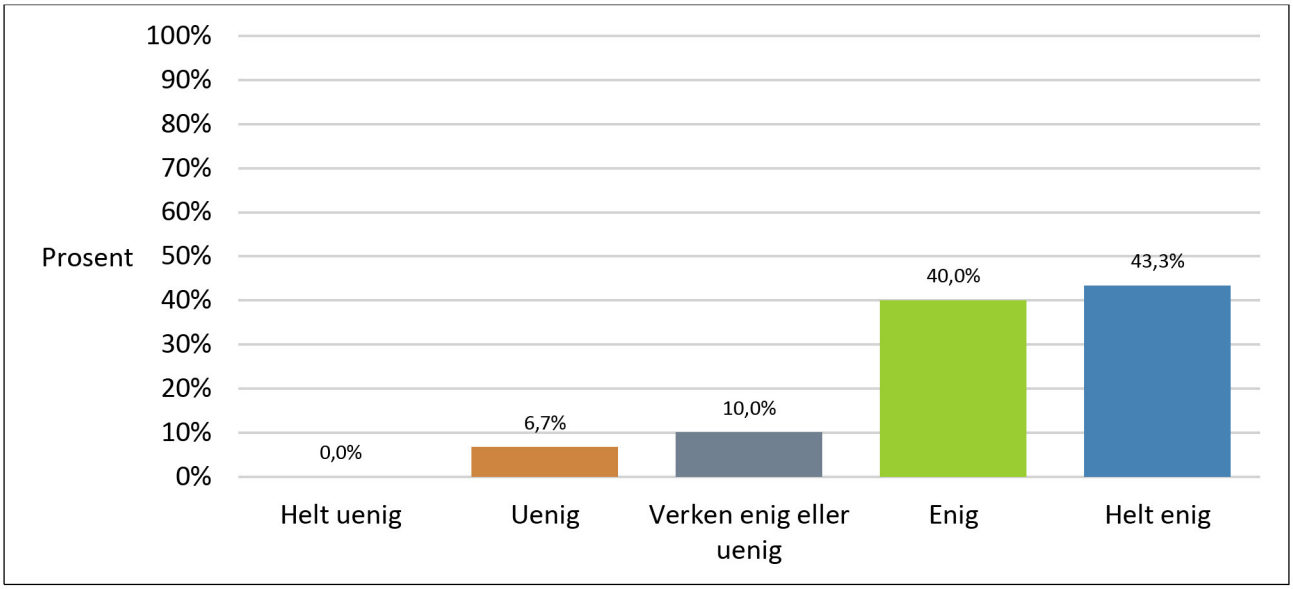
Videre er kompetanse sentralt når vakter settes opp. Det ble gitt uttrykk for at noen avdelinger til tider opplever at de har noe mangelfull kompetanse på vakter, og at det derfor er ønskelig med flere faglærte. Dette gjelder også på nattevakt. Flere avdelinger har hatt høyt sykefravær siste året, som gjør det vanskelig å få dekt opp vakter. Sykefravær dekkes opp med overtid fra ansatte og noe bruk av vikarer/ bemanningsbyrå. Ved sommer- og ferieavvikling, får de ofte inn vikarer, som ikke har nok kompetanse på området de skal jobbe. Det ble også presisert at avdelingene har mange dyktige ansatte, som er flinke til å ta ansvar, både faglærte og ufaglærte.

Tillitsvalgte / verneombud

I gruppeintervjuet med tillitsvalgte og verneombud, kom det frem at det alltid er behov for mer kompetanse, og at det kan være vanskelig å få nok kompetanse inn. Det ble også gitt uttrykk for at kommunen er positiv til kompetanseheving, og at det legges til rette for videreutdanning. Dette opplever de vi snakket med som positivt.

4.8.3. Spørreundersøkelse til ansatte omsorgsboliger med heldøgns omsorg

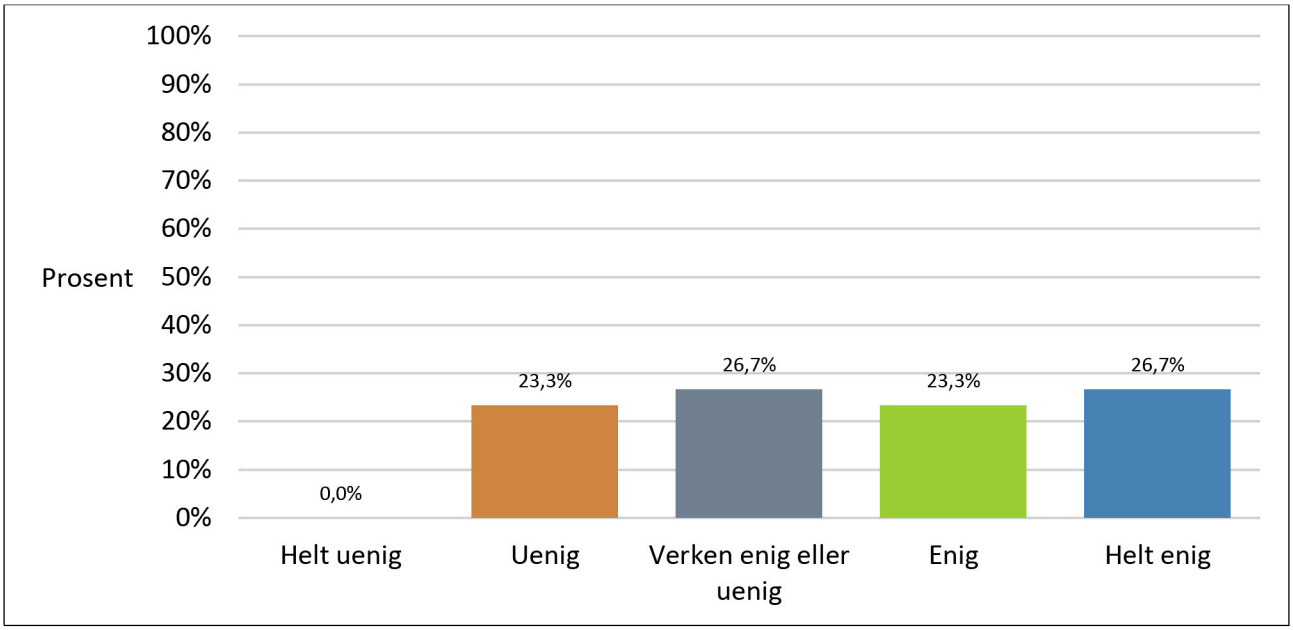
Vi spurte de ansatte i omsorgsboligene om de opplever at de har tilstrekkelig kompetanse til å gjøre jobben sin. Svarene vi fikk, fremgår av figuren nedenfor:



Figur 8 - Svarfordeling fra ansatte HDO, på påstanden: Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig kompetanse til å gjøre jobben min, N= 30

Figur 8 viser at 83 % av de ansatte opplever at de har tilstrekkelig kompetanse til å gjøre jobben sin, mens 10 % verken en enig eller uenig i påstanden, og 7 % er uenig i dette.

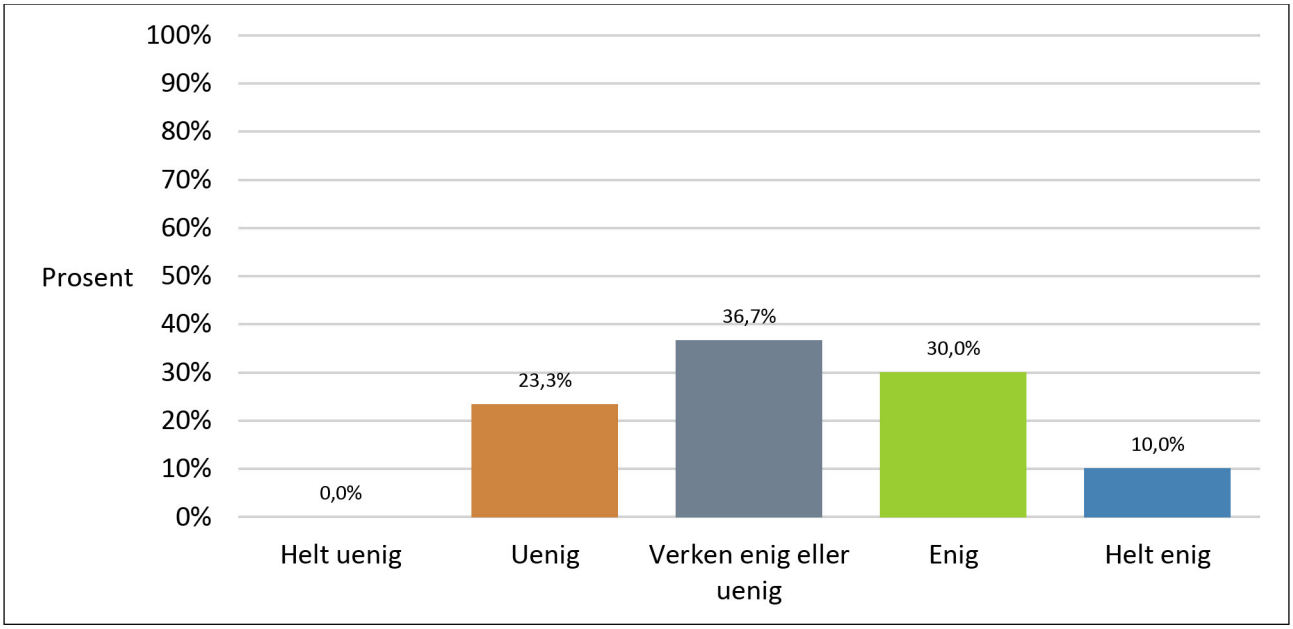
Vi spurte også de ansatte om hvordan de vurderer den samlede kompetansen i omsorgsboligen de tilhører:



Figur 9 - Svarfordeling fra ansatte HDO, på påstanden: Jeg opplever at det er tilstrekkelig kompetanse innenfor ansvarsområdet i omsorgsboligen, N= 30

Figur 9 viser at det er stor variasjon i svarene. Halvparten er enig eller helt enig i at det er tilstrekkelig kompetanse innenfor ansvarsområdet i omsorgsboligen, mens den andre halvparten enten er uenig (23 %), eller verken enig eller uenig (27 %) i dette.

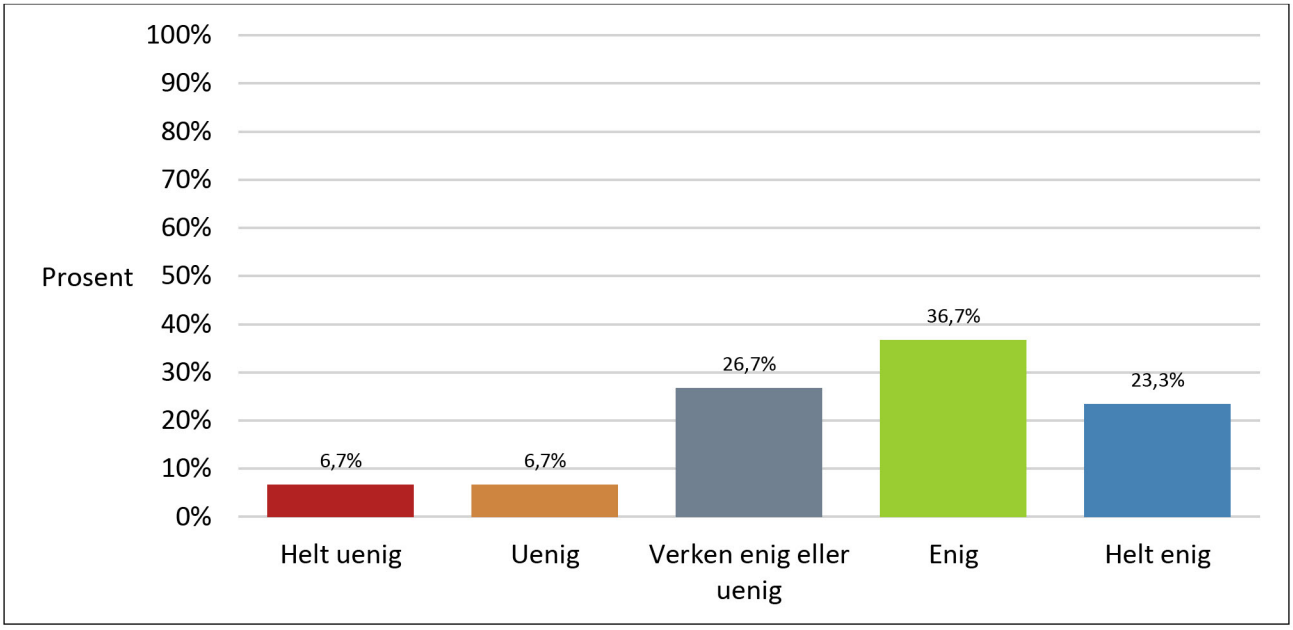
Vi stilte også spørsmål om opplæring innenfor HMS:



Figur 10 - Svarfordeling fra ansatte HDO, på påstanden: Jeg opplever at jeg har fått tilstrekkelig opplæring i helse-, miljø- og sikkerhetsspørsmål, N= 30

Figur 10 viser også stor variasjon i svarene. Det er kun 40 %, som opplever at de har fått tilstrekkelig opplæring i helse-, miljø- og sikkerhetsspørsmål, mens 23 % er uenig i påstanden, og 37 % er verken enig eller uenig i dette.

Vi spurte også de ansatte om hva de får av opplæring:



Figur 11 - Svarfordeling fra ansatte HDO, på påstanden: Jeg opplever at jeg får tilstrekkelig opplæring ved behov, N= 30

Figur 11 viser at 60 % av de ansatte, opplever at de får tilstrekkelig opplæring ved behov, mens en mindre andel, 13 %, er uenig i dette. 27 % svarer at de verken er enig eller uenig i påstanden.

4.9. Revisors vurdering – kompetanse

Kommunen har retningslinjer for internkontroll som omhandler kompetanse. Retningslinjene sier at arbeidstakerne skal ha tilstrekkelig kunnskaper og ferdigheter til å utføre arbeidet på en faglig forsvarlig måte, og at kompetansen skal sikres gjennom kompetansekartlegginger og utarbeiding av kompetanseplaner.

Våre undersøkelser viser at den enkeltes ønsker om kompetanseheving blir tatt opp på medarbeidersamtaler. Virksomhet HDO har imidlertid ikke en oversikt over medarbeidernes kompetanse eller behov for opplæring.

Kommunen har ulike verktøy for kompetanseheving, som ulike kurs, som ansatte i HDO har vært med på. Både ledere og tillitsvalgte/ verneombud, forteller at kommunen er positive til kompetanseutvikling, men at det begrenses av ressurser. Spørreundersøkelsen til ansatte viser at de aller fleste opplever at de har tilstrekkelig kompetanse til å gjøre jobben sin. Vi registrerer imidlertid at det er stor variasjon i svarene, på om det er tilstrekkelig kompetanse innenfor ansvarsområdet i omsorgsboligen. Tilbakemeldinger gitt i intervju, tyder på at noen avdelinger til

tider ikke har nok faglærte på jobb, og at det derfor er ønskelig med flere faglærte. Når det gjelder opplæring, så viser spørreundersøkelsen at 60 % opplever at de får tilstrekkelig opplæring ved behov, mens kun 40 % opplever at de har fått tilstrekkelig opplæring i helse-, miljø- og sikkerhetsspørsmål. Etter vår mening gir spørreundersøkelsen indikasjoner på at det er en andel ansatte, som har behov for mer opplæring, på ulike områder.

4.10. Risikobasert internkontroll - data

4.10.1. Rutiner

Kommunens retningslinjer for internkontroll sier følgende om risikovurderinger (pkt. 7.5).

- *Risikovurderingene har til hensikt å avdekke risiko/problemområder og bidra til forbedring av praksis på alle administrative og operative områder i kommunen. Når risikoområder er identifisert, skal det utarbeides forebyggende og konsekvensreduserende tiltak*
- *På strategisk nivå gjennomføres risikovurderinger i forbindelse med den årlige planprosessen, med fokus på strategier, mål og lovkrav*
- *Status for avvik i kommunen som helhet, varsler, resultater fra bruker- eller medarbeiderundersøkelser, vernerunder, samt risikovurderinger gjennomført på lavere nivå, legges til grunn for risikovurderingene*
- *Ledere på lavere nivå skal gjennomføre risikovurderinger på eget ansvarsområde*
- *Når risikovurderingene er gjennomført, skal ledere på ulike nivåer i organisasjonen ha oversikt over de viktigste risikoer og hvilke områder og prosesser som må prioriteres i internkontrollarbeidet*
- *Risikovurderingene skal gjennomføres i kommunens internkontrollsystem*
- *Med utgangspunkt i risikovurderinger må årsaken til problemet/avviket identifiseres, og forebyggende og konsekvensreduserende tiltak iverksettes*
- *Hvilke tiltak som skal iverksettes, inkl. tiltak som vil få budsjettmessige konsekvenser, må fattes på riktig nivå og av personer som har myndighet til å fatte slike beslutninger*
- *Når det er besluttet hvilke tiltak som skal iverksettes, utformes tiltakene som hovedregel i form av en rutine/prosedyre som beskriver hva, hvem og hvordan.*

Retningslinjen viser at ledere på lavere nivå skal gjennomføre risikovurderinger på eget ansvarsområde, men det er ikke krav til hvor ofte dette skal gjøres.

Kommunen har også en egen Retningslinje for gjennomføring av Risiko-vurderinger på HMS-området, sist endret 13.01.22. Retningslinjen viser at full risikovurdering av drift som hovedregel skal gjennomføres minimum hvert 3. år. På beredskapsfeltet skal det gjennomføres helhetlig ROS-

analyse minst hvert 4. år, i forbindelse med revisjon av Kommuneplanen. Ellers skal risikovurderinger gjennomføres ved behov og alltid vurderes gjennomført ved følgende forhold:

- *Som følge av overordnede beslutninger, evt. etter tilsyn*
- *Ved endringsprosesser/omorganisering*
- *Ved tildeling av nye oppgaver*
- *Ved tjenester til nye brukere/pasienter*
- *I forbindelse med, eller i etterkant av uforutsette hendelser*
- *Ved melding om uønska hendelser*
- *Ved gjentakende HMS- eller kvalitetsavvik*

Videre står det i retningslinjen at risikovurderinger skal gjennomføres QM+ og at helhetlig ROS på beredskapsfeltet skal følge mal fra DSB.

4.10.2. ROS-analyser HDO

Både virksomhetsleder Bemannede omsorgsboliger og avdelingsledere i HDO, opplyser at de risikovurderer alle nye ting, f.eks. ROS for alle nye beboere, med vurderinger knyttet til utfordringer som utagerende demente, alkohol, røyk, vold og trusler, eller andre forhold, når det er fare for pasienter eller ansatte. Dette legges inn i pasientjournalen i CosDoc. Ved behov lages det interne skriftlige rutiner for den enkelte pasienten, som da også legges inn i pasientjournalen i Cosdoc. Det ble også opplyst at det ikke er så ofte det er behov for slike rutiner i HDO. Pasientene har ikke så mye av disse utfordringene, ikke i samme skala som i andre avdelinger/ virksomheter.

En avdelingsleder ga uttrykk for at hun savner hvor ofte skal det gjøres ROS-analyser, og på hvilke områder. Hun ønsker at krav til ROS-vurderinger kommer inn i årshjul for lederne.

Vi har mottatt dokumentasjon som viser at det i 2022/23 er gjennomført ROS-analyser i alle de fire avdelingene (Sannidal bokollektiv, Seniorsenteret, Stabbestad og Tangheia) i virksomhet Bemannede omsorgsboliger. Vi har registrert at disse ROS-analysene er dokumentert i kommunens internkontrollsystem, QM+, og at skjema for risikovurdering er benyttet. I risikovurderingene er risikoområdet/ hendelsen beskrevet, tiltak som reduserer sannsynlighet for at hendelsen skjer og tiltak som reduserer konsekvenser av en eventuell hendelse. Videre viser risikovurderingen hvem som er involvert i arbeidet og hvem som er ansvarlig for innføringen av risikoreduserende tiltak. Tabellen på neste side viser en oversikt over antall gjennomførte ROS-vurderinger, fordelt på de ulike bemannede omsorgsboligene:

Bemannede omsorgsboliger	Antall ROS-analyser – 2022	Antall ROS-analyser - 2023[8]
Sannidal bokollektiv	0	1
Seniorsenteret	1	1
Stabbestad omsorgsbolig	0	1
Tangheia omsorgsbolig	1	32
Sum	2	35

Tabell 12 - Oversikt over antall gjennomførte ROS-vurderinger fordelt på de ulike bemannede omsorgsboligene i HDO

Det følger av tabellen at det i 2022 ble gjennomført totalt to ROS-analyser i QM+, innenfor heldøgns bemannede omsorgsboliger (HDO), mens det i 2023 er gjennomført totalt 35 i QM+. Det er Tangheia, som har hatt mange ROS-vurderinger i 2023. Tangheia har analysert de ulike risikoområdene høsten 2023, og involvert ansatte i avdelingen i arbeidet.

Tabellen nedenfor viser hvilke områder som er risikovurdert i 2022 og 2023:

Risikoområder	Antall ROS-analyser – 2022	Antall ROS-analyser – 2023
Arbeidstidsordning		0
Brann		1
Digitalisering		1
Ergonomi		13
Maskiner og utstyr		1
Organisatoriske forhold	1	2
Psykososiale forhold		14
Verneutstyr	1	1
Vold og trusler		2
Sum	2	35

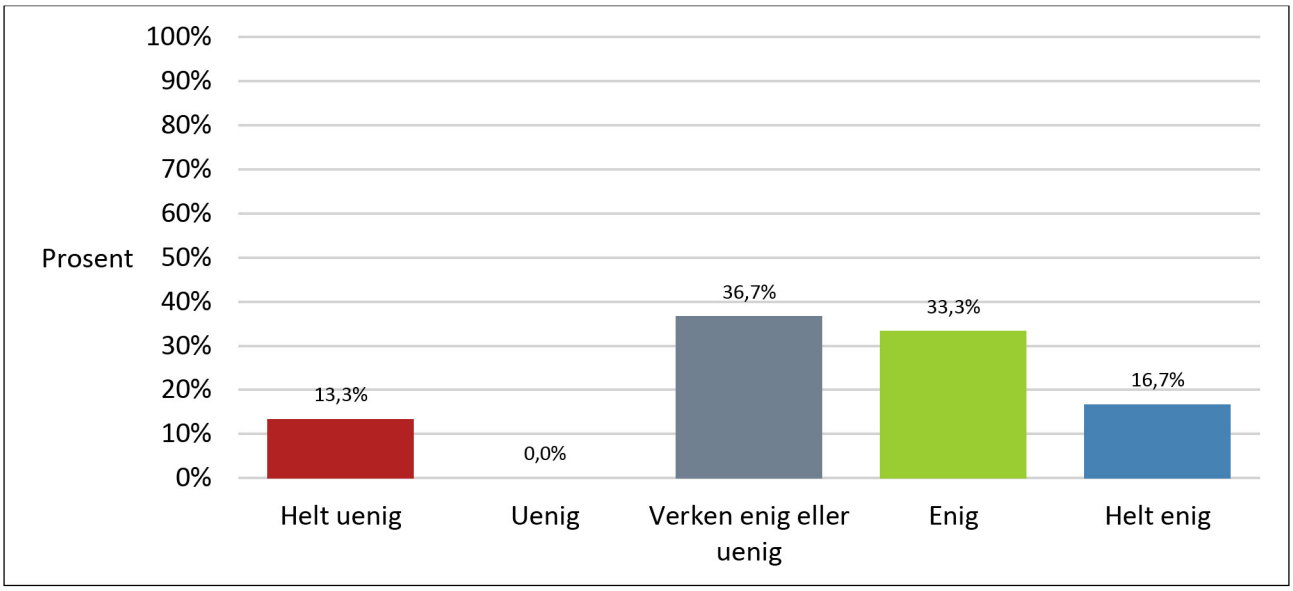
Tabell 13 - Områder som er risikovurdert i HDO i 2022 og 2023

Som det fremgår av tabell 13, er det kun gjennomført ROS, som har med HMS å gjøre. De fleste ROS-analysene er innenfor områdene ergonomi og psykososiale forhold. Det er ikke gjennomført risikovurderinger som er knyttet til manglende oppfyllelse av kvalitet på tjenester.

[8] ROS-analyser 2023 er per 5. oktober

4.10.3. Spørreundersøkelse til ansatte i HDO

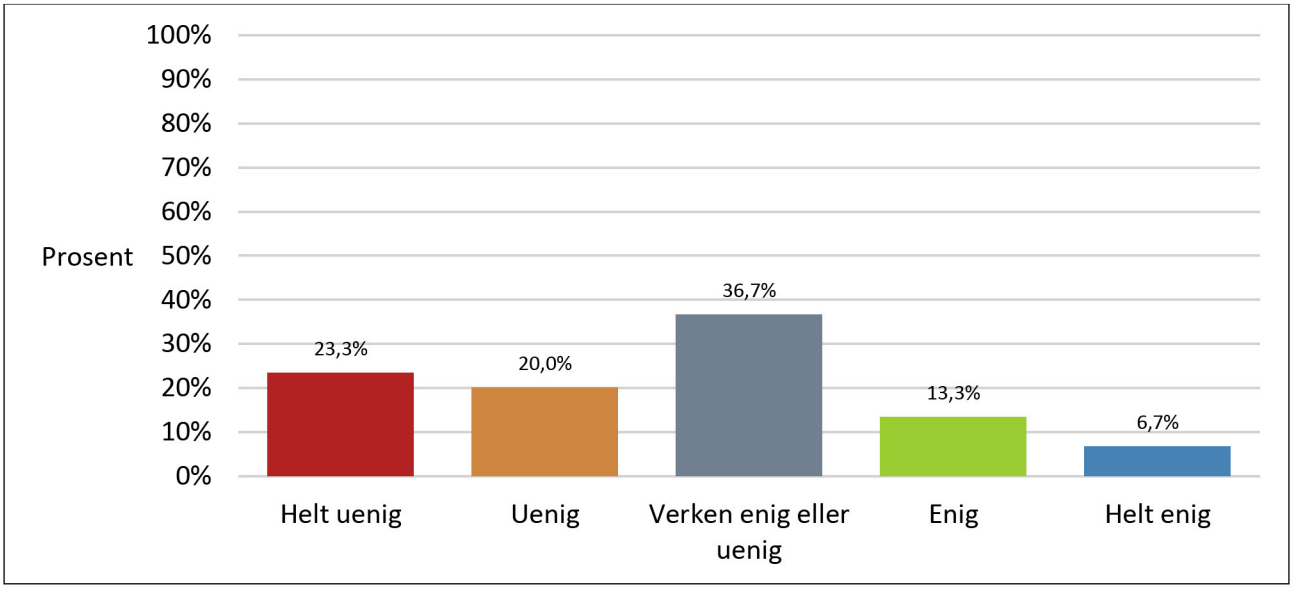
Vi ba de ansatte i omsorgsboligene ta stilling til flere påstander om risikovurderinger. Først spurte vi om de er kjent med hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav i omsorgsboligen der de jobber. Svarene følger i figuren nedenfor.



Figur 12 - Svarfordeling på påstanden: Jeg er kjent med omsorgsboligens områder hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav N= 30

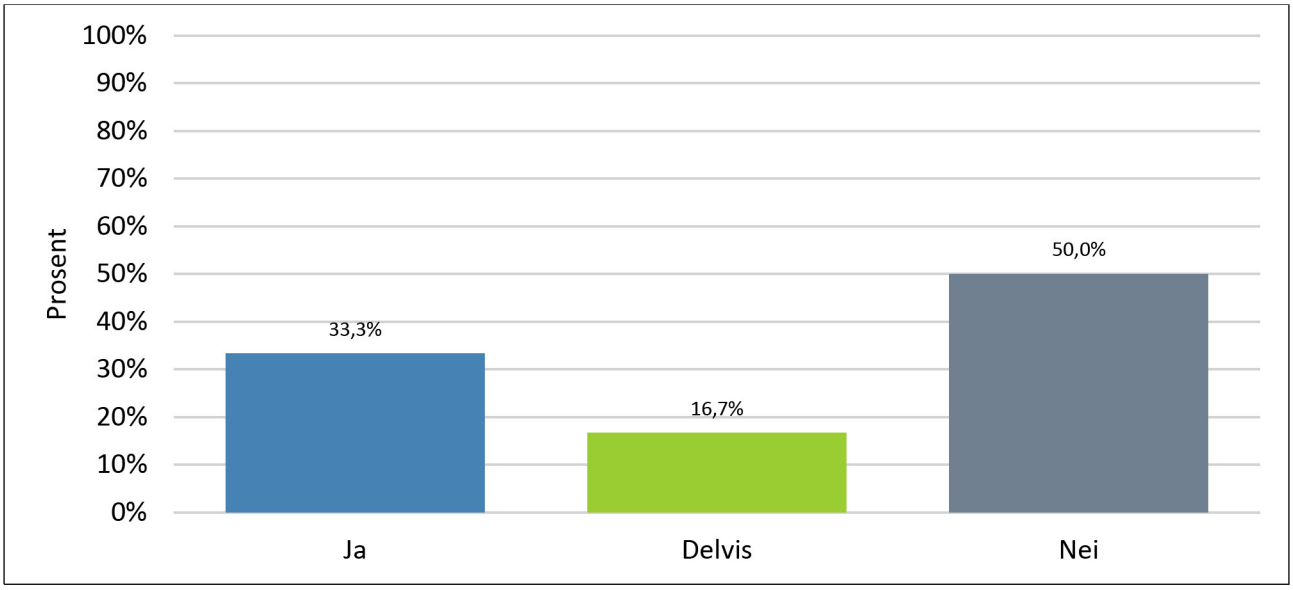
Figur 12 viser at det er variasjon i svarene på hvor kjent de ansatte er med omsorgsboligens områder, hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav. 50 % er kjent med dette, mens 37 % verken er enig eller uenig i påstanden og 13 % er helt uenig.

Vi spurte også om de ansatte har vært involvert i ROS-arbeid:



Figur 13 - Svarfordeling på påstanden: Jeg har i løpet av 2022-2023 vært involvert i kartlegging av områder, hvor det risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav N= 30

Figur 13 viser at 43 %, ikke har vært involvert i kartlegging av områder hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav. 37 % svarer at de verken er enig eller uenig i påstanden. Et fåtall, 20 %, svarer at de har vært involvert i dette.



Figur 14 - Svarfordeling på spørsmålet: Har du erfaring med at kartlegging av risikoområder i 2022-2023 har ført til iverksetting av risikoreduserende tiltak? N=30

Figur 14 viser at hovedandelen (50 %), av de som har svart, ikke har erfaring med at kartlegging av risikoområder i 2022 – 2023, har ført til iverksetting av risikoreduserende tiltak. 33 % svarer ja på dette spørsmålet, mens 17 % svarer delvis.

4.11. Revisors vurdering – risikobasert internkontroll

KS' anbefaler at internkontrollen skal være risikobasert. Dette innebærer at det bør kartlegges hva som kan gå galt i kommunen - både innenfor HMS og mer tjenestespesifikt. I forlengelsen av kartleggingen av risikoområder bør risikoreduserende tiltak dokumenteres, iverksettes og evalueres.

Kragerø kommune har en retningslinje for internkontroll, som blant annet omhandler at det skal gjøres risikovurderinger, både på strategisk og lavere nivå. Risikovurderingene har til hensikt å avdekke risiko/problemområder og bidra til forbedring av praksis på alle administrative og operative områder i kommunen. Ifølge prosedyren skal det på strategisk nivå gjennomføres risikovurderinger i forbindelse med den årlige planprosessen, med fokus på strategier, mål og lovkrav.

Ifølge retningslinjen for internkontroll, skal ledere på lavere nivå gjennomføre risikovurderinger på eget ansvarsområde, men det er ikke konkretisert hvor ofte dette skal gjøres eller på hvilke områder det skal gjennomføres risikovurderinger. Kommunen har også en retningslinje for

Risikovurderinger på HMS-området, som ligger i QM+. Retningslinjen viser at full risikovurdering av drift, som hovedregel skal gjennomføres minimum hvert 3. år. I QM+ ligger maler, som skal benyttes til ROS-vurderinger.

Vi vurderer at kommunens retningslinje for internkontroll sikrer at det systematisk gjennomføres risikovurderinger på strategisk nivå. Vi vurderer imidlertid, at kommunes retningslinje mangler en nærmere beskrivelse av hvordan ledere på lavere nivå, systematisk skal gjøre risikovurderinger på områder, hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten. Ved at alle ledere gjør dette systematisk, vil kommunen få oversikt over risiko-/ problemområder i hele kommunen.

Våre undersøkelser viser at omsorgsboliger med heldøgns bemanning (HDO), har gjennomført ROS-vurderinger i 2022 og 2023 innenfor HMS-området, og dokumentert dette i QM+, i tråd med retningslinjen for internkontroll og Retningslinje for gjennomføring av Risiko-vurderinger på HMS-området. I risikovurderingene er risikoområdet/ hendelsen beskrevet, tiltak som reduserer sannsynlighet for at hendelsen skjer og tiltak som reduserer konsekvenser av en eventuell hendelse. Videre viser risikovurderingen hvem som er involvert i arbeidet og hvem som er ansvarlig for innføringen av risikoreduserende tiltak. Ifølge intervjuer med ansatte i HDO, gjøres det også ROS-vurderinger på enkeltpersoner ved behov, som dokumenteres i pasientens journal. Vi har imidlertid ikke sett at det er gjennomført systematiske ROS-vurderinger innenfor tjenestekvalitet i 2022 og 2023, eksempelvis på områdene legemiddelhåndtering eller ernæring, som har vært et område hvor det har vært gjentagende avvik. Ifølge kommunes rutiner for internkontroll/ ROS-vurderinger, skal områder med gjentagende avvik risikovurderes.

4.12. Kontrollaktiviteter - avvikssystem - data

4.12.1. Avvikssystem i QM+

QM+ skal benyttes for elektronisk registrering, behandling og arkivering av HMS-meldinger, tjenestekvalitetsmeldinger og skademeldinger.

4.12.2. Rutiner/ retningslinjer

Punkt 7.4 i kommunens retningslinjer for internkontroll omhandler *avvik:*

- *Systematisk registrering av avvik skal bidra til å forebygge brudd på lover, forskrifter, prosedyrer og rutiner, slik at samme hendelse ikke inntreffer på nytt*
- *Dersom hendelsen ikke er definert som et avvik, kan den defineres som en uønsket hendelse, der tiltaket kan være å forebygge gjentakelse, eksempelvis gjennom utarbeiding av en rutine eller prosedyre*
- *Dersom avviket gjelder ansatte, meldes dette som et HMS-avvik*
- *Dersom avviket gjelder tjenester eller tjenestemottakere, meldes det som et kvalitetsavvik*
- *Avvikshåndtering eksisterer parallelt med og supplerer den risikobaserte internkontrollen Der risikokartleggingen fører frem til tiltak basert på vurdering i*

> *forkant, gir avvikshåndtering tiltak og læring basert på erfaring, altså i etterkant av eventuelle uønskede hendelser Alle ansatte skal melde avvik til nærmeste leder. Avvikene skal meldes i kommunens internkontrollsystem. Ledere skal påse at avvikene behandles, og så langt råd er, lukkes innenfor en frist på 3 uker*

I tillegg til kommunens retningslinjer for internkontroll, har kommunen er *Prosedyre for melding av avvik og uønskede hendelser*, sist endret 9.8.18. Prosedyren ligger tilgjengelig for alle ansatte i QM+ under fanen *HMS-Håndbok*.

Formålet med prosedyren er:

> *Å sikre at tjenestene som tilbys til enhver tid er trygge og faglig forsvarlige*
> *Å sikre at ansattes helse, miljø og sikkerhet ivaretas til enhver tid*

Prosedyren viser definisjoner på avvik, HMS-avvik, kvalitets-avvik, uønsket hendelse, strakstiltak, å lukke avvik:

> ***Avvik:** Brudd på krav, fastsatt i, eller med hjemmel i lov, forskrift, prosedyre eller instruks, inkl. internt reglement.*
> ***HMS-avvik:** Avvik som gjelder ansatte*
> ***Kvalitets-avvik**: Avvik som gjelder produkter og tjenester*
> ***Uønsket hendelse:** Hendelse som oppstår uten at det er brudd på krav/ lov/ forskrift eller internt reglement.*
> ***Strakstiltak:** Tiltak man iverksetter for å minimere eventuelle skadelige konsekvenser*
> ***Å lukke avviket:** Når forholdet som førte til avviket er rettet opp.*

Prosedyren viser ansattes ansvar når avvik/ uønsket hendelse oppdages:

- *Melde fra til nærmeste leder*
- *Iverksette mulige strakstiltak*
- *Fylle ut meldingsskjema i QM+ og sende til nærmeste leder*

Lederes ansvar ifølge prosedyren:

- *Iverksette strakstiltak, dersom det er nødvendig*
- *Gjennomgå hendelsesforløpet med melderen og evt. verneombud.*
- *Leder skal behandle meldingen senest 3 uker etter at avviket er meldt ved å:*
- *Identifisere bakenforliggende årsak*
- *Gjennomføre en enkel risikovurdering*
- *Avklare behandling:*
  Alt.1: Avslutte saken ved å foreslå tiltak for å unngå at avviket gjentar seg
  Alt.2: Sende saken til en annen saksbehandler for å få avviket lukket
- *Planlegg og iverksett tiltak*
- *Gi tilbakemelding til den som har meldt avviket*
- *Følge opp og påse at tiltaket fungerer som det skal*
- *Meldinger om avvik og uønskede hendelser skal gjennomgås jevnlig i personalgruppa, f. eks på personalmøter.*

- *Avvik som har eller kunne ha medført personskade skal alltid rapporteres til KAMU, uavhengig av om forholdet er lukket eller ikke. Jf. AML § 7-2 (4)*
- *HMS-avvik som ikke kan lukkes etter å ha blitt behandlet linjevei skal sendes til KAMU for behandling. Dersom det ikke kan lukkes der, skal det videre til HAMU.*

Avvik skal rapporteres og arkiveres:

- *HMS- og kvalitetsrådgiver rapporterer avvik fast i tertialrapporteringer og i HAMU*
- *Lukkede/behandlede avvik arkiveres automatisk i QM+.*

Revisor har hatt tilgang til QM+, og undersøkt hvordan avvik skal meldes i systemet. På første siden i QM+ er det en knapp for *Registrer ny melding (avvik)*. Her kan den ansatte velge mellom HMS-melding, Kvalitets-melding, Personvernmelding og Skademelding. Neste steg er å beskrive hendelsen, hvor hendelsen har funnet sted, hva du tror kan være bakenforliggende årsak, strakstiltak som ble iverksatt og forslag til tiltak som kan forhindre gjentakelse. Videre skal meldingen/ avviket sendes (går da til nærmeste leder).

Ifølge virksomhetsleder skal avvik, som gjelder en pasient, også dokumenteres på pasientens journal i CosDoc (journalsystemet).

4.12.3. Meldte avvik i HDO – 2022 og 2023

Følgende statistikk over alle meldte avvik i HDO i perioden 1.1. – 31.12.22 og 1.1. – 5.10.23, er hentet ut fra QM+:

Meldte avvik 2022:

Bemannede omsorgsboliger (HDO)	HMS-melding 2022	Kvalitets-melding 2022	Personvern-melding 2022	Skade-melding 2022	Sum avdeling
Sannidal bokollektiv	35	45		1	81
Seniorsenteret	1	8	0		9
Stabbestad omsorgsbolig	17	12	0	2	31
Tangheia omsorgsbolig	12	30	0	5	47
Sum meldinger (avvik/ uønskede hendelser) bemannede omsorgsboliger 2022	65	95	0	8	168

Tabell 14 - Meldte avvik HDO - 2022

Meldte avvik per 5.10.2023:

Bemannede omsorgsboliger	HMS-melding 2023	Kvalitets-melding 2023	Personvern-melding 2023	Skade-melding 2023	Sum avdeling
Sannidal bokollektiv	33	35	0	4	72

Seniorsenteret	3	47	1	0	51
Stabbestad omsorgsbolig	6	19	0	1	26
Tangheia omsorgsbolig	8	13	1	5	27
Sum meldinger (avvik/ uønskede hendelser) bemannede omsorgsboliger 2023	50	114	2	10	176

Tabell 15 - Meldte avvik HDO - 2023 (per. 5.10.)

Tabell 14 viser at det i 2022 var meldt 168 avvik i HDO. Det er meldt flest avvik i Sannidal bokollektiv. Hovedandelen, 57 %, gjelder kvalitetsmelding/ avvik. Eksempler på kvalitetsmelding/avvik er knyttet til medikamenthåndtering, ytre miljø, skade på tjenestemottaker/ innbygger, digitalisering, kost/ ernæring og kompetanse. 39 % av avvikene var HMS-melding/avvik.

Alle meldte avvik i 2022 er lukket.

Tabellen 15 viser at det er meldt 176 avvik per 5.10.2023, som er noen flere avvik enn for hele året i 2022. Det er mindre variasjon i antall meldte avvik i de fire avdelingen i 2023. Andelen Kvalitetsmelding/ avvik i 2023 er 65 %, mens HMS-meldingene/avvikene er på 28 %.

Alle meldte avvik i 2023, i ovennevnte avdelinger, er lukket, med unntak av tre avvik i Sannidal bokollektiv.

4.12.4. Melding av avvik og oppfølging av meldte avvik - praksis beskrevet i intervju

Virksomhetsleder Bemannede omsorgsboliger

Virksomhetsleder opplyser at de har QM+, som fast agendapunkt på virksomhetsmøter (med avdelingsledere) ca. 1 gang i måneden, hvor avviksstatistikk, med fristbrudd, lukkede avvik, hvordan de ligger an osv. er tema.

Avdelingsledere HDO

Det ble opplyst at nyansatte får en gjennomgang på hvordan avvikssystemet fungerer, og en forklaring på hva, som er en uønsket hendelse, som skal registreres i CosDoc, og at alle avvik skal registreres i QM+. Enkelte avdelingsledere ga uttrykk for at det kan være behov for et oppfriskningskurs i avvikssystemet og hva som er et avvik og en uønsket hendelse.

Avdelingslederne opplyste at avvik blir fulgt opp på personalmøter (hver 6. uke), mens alvorlige ting blir tatt opp raskt. Noen mente at oppfølgingen av meldte avvik, for læring og forbedring, kunne vært bedre, og at mye av grunnen til dette, er at en stor del av arbeidsdagen deres, går med til å dekke opp vakter og sørge for forsvarlig bemanning.

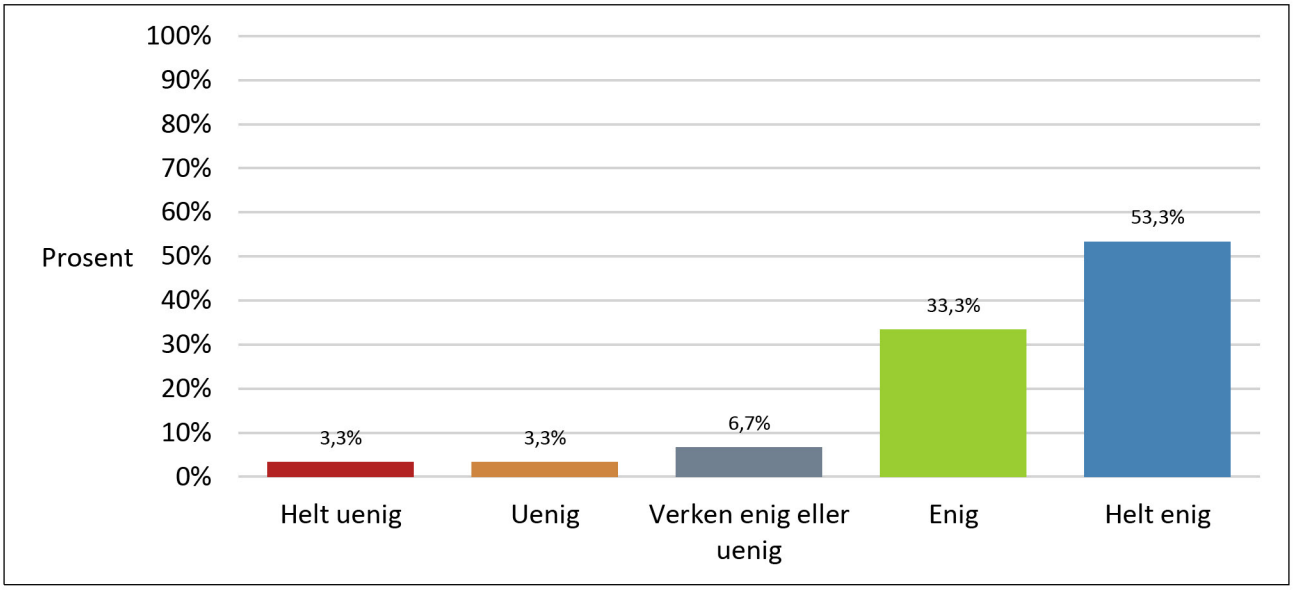
Mye avvik har gått på for lite bemanning og medisinavvik, som oppleves som en vanskelig utfordring. De har nå gjort tiltak på systemnivå innenfor medisinavvik/ legemiddelhåndtering. En avdelingsleder uttrykte at hun tror tiltaket har hjulpet, men at det bør gjentas.

Tillitsvalgte / verneombud

De fire vi snakket med i gruppeintervjuet, tror at de fleste vet hvordan avvik skal registreres, men at mange opplever at de ikke har tid. De mener også at det burde vært mer opplæring i systemene de bruker; Teams, Cosdoc, QM+ m/flere, til både nyansatte og vikarer. Det ble også uttrykt at det mangler kompetanse, blant de ansatte, på hva som er et avvik og en uønsket hendelse. Dersom man er trygg på dette, ville man registrert flere avvik. De mener at dette er ferskvare og bør tas opp regelmessig på personalmøter. Avvik, som gjentar seg, blir tatt opp på personalmøter.

4.12.5. Spørreundersøkelse – hva mener ansatte om å melde avvik/ uønsket hendelse, avvikshåndtering og oppfølging av meldte avvik?

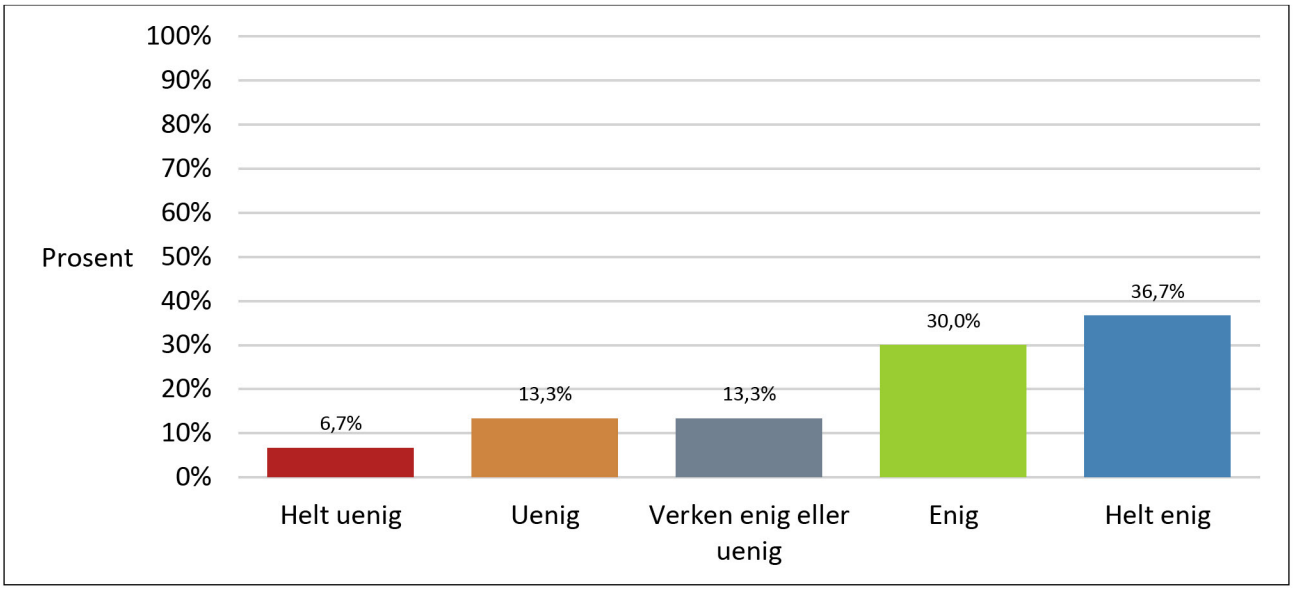
Vi har bedt alle de ansatte i HDO om å svare på ulike påstander om avvikshåndtering. Vi spurte først om de ansatte er kjent med hvordan de skal melde avvik/ uønsket hendelse:



Figur 15 - Svarfordeling på påstanden: Jeg er kjent med hvordan jeg skal melde avvik/ uønsket hendelse i QM+, N= 30

Figur 15 viser at 87 % er kjent med hvordan de skal melde avvik, mens 7 % er litt eller helt uenig i dette og 7% er verken enig eller uenig.

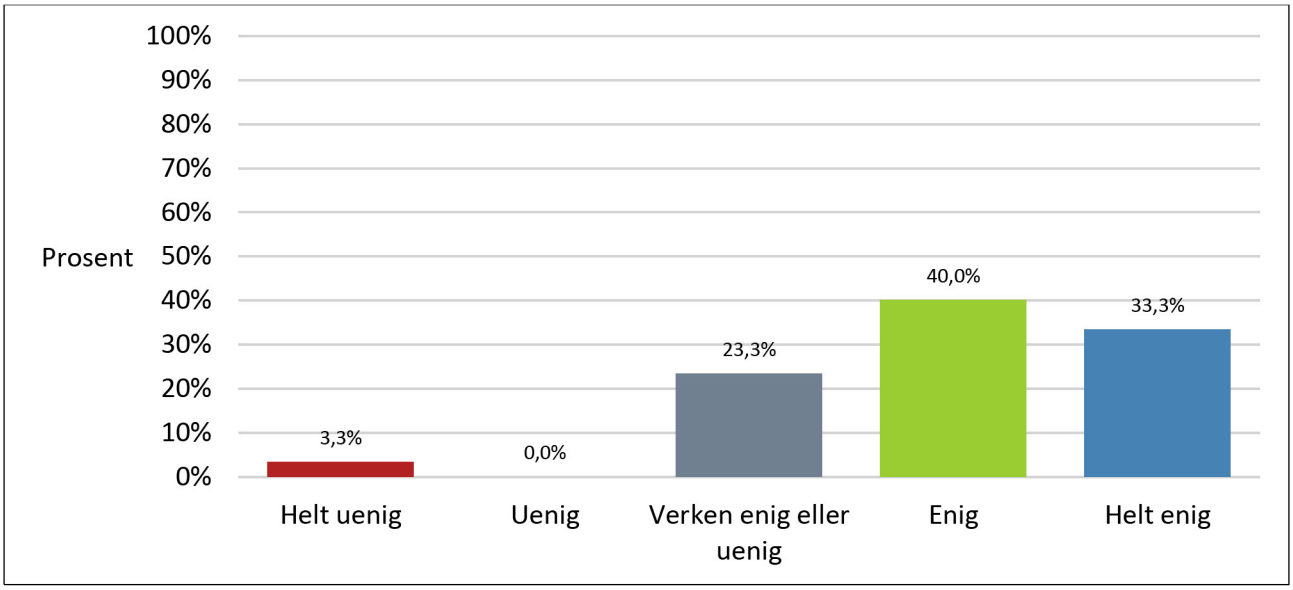
Videre spurte vi om de har fått opplæring i å melde avvik/ uønsket hendelse i QM+:



Figur 16 - Svarfordeling på påstanden: Jeg har fått opplæring i å melde avvik/ uønsket hendelse i QM+, N= 30

Figur 16 viser at hovedandelen, 67 %, har fått opplæring, mens 20 % er litt eller helt uenig i dette, og 13 % er verken enig eller uenig.

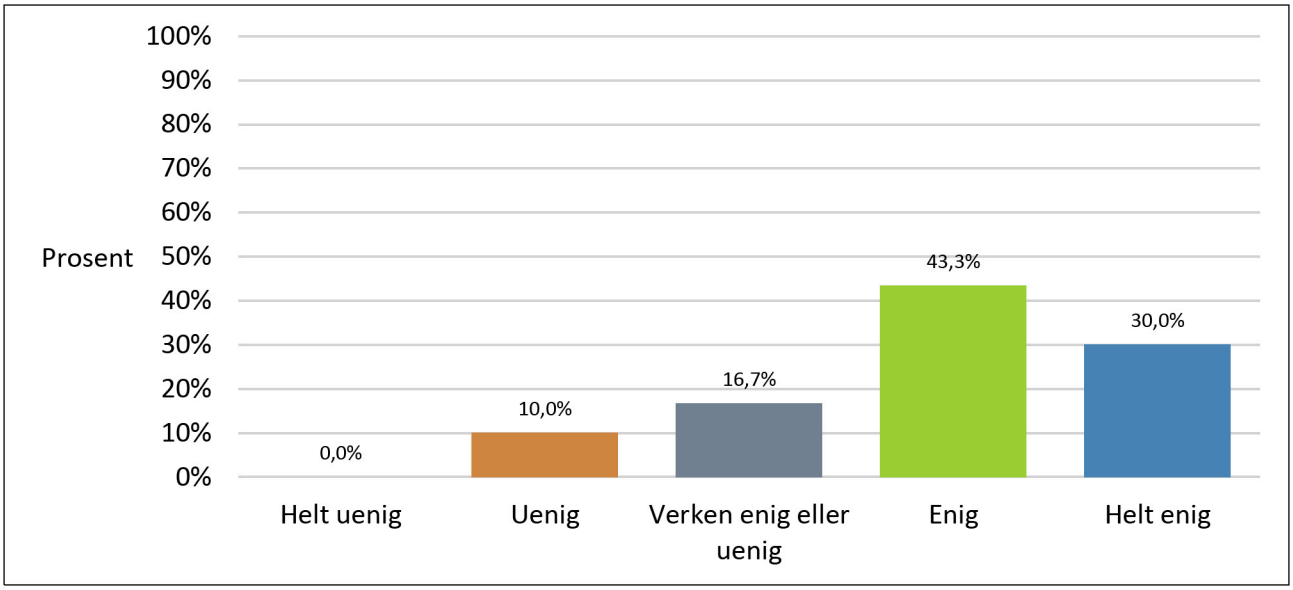
På spørsmål om de ansatte er trygge på hva som utgjør et avvik/ uønsket hendelse fordelte svarene seg slik:



Figur 17 - Svarfordeling på påstanden: Jeg er trygg på hva som utgjør et avvik/ uønsket hendelse, N= 30

Figur 17 viser at de fleste, 73 %, er trygge på hva som utgjør et avvik/ uønsket hendelse, men det er en andel, 23 %, som verken er enig eller uenig i påstanden, og 3 % er helt uenig.

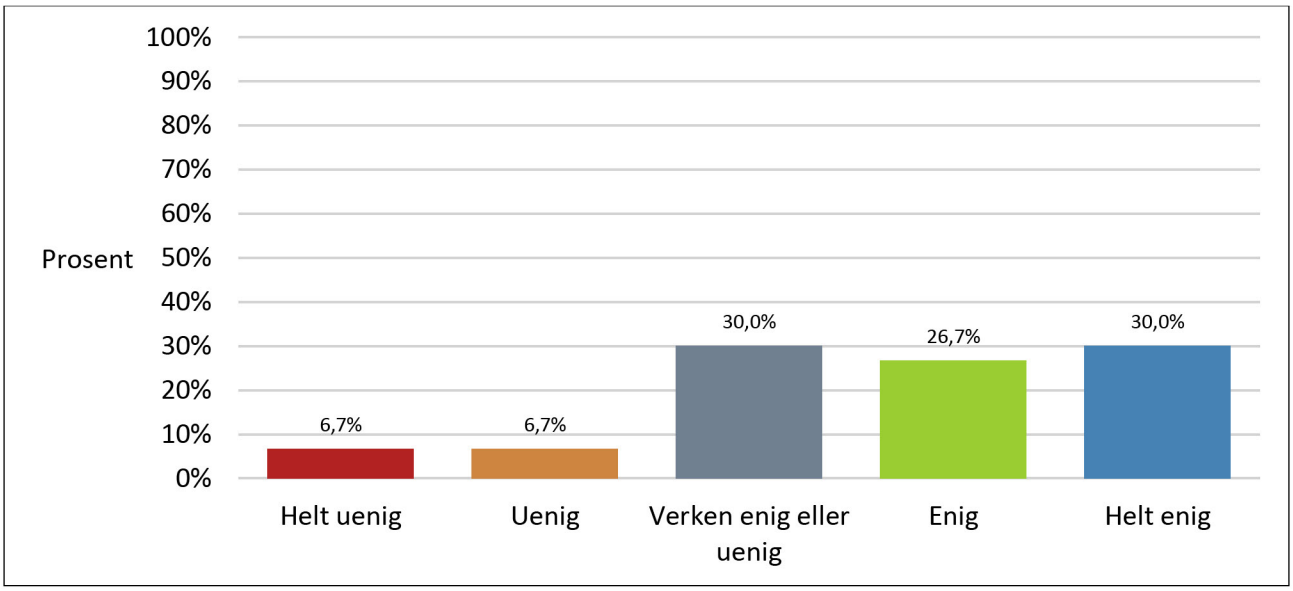
Vi spurte også om de ansatte er trygge på å skille et avviks/ uønsket hendelses alvorlighetsgrad (lav, middels, høy) fra hverandre:



Figur 18 – Svarfordeling på påstanden: Jeg er trygg på å skille et avviks/ uønsket hendelses alvorlighetsgrad (lav, middels, høy) fra hverandre, N=30

Figur 18 viser også at hovedandelen, 73 %, er trygg på å skille et avviks/ uønsket hendelses alvorlighetsgrad, men 27 % enten er uenig eller verken enig eller uenig i påstanden.

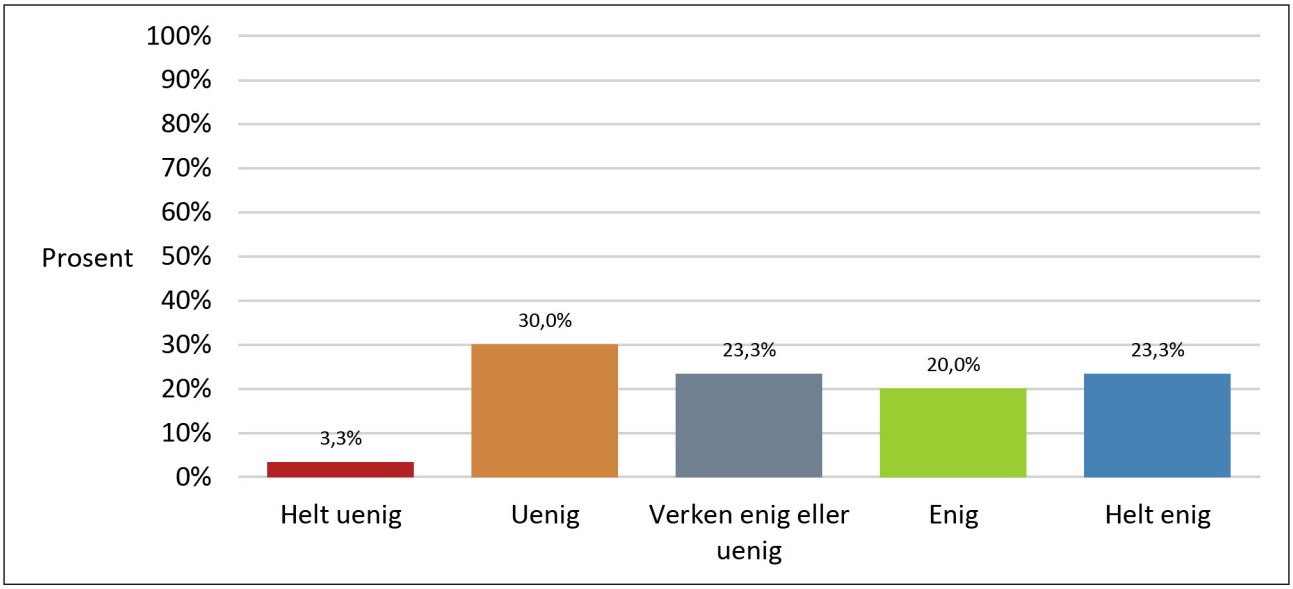
Vi spurte de ansatte om de opplever at deres leder har stort fokus på at avvik/ uønskede hendelser skal registreres:



Figur 19 - Svarfordeling på påstanden: Jeg opplever at min leder har stort fokus på at avvik/ uønskede hendelser skal registreres, N= 30

Figur 19 viser at det er variasjon i svarene. 57 % opplever at deres leder har stort fokus på at avvik/ uønskede hendelser skal registreres, mens 30 % verken er enig eller uenig i påstanden, og 13 % er helt uenig/ uenig.

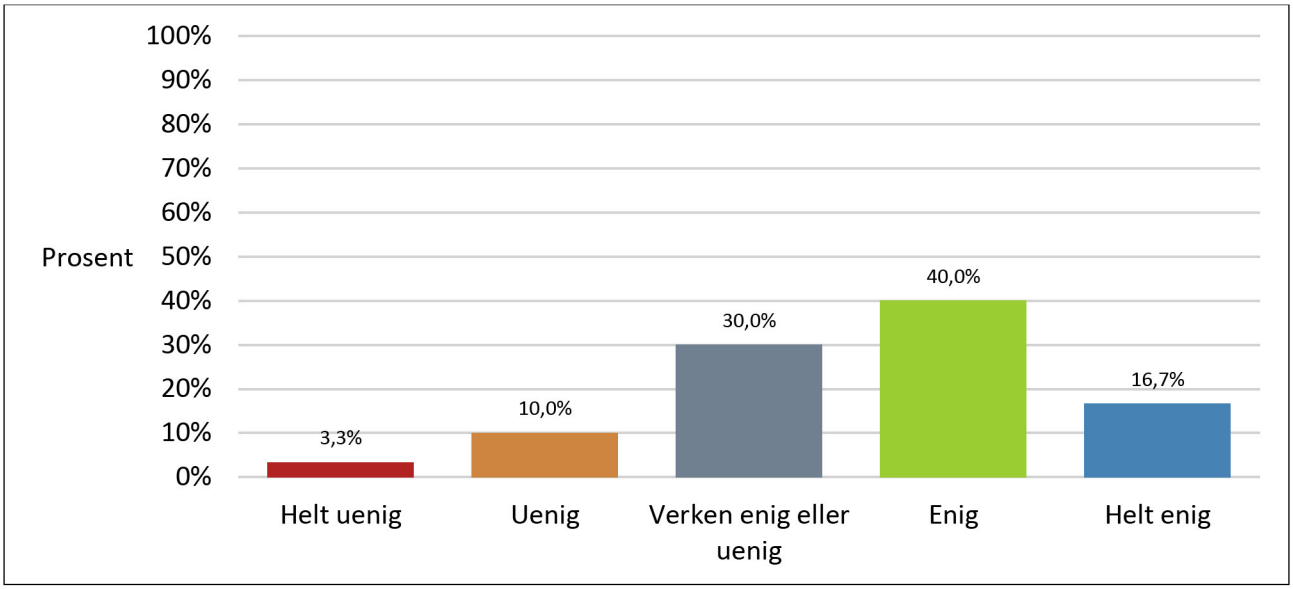
Vi spurte også om de ansatte opplever at registrerte avvik/ uønskede hendelser jevnlig gjennomgås på fellesmøter på arbeidsplassen:



Figur 20 - Svarfordeling på påstanden: Jeg opplever at vi jevnlig går gjennom registrerte avvik/ uønskede hendelser på fellesmøter på arbeidsplassen. N= 30

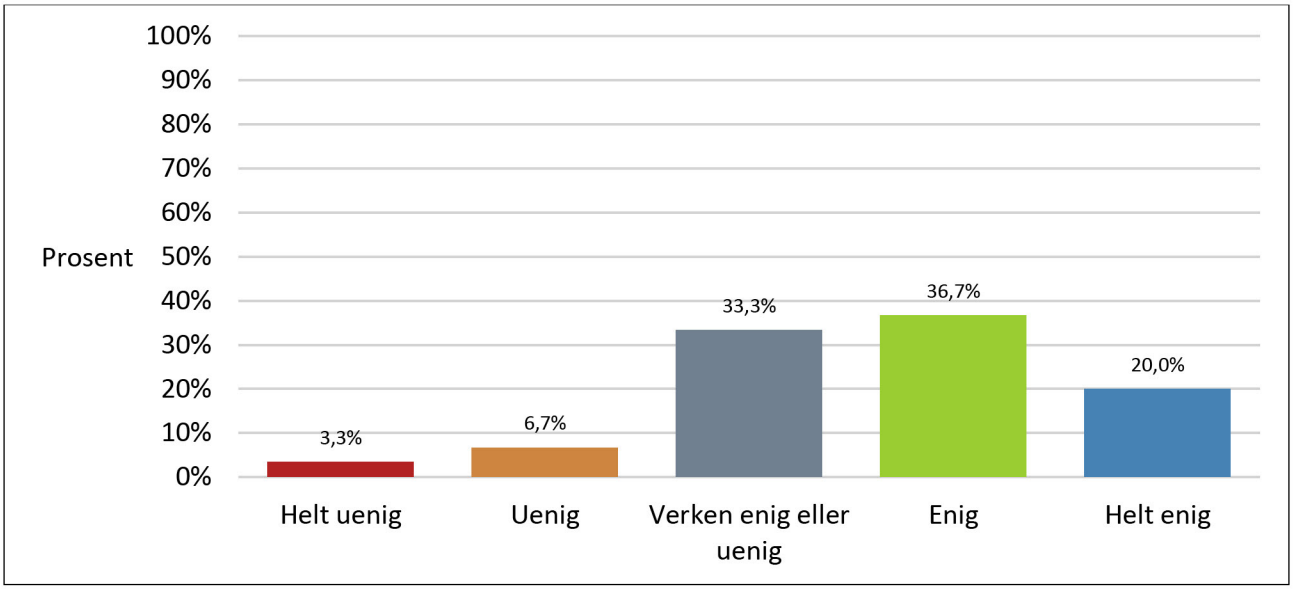
Figur 20 viser stor variasjon i svarene. 33 % er helt uenig eller uenig i at de jevnlig går gjennom registrerte avvik/ uønskede hendelser på fellesmøter, og 23 % er verken enig eller uenig i påstanden. 43 % svarer at de er enig eller helt enig i påstanden.

På spørsmålet om de ansatte opplever at registrerte avvik/ uønskede hendelser blir fulgt opp på en forsvarlig måte av leder, fikk vi følgende svar:



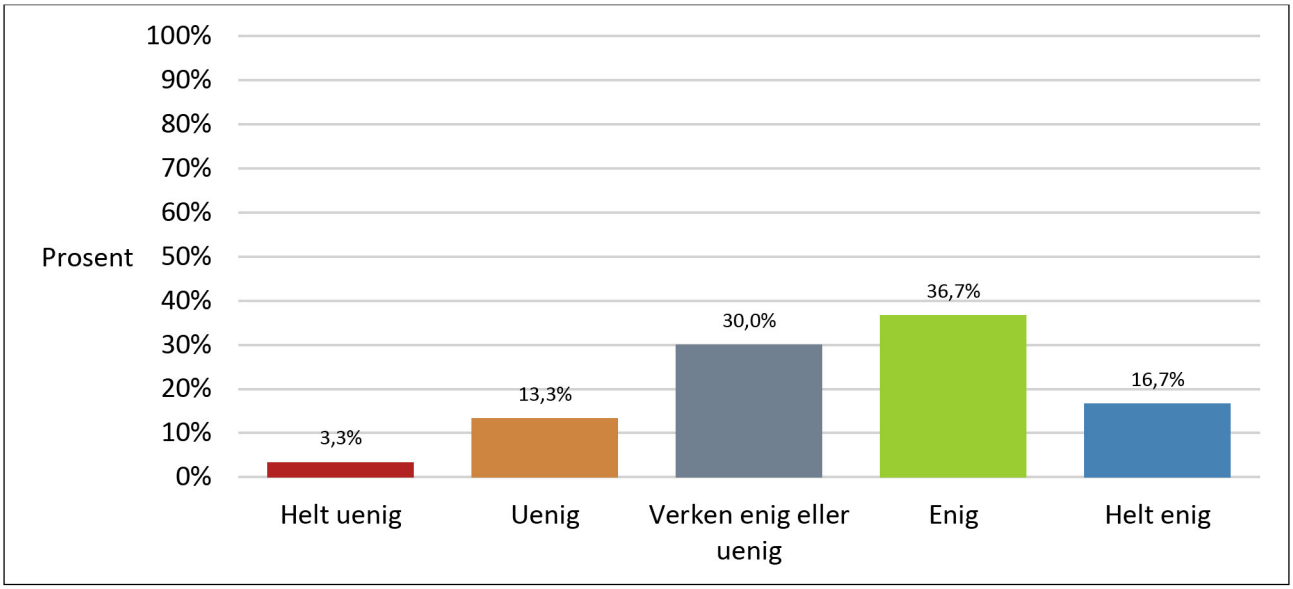
Figur 21 - Svarfordeling på påstanden: Jeg opplever at registrerte avvik/ uønskede hendelser blir fulgt opp på en forsvarlig måte av leder, N= 30

Figur 21 viser også variasjon i svarene. Hovedandelen, 57 %, er enig eller helt enig i at registrerte avvik/ uønskede hendelser blir fulgt opp på en god måte, mens 30 % verken er enig eller uenig i dette. En mindre andel, 13 %, er uenig eller helt uenig i påstanden.



Figur 22 - Svarfordeling på påstanden: Jeg er kjent med at meldte avvik/ uønskede hendelser har ført til endringer/ forbedring av prosedyrer/ rutiner, N= 30

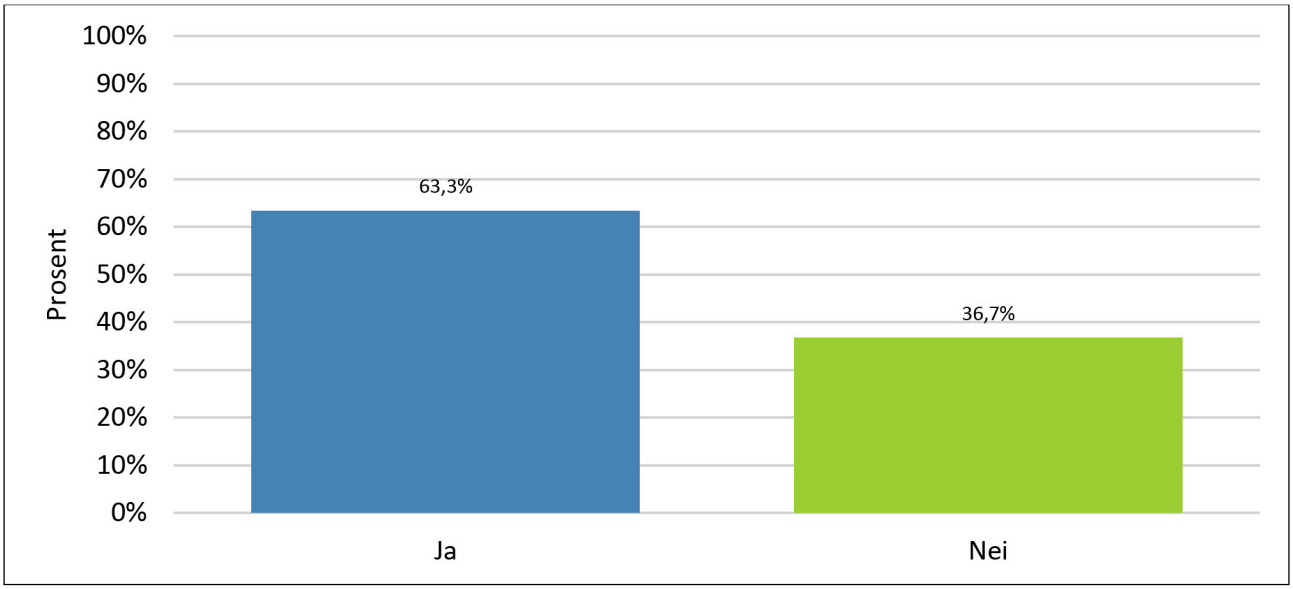
Figur 22 viser også at det er variasjon i svarene på påstanden om at de er kjent med at meldte avvik/ uønskede hendelser har ført til endringer/ forbedring av prosedyrer. Litt over halvparten av de ansatte, 57 %, er enig eller helt enig i påstanden, mens 33 % verken er enig eller uenig, og 10 % er uenig eller helt uenig i påstanden.



Figur 23 - Svarfordeling på påstanden: Jeg er kjent med at meldte avvik/ uønskede hendelser har ført til læring og forbedring av praksis, N= 30

Figur 23 viser også at variasjon i svarene på påstanden om at ansatte er kjent med at meldte avvik/ uønskede hendelser har ført til læring og forbedring av praksis. Litt over halvparten, 53 %, er enig eller helt enig i dette, mens den andre andelen, verken er enig eller uenig (30 %), eller uenig / helt uenig (17 %) i påstanden.

Avslutningsvis spurte vi de ansatte om de i løpet av 2022-2023 har observert avvik/ uønsket hendelse på arbeidsplassen, men latt være å registrere det som avvik:



Figur 24 - Svarfordeling på spørsmålet: Har du observert avvik/ uønsket hendelse på arbeidsplassen, men latt være å registrere det som avvik i QM+ (2022-2023)? N= 30

Hele 63 % har observert avvik/ uønsket hendelse på arbeidsplassen, men latt være å registrere det som avvik.

4.13. Revisors vurdering – kontrollaktiviteter – avvikssystemet og oppfølging av meldte avvik

Kragerø kommune har etablert et system for avvikshåndtering, i tråd med KS' anbefalinger. Kommunen har en egen prosedyre for melding av avvik og uønskede hendelser, og kommunens retningslinje for internkontroll omhandler også retningslinjer for å avdekke og følge opp avvik.

Alle ansatte i omsorgsboliger med heldøgns bemanning (HDO) kan melde avvik ved å logge seg på kommunens kvalitetssystem, QM+, og registrere avvik der.

Statistikk over meldte avvik i 2022 og 2023 (per 5.10.) viser at de fire kontrollerte avdelingene i HDO har tatt i bruk avvikssystemet i QM+. Statistikken viser også at HDO følger opp og lukker meldte avvik. Noen avdelinger bruker avvikssystemet mer aktivt enn andre.

Spørreundersøkelsen til ansatte og tilbakemeldinger gitt i intervju, tyder på at det er behov for mer opplæring både i å melde avvik/ uønsket hendelse, og hva et avvik/ uønsket hendelse kan være. Videre tyder tilbakemeldingene på at ledere kan ha mer fokus på at avvik/ uønsket hendelse skal registreres. Hele 63 % av de ansatte, som har svar på spørreundersøkelsen, har observert avvik/ uønsket hendelse på arbeidsplassen, men latt være å registrere det som avvik.

KS er tydelig på at det ikke er tilstrekkelig å avdekke og rapportere avvik, det er oppfølgingen av avviket for læring og forbedring, som har effekt. Vi har registrert at det er varierende grad av enighet blant ansatte om avvik / uønskede hendelser blir gjennomgått på fellesmøter og om disse blir fulgt opp på en forsvarlig måte, og har ført til endringer/ forbedring av prosedyrer og praksis. Vi kan heller ikke se noen systematisk sammenheng mellom områder med høy avviksfrekvens, f.eks. legemiddelhåndtering/ medisinavvik, og gjennomførte ROS-vurderinger, slik også kommunens retningslinjer for internkontroll legger opp til.

4.14. Konklusjon problemstilling 2

I hvilken grad har virksomhet omsorgsboliger med heldøgns bemanning et tilfredsstillende internkontrollsystem?

Vi konkluderer med at virksomhet omsorgsboliger med heldøgns bemanning i Kragerø kommune, i stor grad har et tilfredsstillende internkontrollsystem, men at det er rom for forbedringer på noen områder.

Det ligger ingen prosedyrer/ rutiner i QM+ på avdelingsnivå. Tilbakemeldinger fra avdelingsledere og øvrige ansatte i HDO, tilsier at det er behov for å oppdatere avdelingenes rutiner, samle dem og sørge for at de gjøres kjent for de ansatte.

Våre undersøkelser viser at ingen avdelinger i HDO har noen dokumenterte kompetanse-kartlegginger eller utarbeidet kompetanseplaner. Virksomhet HDO har heller ikke en oversikt over medarbeidernes kompetanse eller behov for opplæring. Den enkeltes ønsker om kompetanseheving blir imidlertid tatt opp på medarbeidersamtaler. I vår spørreundersøkelse har en del ansatte gitt uttrykk for at de har behov for mer opplæring. Tilbakemeldinger gitt i intervju, viser også at noen avdelinger til tider ikke har nok faglærte på jobb.

Vi vurderer at HDO i mindre grad kartlegger og vurderer risiko systematisk innenfor tjenestekvalitet, for å få oversikt over områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten. Kommunens nærmere forventninger til dette arbeidet, kan gjerne tas inn i retningslinjen om internkontroll.

Svarene på vår spørreundersøkelse tyder på at det er behov for mer opplæring innenfor avvik. Det er uheldig at 63% av de ansatte, som har svar på spørreundersøkelsen, har observert avvik/ uønsket hendelse på arbeidsplassen, men latt være å registrere det som avvik.

Vi mener at HDO til en viss grad jobber systematisk med å følge opp avvik for å forebygge gjentagende avvik, og for å sikre læring og forbedring, men at denne siden av avvikshåndteringen kan bli enda bedre.

5. Problemstilling 3 – Brukerinvolvering

Problemstilling 3: I hvilken grad har Kragerø kommune systemer for å sikre brukerinvolvering innen helse og omsorg?

Til denne problemstillingen har vi utledet følgende revisjonskriterier:

- **Kommunen skal ha rutiner og tiltak som sikrer at brukererfaringer brukes systematisk i utvikling av tjenestene.**
- **Kommunen skal ha rutiner og tiltak som sikrer at pasientene får medvirke i utformingen av eget tjenestetilbud.**

5.1. Brukermedvirkning på systemnivå

5.1.1. Rutiner/ prosedyrer/ tiltak

Kommunen har ikke rutiner som omhandler brukermedvirkning på systemnivå hverken innenfor Virksomhet Tjenestetildeling og koordinerende, eller Virksomhet Omsorgsboliger med heldøgns bemanning.

Kommunen har ikke hatt brukerundersøkelser innenfor kommunalområdet helse og omsorg de siste årene, med unntak av en undersøkelse om medvirkning knyttet til utvikling av PU-boliger i 2022 og en undersøkelse knyttet til utarbeidelse av kommunens handlingsplan for demens 2024 - 2028 (gjennomført våren 2023).

5.1.2. Praksis beskrevet i intervju

Virksomhet Tjenestetildeling og koordinerende enhet

Virksomhetsleder for Tjenestetildeling og koordinerende enhet opplyser at brukerinvolvering på systemnivå først og fremst sikres ved kommunalsjefens deltakelse i eldrerådet og rådet for personer med funksjonsnedsettelser. I disse rådene gir han informasjon og tar imot ytringer, synspunkter osv. knyttet til helse og omsorg. Disse rådene er også høringsinstanser og trekkes naturlig inn i aktuelle politiske saker. Virksomheten Tjenestetildeling og koordinerende enhet involveres der det er aktuelt, slik som for eksempel i saker som angår boliger for personer med funksjonsnedsettelser.

Virksomhetsleder trekker også frem at det er et samarbeid mellom demensforeningen og demenskoordinator i kommunen, knyttet til kommunes arbeid og tilbud til personer med demens.

På laveste nivå har de direkte samarbeid med brukere av ulike tjenester. Eksempelvis hadde de direkte kontakt med brukere i forhold til innhold/utforming av dagtilbudet *Livsgleden*.

Virksomhet Omsorgsboliger med heldøgns bemanning

Ifølge virksomhetsleder er det ikke etablert noe eget brukerråd for omsorgsboliger med heldøgns bemanning. Dette er beboernes hjem hvor kommunen yter tjenester inn og derfor er ikke dette etablert. Hun opplyser at avdelingene har nært samarbeid med bruker og pårørende.

5.2. Brukermedvirkning på individnivå

5.2.1. Rutiner/ prosedyrer

Saksbehandling av pleie og omsorgstjenester i Kragerø kommune, datert 20. april 2023, beskriver hvordan saksbehandling av helse og omsorgstjenester skal foregå i kommunen, inkludert brukermedvirkning; *Brukeren skal få mulighet til medvirkning i utformingen av sitt eget tjenestetilbud. Spørsmål som "hva er viktig for deg" skal stå sentralt. Brukers vurderinger og ønsker skal hensyntas og legges vekt på. Bruker skal få god informasjon om kommunens tilbud og orienteres om ulike valg. Brukeren kan ta med seg pårørende eller annen støtteperson i samtaler med saksbehandler.* Ved valg av tjenester, skal det fremgå hvordan brukeren har medvirket, og det skal legges stor vekt på pasientens/brukeres syn ved valg og utmåling av tjenester (pkt. 1.3.8 i dokumentet).

Kommunen har nylig utarbeidet *Veiledende tildelingskriterier for helse- og omsorgstjenester* (skal til politisk behandling). I dette dokumentet er det også fokus på at brukermedvirkning og helhetlig individuell kartlegging skal være sentralt i utredning, tildeling og evaluering av tjenestetilbudet. Spørsmålet «Hva er viktig for deg?» går igjen i dette dokumentet også.

Skjemaet *Søknad om helse og omsorgstjenester* har spørsmål som omhandler brukermedvirkning, for eksempel; *Hva trenger du hjelp til og hvorfor? Hvilke mål har du? Hva er viktig for deg?*

I tillegg til de nevnte interne dokumentene, er også saksbehandlingsreglene om brukermedvirkning, som fremgår av lovverk og helsedirektoratets veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8, styrende for kommunens praksis, ifølge virksomhetsleder for Tjenestetildeling og koordinerende enhet.

5.2.2. Praksis beskrevet i intervju

Virksomhet Tjenestetildeling og koordinerende enhet

Virksomhetsleder opplyser at brukermedvirkning og fokus på hva som er viktig for brukeren, er helt sentralt i opplæringen for saksbehandlerne i virksomheten. Både saksbehandlerkurs, som alle skal gjennom, og e-læringskurset i Visma-veilederen.no omhandler brukermedvirkning.

I forbindelse med søknad om helse- og omsorgstjenester, drar saksbehandler som oftest på hjemmebesøk hos søker. Dersom ikke hjemmebesøk lar seg gjøre, har saksbehandler og søker/pårørende en samtale på telefon. Skjema *Søknad om helse og omsorgstjenester* danner grunnlaget for samtalen ved hjemmebesøk. Når saksbehandlerne er på hjemmebesøk, skal de spørre om livet til brukeren, hvem de er og hva som er viktig for brukeren. Saksbehandlerne har fokus på brukerens rettigheter og om brukeren får forsvarlige tjenester. Noen ganger faller brukeren mellom «to stoler», da er det viktig at kommunen tilpasser tjenesten i tråd med brukerens behov og ikke omvendt. Når det utøves skjønn, skal brukerens ønsker og meninger legges til grunn og veie tungt. Tjenestekontoret må også finne løsninger, med tanke på likhet og rettferdighet, samtidig som unødvendig ressursbruk skal unngås.

Ifølge virksomhetsleder må utøvelsen av tjenestene tilpasses brukeren på tildelingsstedet. Samtidig er både bemanningen og fasilitetene ulike i omsorgsboligene, så i noen omsorgsboliger er det nok lettere enn i andre, å imøtekomme brukerens behov. Hun opplever at omsorgsboligene prøver å få det til, men det kan være en utfordring. Organiseringen av omsorgsboligene, med små og spredte enheter, oppleves ineffektiv og gjør at de har mindre ressurser til bl.a. aktiviteter for beboere. De har f.eks. ikke aktivitører.

Omsorgsboliger med heldøgns bemanning (HDO)

I intervju med avdelingslederne for omsorgsboliger med heldøgns bemanning, ble de spurt om i hvilken grad de mener beboere får være med å påvirke tjenestetilbudet / egen hverdag (som for eksempel stå opp/ legge seg når de ønsker, spise når de ønsker, sosial kontakt, frisk luft når de ønsker).

Tre avdelingslederne mener at beboere i middels til stor grad**,** får være med å påvirke tjenestetilbudet/ egen hverdag, mens en avdelingsleder mener at beboere får dette til en viss grad.

Avdelingene kartlegger hvordan nye beboere ønsker å ha ting, som for eksempel når de ønsker å legge seg/ stå opp, om de ønsker å spise lunsj sammen med andre eller være på rommet, hva de liker av sosiale tiltak mm. Avdelingslederne opplyser at de prøver å tilrettelegge for personlige ønsker, men med noen begrensninger, hvor bemanning, kompetanse og tilbud i boligene, er styrende faktorer. Måltidene er ofte til faste tider. Mange ønsker ikke å være med på så mye.

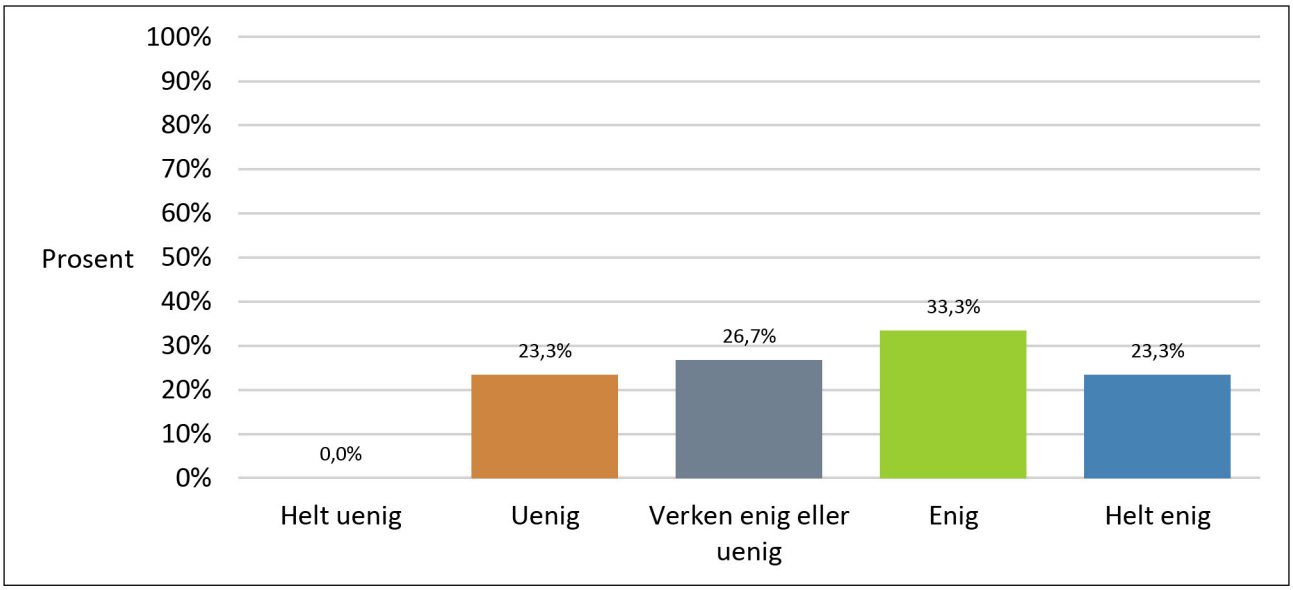
Tillitsvalgte / verneombud

I gruppeintervju med tillitsvalgte og verneombud, ble også de spurt om i hvilken grad de mener beboere får være med å påvirke tjenestetilbudet / egen hverdag.

Alle de fire vi snakket med, opplever at ansatte i stor grad prøver å etterkomme beboernes ønsker, som for eksempel når de ønsker å stå opp og legge seg, måltider og muligheter for å komme ut i frisk luft. De ga uttrykk for at funksjonsnivået til beboerne varierer fra en tid til en annen, og også fra en bolig til en annen. Ressurssituasjonen ved boligene, gjør at det kan være vanskelig å etterkomme beboernes ønsker.

Spørreundersøkelse til ansatte omsorgsboliger med heldøgns omsorg

Vi spurte også de ansatte i omsorgsboligene om i hvilken grad de mener at brukerne får være med å påvirke egen hverdag. Svarene følger av figurene nedenfor:



Figur 25 - Svarfordeling fra ansatte på påstanden: Jeg opplever at beboere får være med å påvirke tjenestetilbudet/ egen hverdag (som for eksempel stå opp/ legge seg når de ønsker, spise når de ønsker, sosial kontakt, frisk luft når de ønsker) N= 30

Figur 25 viser at det er stor variasjon i svarene fra de ansatte.

De, som svarte uenig/ helt uenig på spørsmålet, ble bedt om å krysse av for om de mener årsaken til at beboere ikke får være med å påvirke eget tjenestetilbud/ egen hverdag, er mangel på kompetanse/bevissthet, mangel på tid/ressurser ev. andre årsaker. Det var mulig å krysse av for flere svar. Av de syv, som svarte på dette spørsmålet, mente alle at mangel på tid/ ressurser er en årsak til at beboere ikke får være med å påvirke eget tjenestetilbud/ egen hverdag. To ansatte mente at mangel på kompetanse/ bevissthet, også kan være en årsak.

5.3. Revisors vurdering - brukermedvirkning

Kommunen har ingen skriftliggjorte rutiner eller planer, som sier noe om hvordan virksomhetene skal forholde seg til brukermedvirkning på systemnivå. Det har i liten grad vært gjennomført brukerundersøkelser innenfor helse og omsorg de siste årene.

Vi har registrert at kommunalsjefen deltar i eldrerådet og rådet for personer med funksjonsnedsettelser. Virksomhet Tjenestetildeling og koordinerende enhet involveres i saker i disse rådene, der det er aktuelt. Vi har også registrert at det er etablert et samarbeid mellom demensforeningen og de som jobber med kommunens tilbud til personer med demens i kommunen.

Innenfor tjenesteområde HDO, opplyser virksomhetsleder at de har et nært samarbeid med bruker og pårørende. Vi vurderer likevel at det kan være behov for å gjennomføre bruker-/ pårørendeundersøkelser i HDO, for å sikre systematiske tilbakemeldinger på kvaliteten av tjenestene som leveres på dette området.

Brukermedvirkning på individnivå

Vi mener kommunen har tiltak og rutiner som skal sikre at den enkelte bruker får medvirke i utformingen av eget tjenestetilbud. Det er lagt opp til dette i virksomhet Tildeling og koordinerende enhets rutiner og øvrige dokumenter, og intervjuer med virksomhetsleder beskrev hvordan dette skjer i praksis.

Informasjon gitt i intervjuer, tyder på at beboere i boliger for heldøgns omsorg, til en viss grad får være med å påvirke tjenestetilbudet/ egen hverdag, men dette synes å variere mellom avdelingene. Bemanningssituasjonen, fasilitetene ved den enkelte avdeling og beboernes funksjonsnivå, er faktorer som påvirker dette.

Svarene i spørreundersøkelsen til ansatte i omsorgsboligene, viser også at det varierer hvordan de ansatte opplever at beboere får være med å påvirke tjenestetilbudet/ egen hverdag. Litt over halvparten er enig i at beboere får være med å påvirke tjenestetilbudet/ egen hverdag, mens den andre halvparten enten er uenig eller verken enig/uenig. De syv ansatte, som var uenige i at beboere får være med å påvirke tjenestetilbudet/ egen hverdag, mener at mangel på tid/ ressurser/ personell er årsaker til dette. To ansatte mener at mangel på kompetanse/ bevissthet også kan være en årsak.

5.4. Konklusjon problemstilling 3

I hvilken grad har Kragerø kommune systemer for å sikre brukerinvolvering innen helse og omsorg?

Vi mener Kragerø kommune, innenfor de områdene vi har sett på, til en viss grad bruker brukererfaringer systematisk til å utvikle tjenestene sine.

Det finnes ingen skriftliggjorte rutiner eller planer, som sier noe om hvordan virksomhetene skal forholde seg til brukermedvirkning på systemnivå. Det har i liten grad vært gjennomført brukerundersøkelser innenfor helse og omsorg de siste årene.

Kommunalsjefen deltar i ulike råd, som ivaretar eldre og personer med funksjonsnedsettelser. Det er også etablert et samarbeid mellom demensforeningen og de som jobber med kommunens tilbud til personer med demens i kommunen.

Innenfor tjenesteområde HDO, opplyser virksomhetsleder at de har et nært samarbeid med bruker og pårørende. Vi vurderer likevel at det kan være behov for å gjennomføre bruker-/ pårørendeundersøkelser i HDO, for å sikre systematiske tilbakemeldinger på kvaliteten av tjenestene, som leveres på dette området.

Når det gjelder brukermedvirkning på individnivå, så mener vi at kommunen har rutiner og tiltak, som skal sikre at den enkelte bruker får medvirke i eget tjenestetilbud. Virksomhet Tjenestetildeling og koordinerende har prosedyrer, skjemaer mm. som er relevante i denne forbindelse. Innenfor Omsorgsboliger med heldøgns bemanning (HDO), tilsier informasjon gitt i intervjuer og vår spørreundersøkelse, at det varierer mellom avdelingene hvorvidt beboerne får være med å påvirke tjenestetilbudet/ egen hverdag. Dette synes å ha tett sammenheng med ressurssituasjonen.

6. Anbefalinger

6.1. Anbefalinger

Vi anbefaler Kragerø kommune å:

- sørge for at tjenestespesifikke prosedyrer/ rutiner for avdelingene i HDO samles i QM+ og gjøres kjent for de ansatte
- sørge for at HDO kartlegger medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring
- sørge for at ledere på lavere nivå i HDO kartlegger risiko innenfor tjenestekvalitet systematisk. Det bør vurderes om dette skal konkretiseres i rutinen for internkontroll.
- vurdere funnene i revisors spørreundersøkelse, spesielt innenfor kompetanse/ opplæring og avvik/ uønsket hendelse (opplæring og oppfølging av gjentagende avvik)
- sikre at brukermedvirkning ivaretas på systemnivå i HDO, ved for eksempel å gjennomføre bruker/ pårørendeundersøkelser
- sikre at alle brukere i HDO får være med å påvirke eget tjenestetilbud

Litteratur og kildereferanser

Lover og forskrifter

- Lov 22. juni 2018 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven).
- Lov av 24.6.2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov av 02.07.1999 nr.63 om pasient og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)

- Forskrift av 28.10.2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Offentlige dokument

- Helsedirektoratet: IS-2620: Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- KS' Veileder – Orden i eget hus – kommunedirektørens internkontroll – versjon 3 – ferdigstilt april 2020.

Vedlegg

Vedlegg 1: Kommunedirektørens uttalelse

Kragerø Kommune
Helse og omsorg

Til
Vestfold og Telemark kommunerevisjon IKS
e-post: post@vtrevisjon.no

Kragerø 10.11.2023

TILBAKEMELDING PÅ FORVALTNINGSREVISJON, HELSE- OG OMSORG

Vi takker for en grundig revisjon av døgnbemannede omsorgsboliger i Kragerø kommune. Kommunen setter pris på å få eksterne blikk til å se objektivt på tjenesten vår. Revisjon bidrar til å belyse endrings- og forbedringspotensial. Alle enheter vil alltid ha rom og mulighet for forbedring. Vi ønsker å levere best mulig tjenester til våre innbyggere. Å sikre at vi etterlever regelverket, samt at vi har hensiktsmessige rutiner og prosedyrer er viktig.
Kommunens økonomi er presset – i tillegg er de demografiske endringene med flere eldre med på å utfordre ressursbruken i kommunen. Det pågår et langsiktig arbeid med å øke ressursinnsatsen i helse og omsorgstjenestene. Bare i 2024 er budsjettet foreslått økt med 26 millioner kroner. Vi mener derfor revisjonen kommer på et godt tidspunkt. Den gir oss mulighet til å få et utenforblikk på våre prioriteringer i tjenestene.

ANBEFALINGER FRA FORVALTNINGSREVISJONEN

1. Tjenestespesifikke prosedyrer og rutiner for avdelingene i HDO samles i QM+ og gjøres kjent for ansatte

Kommunedirektøren vil påse at anbefalingen blir fulgt opp og har allerede igangsatt et arbeid med å samle de lokale prosedyrene for å legge de inn i QM+. Det er avdelingsleder som står ansvarlig for en årlig revisjon av disse og systemet vil gi et årlig varsel om å påse revisjon (internkontroll). I tillegg må disse prosedyrene ligge samlet og tilgjengelig på avdelingen i papirform.
Kragerø kommune vil ha en gjennomgang av alle avdelingene i helse og omsorg og påse at internkontroll-verktøyet (revisjon av prosedyrer og rutiner i qm+) brukes etter intensjonen og lovkrav fra internkontrollforskriften.

2. Sørge for at HDO kartlegger medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring.

Vi vil sørge for at dette blir gjennomført og vil iverksette ytterligere kompetansetiltak. Kommunalområdet vil videreutvikle felles kompetanseplan fra 2021.

3. Sørge for at avdelingsledere i HDO kartlegger risiko innenfor tjenestekvalitet og utvikling.

Kragerø kommune tar tilbakemeldingen til etterretning og setter i gang arbeidet med risikovurdering av tjenestekvaliteten i løpet av november 2023.

4. Vurdere funnene i revisors spørreundersøkelse, spesielt innenfor opplæring og avvik/uønsket hendelse

Kommunen vil bruke svarene i undersøkelsen og revisjonsrapporten generelt, i det kontinuerlige forbedringsarbeidet fremover.

5. Sørge for at alle avdelinger i HDO jobber systematisk med å følge opp avvik for å forebygge gjentagende avvik.

Arbeidet med avviksbehandling har hatt et økt fokus i 2023 og revisjonens anbefaling viser at vi skal holde frem dette fokuset. Rapporten viser at avdelingene jobber systematisk og innenfor frister med meldinger innenfor avvik/uønskede hendelser. Det er påvist et forbedringspotensiale innenfor den systematiske analysen og vurderingen av adekvate tiltak som kommunedirektøren merker seg og vil jobbe videre med. Kvalitetsutvalget i helse og omsorg (nedsatt juni 2023) skal jobbe videre med dette.

6. Iverksette tiltak som ivaretar brukermedvirkning på systemnivå i HDO.

Kommunen vil gjennomføre systematiske bruker- og pårørende undersøkelser fra 2023.

7. Sikre at alle brukere i HDO får være med å påvirke eget tjenestetilbud.

Kommunen vil gjennom systematisk bruker- og pårørendeundersøkelse kvalitetssikre brukermedvirkningen. Revisjonens rapport er ikke helt klar på dette punktet. Det er i tillegg et sprik i tilbakemeldingene fra de ansatte på dette. Kommunedirektøren har likevel iverksatt tiltak for at vi skal sikre brukernes stemme inn i tjenesteutviklingen.

Med hilsen

Kragerø kommune

Brevet er godkjent elektronisk godkjent

Vedlegg 2: Revisjonskriterier

Problemstilling 1
Hvordan er Kragerø kommunes ressursbruk på helse- og omsorgstjenesten?

Problemstilling 1 er en beskrivende problemstilling uten revisjonskriterier.

Problemstilling 2:

I hvilken grad har helse- og omsorgtjenesten i Kragerø kommune et tilfredsstillende internkontrollsystem?

Kilder til revisjonskriterier:

- Kommuneloven – vedtatt 22.06.2018
- KS' Veileder – Orden i eget hus – kommunedirektørens internkontroll – versjon 3 – ferdigstilt april 2020.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) av 24.6.2011 nr. 30
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten av 28.10.2016 nr. 1250
- IS-2620: Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Kommuneloven
Kommunedirektøren har det overordnede ansvaret for kommunens internkontroll, jf. kommuneloven § 25-1:

§ 25-1 Internkontroll i kommunen og fylkeskommunen

Kommuner og fylkeskommuner skal ha internkontroll med administrasjonens virksomhet for å sikre at lover og forskrifter følges. Kommunedirektøren i kommunen og fylkeskommunen er ansvarlig for internkontrollen.

Internkontrollen skal være systematisk og tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold.

Ved internkontroll etter denne paragrafen skal kommunedirektøren

a) utarbeide en beskrivelse av virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering
b) ha nødvendige rutiner og prosedyrer
c) avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik

d) dokumentere internkontrollen i den formen og det omfanget som er nødvendig

e) evaluere og ved behov forbedre skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll.

Bestemmelsen betyr i praksis at kommunedirektøren har ansvar for at kravene til internkontroll etterleves i alle ledd i kommunen.

KS' Veileder – Orden i eget hus – kommunedirektørens internkontroll

I forbindelse med ny kommunelov, utarbeidet KS en veileder som utdyper og presiserer kommunedirektørens ansvar.

Ifølge veilederen finnes det ikke ett svar på hva som er god internkontroll, hver enkelt kommunedirektør bør gjøre seg opp en formening om hva som er god internkontroll og hvordan den skal innrettes og i egen kommune. Lovverket angir hva som kreves som et minimum, og i praksis inneholder internkontrollen ofte flere element enn de minstekravene som følger av loven.

Ifølge kommuneloven er hensikten med internkontroll å sikre at lover og forskrifter følges. Bestemmelsene i § 25-1 tydeliggjør kommunedirektørens ansvar både for å ha tilstrekkelig kontroll og en prosess for å sikre kontroll.

God internkontroll handler i stor grad om systematisk arbeid, god organisering og dokumentasjon, arbeidsmetoder og samhandling som kan forebygge lovbrudd og uønskede hendelser.

Kapittel 9 i KS' veileder omhandler *Tjenestespesifikk internkontroll*, med blant annet følgende underpunkter:

- Risiko innenfor tjenesteyting

Risiko innenfor tjenesteytingen

KS' veileder inneholder ikke en liste med risikoområder innenfor tjenesteproduksjonen, da det er et stort spenn på de kommunale virksomhetene.

For kommunedirektøren eller kommunedirektørnivået er det verken mulig eller ønskelig å ha detaljert kunnskap om alle oppgaver som utføres og hvilke risikoer som finnes. De fleste kommuner har flere ledernivåer, og ansvar og myndighet delegeres til ledere i flere ledd. Ledere som har ansvar for en enhet, har også ansvaret for internkontrollen – på samme måte som økonomi- og budsjettoppfølging og mål- og resultatoppnåelse. Dersom det er en usikkerhet eller uklarhet om hva som inngår i stillingens ansvar, kan dette tydeliggjøres gjennom lederavtale, delegeringsreglement eller stillingsbeskrivelse. Teori om internkontroll skiller ofte mellom prosesseiere, de som utfører arbeidsprosessene og kontrolleiere, de som skal gjennomføre kontroller eller er ansvarlige for internkontroll-tiltakene. I praksis vil ikke dette skillet alltid være like tydelig. Rollene kan gå over i hverandre og bytte mellom aktørene. Man bør alltid ha

oppmerksomhet på arbeidsdeling i et internkontrollperspektiv og ved forbedringsarbeid, blant annet ved at det er ulikhet i roller og formelt ansvar, for eksempel mellom medarbeidere og ledere.

Innenfor tjenesteområdene bør internkontrollen være utformet på bakgrunn av den spesifikke tjenestens risikoer: «Hva kan gå galt, hva kan vi gjøre for å unngå at det går galt og hva kan vi lære av det som gikk galt?» KS' veileder kaller også dette internkontroll i virksomhetene fordi dette vil være ulike enheter, avdelinger, etater som har sine egne rutiner, regler og faglige normer.

Kapittel 6 i veilederen omhandler Risikobasert internkontroll. Hensikten med risikobasert internkontroll er å forebygge for å unngå uønskede hendelser. Risikobasert internkontroll gir trygghet for medarbeidere, og oversikt for ledelsen.

Risiko kan forstås som produktet av sannsynlighet for og konsekvens av en hendelse. I arbeid med internkontroll er det naturlig å fokusere på hendelser som kan ha negative konsekvenser for virksomheten.

Uten en risikobasert tilnærming vil kommunen ikke ha tilstrekkelig kunnskap om hvilke uønskede hendelser som kan inntreffe, og hvorvidt etablerte tiltak og kontroller på en god nok måte reduserer risiko. En gjennomgang av risikobildet og iverksatte tiltak kan også avdekke eventuelle overlappende eller unødvendige tiltak.

Det finnes flere metoder for å kartlegge og redusere risiko. I veilederen presenteres en metode som er enkel å gjennomføre, og som kan passe for de fleste kommuner og virksomheter.

Prosessen består av fem deler:

1. Kartlegge risiko: Identifisere hva som kan gå galt.
2. Vurdere risiko: Hvor galt kan det gå?
3. Dokumentere hvilke kontrolltiltak som er iverksatt, altså hva som er gjort for å unngå at det går galt.
4. Vurdere hvorvidt kontrolltiltakene i tilstrekkelig grad reduserer risiko til et akseptabelt nivå. Er det nok?
5. Oppfølging ved å endre eller etablere kontrolltiltak.

Kontrollaktiviteter innenfor tjenesteytingen - avvikshåndtering

Mens risikoanalyser fører frem til tiltak basert på vurdering i forkant, gir avvikshåndtering tiltak og læring i etterkant, basert på erfaring. I lys av dette handler ikke avvikshåndtering direkte om å redusere risiko, men å lære av feil slik at risikoen i neste omgang blir mindre. Systematisk håndtering av avvik skal bidra til at brudd på lover, forskrifter prosedyrer og rutiner blir registrert og brukt til læring og utvikling.

Kapittel 8.6 i KS' veileder omhandler Avvik og avvikshåndtering. Av og til vil det gå galt – uansett hvor god internkontroll vi har, hvor mye opplæring vi bedriver, hvor mye oppmerksomhet vi har på organisasjonskulturen og hvor mange hjelpemidler og verktøy vi kjøper inn.

Avvikshåndtering eksisterer parallelt med og supplerer den risikobaserte internkontrollen. Der risikokartleggingen fører frem til tiltak basert på vurdering i forkant, gir avvikshåndtering tiltak og læring basert på erfaring, altså i etterkant av eventuelle uønskede hendelser.

Avvikshåndtering handler ikke direkte om å redusere risiko, men om å lære av sine feil – slik at risikoen i neste omgang blir mindre. Avvikshåndtering er derfor en viktig del av en levende internkontroll med oppmerksomhet på læring og forbedring.

Systematisk registrering av avvik skal bidra til at brudd på lover, forskrifter, prosedyrer og rutiner blir håndtert på en slik måte at man i neste omgang har bedre arbeidsformer og derved lavere risiko for at samme hendelse inntreffer på nytt.

Det er imidlertid ikke tilstrekkelig å avdekke og rapportere avvik, det er **oppfølgingen** av avviket som har effekt. Avviksrapportering og -håndtering bør selvsagt følges opp slik at det enkelte avviket blir lukket, men den skal også bidra til at tilsvarende eller andre avvik kan forebygges.

Avviksrapportering har liten verdi dersom den ikke representerer noe annet enn en datastrøm inn, eller årlige oppsummeringsrapporter til kommunedirektøren eller kommunestyret. Merverdien i form av styrket internkontroll oppstår først når avvikstilfellene enkeltvis og aggregert benyttes til læring og utvikling, altså til et systematisk forbedringsarbeid.

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

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. For å oppfylle dette ansvaret skal kommunen blant annet tilby helsetjenester i hjemmet, plass i institusjon (herunder sykehjem) og personlig assistanse (herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt). Kommunen skal planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1.

Helse og omsorgstjenesteloven § 3-2 a omhandler kommunens ansvar for tilbud om opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester:

> *Kommunen skal tilby opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.*
>
> *Kommunen skal gi forskrift med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Forskriften skal også omfatte pasienter og brukere som vil være best tjent med langtidsopphold, men hvor kommunen vurderer at vedkommende med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold.*

Forskriften skal videre regulere hvordan kommunen skal følge opp pasienter eller brukere som venter på langtidsopphold.

[Kongen gir forskrift med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Forskriften skal også omfatte pasienter og brukere som vil være best tjent med langtidsopphold, men hvor kommunen vurderer at vedkommende med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold.] [1]

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene- av 2016

Kommunelovens bestemmelser og KS' veileder gjelder for kommunen generelt, mens forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene bl.a. gjelder for virksomheter som er pålagt internkontrollplikt etter

a) *helsetilsynsloven § 3*
b) *spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a tredje ledd*
c) *helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd eller*
d) *tannhelsetjenesteloven § 1-3a.*

Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet og at øvrige krav i helse- og omsorgstjenestelovgivningen etterleves. Forskriften av 2016 erstatter internkontrollforskriften i helse- og omsorgstjenestene av 2002, og er tydeligere på toppledelsens ansvar for styring av helse og omsorgstjenestene. Den nye forskriften er strukturert ut ifra etablert teori om kvalitet og kvalitetsforbedring (planlegging, gjennomføring, evaluering, korrigering).

Det følger av forskriftens § 5 at styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart og aktiviteter og risikoforhold, og ha det omfang som er nødvendig. Hvordan pliktene etter forskriften etterleves, skal dokumenteres i det omfang og i den form som er nødvendig utfra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

Det følger av forskriften § 6 at plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

a) *Ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er*

fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten.

b) *Innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene*
c) *Ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veileder og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten*
d) *Ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten*
e) *Planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt*
f) *Ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring*
g) *Ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon om annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgstjenestelovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.*

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter følger av forskriftens § 7, og 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*

Plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter følger av forskriftens § 8, og innebærer følgende oppgaver:

a) *Kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres*
b) *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.*
c) *Evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen*
d) *Vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer*

e) *Gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges*
f) *Minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.*

Plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter følger av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 9 og innebærer følgende oppgaver:

a) Rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold
b) Sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgstjenestelovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres
c) Forbedre nødvendige prosedyrer, instrukser, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgstjenestelovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Det følger av forskriftens § 5 at styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart og aktiviteter og risikoforhold, og ha det omfang som er nødvendig. Hvordan pliktene etter forskriften etterleves, skal dokumenteres i det omfang og i den form som er nødvendig utfra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten – IS - 2620
Veilederen inneholder veiledning til de ulike paragrafene i forskriften.

Veiledning til § 5 Omfang og dokumentasjon, viser bl.a. eksempler på relevante interne dokumenter:

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

- beskrivelse av arbeidsoppgaver som utføres sjelden
- beskrivelse av arbeidsoppgaver med særlig risiko
- beskrivelse av oppgaver som bør organiseres eller løses på en bestemt måte av hensyn til sikkerhet, likebehandling og samhandling

På denne bakgrunn har vi utledet følgende revisjonskriterier:

Kommunen skal ha internkontroll, innenfor virksomhet omsorgsboliger med heldøgns bemanning, som bør inneholde:

- **Mål, oppgaver og organisering/ ansvar**
  - En oversikt over og beskrivelse av virksomhetens mål, oppgaver og organisering/ ansvar
- **Rutiner/ prosedyrer/ forskrift**
  - Skriftlige, oppdaterte rutiner og prosedyrer, som er kjent for ansatte og samlet på et sted
    - En lokal forskrift med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester.
- **Risikovurderinger**
  - En oversikt over områder hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten, herunder;
    - Kartlegge og vurdere risiko systematisk
    - Iverksette og dokumentere tiltak for å redusere risiko
- **Kompetanse og opplæring**
  - En oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring
  - Sørge for at medarbeiderne har nødvendig kompetanse

- **Avvikssystem**
  - System og rutiner for å kunne melde om avvik og uønskede hendelser
    - Systemet skal være kjent for ansatte
    - Meldte avvik skal følges opp for å forebygge gjentagende avvik og sikre læring og forbedring

Brukermedvirkning

Problemstilling 3:

I hvilken grad har Kragerø kommune systemer for å sikre brukerinvolvering innen helse og omsorg?

Regelverk og veileder om brukermedvirkning

Helse og omsorgstjenesteloven § 3-10

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 at kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjenester.

Kommunen skal sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av loven her, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter. Helse- og omsorgstjenesten skal legge til rette for samarbeid med brukergruppenes organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 at pasient eller bruker har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Videre skal tjenestetilbudet, så langt som mulig, utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbudet. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

IS-2442: Veileder for saksbehandling

Veilederen sier at for at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med brukeren, må kommunen gå aktivt inn for å få med pasientens/brukerens synspunkter når tjenestetilbudet utformes. Kommunen kan ikke vente på at pasienten/brukeren selv tar initiativ til dette.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Ifølge forskriften §§ 6-8 skal brukererfaringer brukes i planlegging, gjennomføring og evaluering av helse- og omsorgstjenestene.

På denne bakgrunn har vi utledet følgende revisjonskriterier:

- **Kommunen skal ha rutiner og tiltak som sikrer at brukererfaringer brukes systematisk i utvikling av tjenestene.**
- **Kommunen skal ha rutiner og tiltak som sikrer at pasientene får medvirke i utformingen av eget tjenestetilbud.**

Vedlegg 3: Metode og kvalitetssikring

Forvaltningsrevisjonen startet opp ved oppstartsbrev av 8.5.2023. Oppstartsmøte ble avholdt den 25.5.2023 med kommunedirektør, kommunalsjef Helse og omsorg, virksomhetsleder Bemannede omsorgsboliger, virksomhetsleder sykehjem og bokollektiv, virksomhetsleder Tjenestetildeling og koordinerende enhet, virksomhetsleder hjemmetjenester, kommuneoverlege og rådgiver Helse og omsorg til stede. Det ble skrevet et referat fra møtet, som ble bekreftet av dem som var til stede.

Vi har hatt oppsummeringsmøte den 24.10.2023, med kommunedirektør, kommunalsjef Helse og omsorg, virksomhetsleder heldøgns omsorg, virksomhetsleder sykehjem og bokollektiv, virksomhetsleder tjenestetildeling og koordinerende enhet, virksomhetsleder hjemmetjenester, kommuneoverlege og rådgiver Helse og omsorg til stede.

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

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

Innsamling av data, relevans og pålitelighet

Datainnsamling og rapportskriving har foregått i perioden juni – oktober 2023.

Dokumentgjennomgang

Vi har innhentet og gjennomgått en rekke dokumenter:

- Prosjektplan Fremtidens omsorg i Kragerø
- Økonomi- og handlingsplan 2023 – 2026 - Kragerø kommune
- Årsberetning 2022 Kragerø kommune
- Ressursanalyse av helse og omsorg - Kragerø kommune
- KOSTRA-analyse 2023 - Kragerø kommune
- Perspektivanalyse 2024-2033 – Kragerø kommune
- Økonomirapport 1. tertial 2023 – Kragerø kommune
- Nøkkeltall kommunalområde helse og omsorg
- Dokumentasjon som viser hvordan virksomhet Bemannende omsorgsboliger er organisert, virksomhetens oppgaver og mål
- Dokumentasjon om kommunens internkontroll
- Avviksstatistikk Bemannende omsorgsboliger fra QM+ i 2022 og 2023
- ROS-vurderinger Bemannede omsorgsboliger fra QM+ i 2022 og 2023
- Felles prosedyrer, rutiner i QM+ for kommunalområdet Helse og omsorg

- Saksbehandling av pleie og omsorgstjenester i Kragerø kommune
- Forskrift om tildeling av langtidsopphold og helse- og omsorgstjenester i institusjon eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, vurderingsmomenter og vurderingslister m.m. (fastsatt av kommunestyret 15. juni 2017)
- Utkast Veiledende tildelingskriterier for helse- og omsorgstjenester – Kragerø kommune

Intervju
Det er gjennomført egne intervjuer med virksomhetsleder Tjenestetildeling og koordinerende enhet og virksomhetsleder Bemannede omsorgsboliger. Det er også gjennomført egne intervjuer med avdelingslederne ved de fire avdelingene i HDO; Sannidal Bokollektiv, Seniorsenteret, Stabbestad omsorgsboliger og Tangheia. Referatene fra alle intervjuene er verifisert av kildene.

Vi har også gjennomført et gruppeintervju med to tillitsvalgte og et verneombud. I utgangspunktet skulle to tillitsvalgte og to verneombud ha deltatt, men ett verneombud meldte forfall. Vedkommende la sine kommentarer til spørsmålene vi stilte inn referatet fra gruppeintervjuet. De tillitsvalgte og verneombudene representerte de fire avdelingen i HDO som vi har undersøkt. Referatet fra intervjuet er verifisert av kildene.

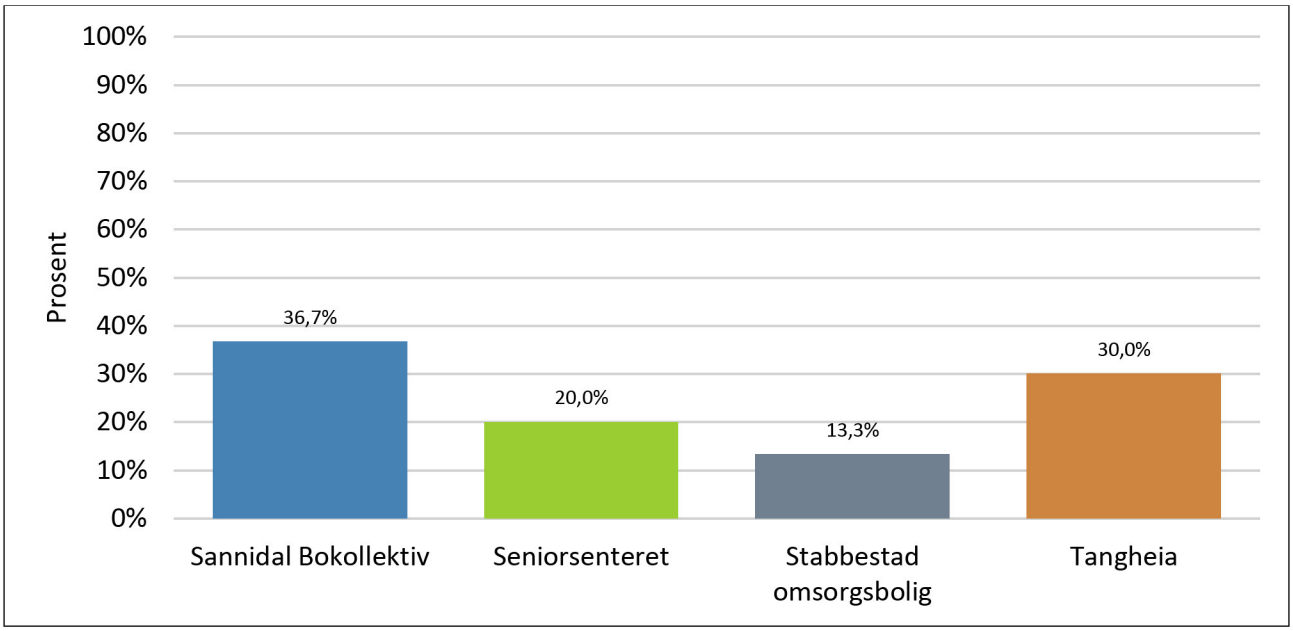
Vi har også hatt et møte med kommunalsjef helse og omsorg, virksomhetsleder Bemannede omsorgsboliger og rådgiver Helse og omsorg, hvor bl.a. revisjonskriteriene vi har forholdt oss til i dette prosjektet ble gjennomgått.

For øvrig har vi hatt løpende dialog på telefon og e-post med rådgiver Helse og omsorg, virksomhetsleder Bemannede omsorgsboliger og virksomhetsleder Tjenestetildeling og koordinerende enhet.

QM+
Vi har hatt tilgang til kommunens kvalitetssystem QM+, og foretatt stikkprøver i systemet forbindelse med problemstilling 2 om kommunens internkontroll.

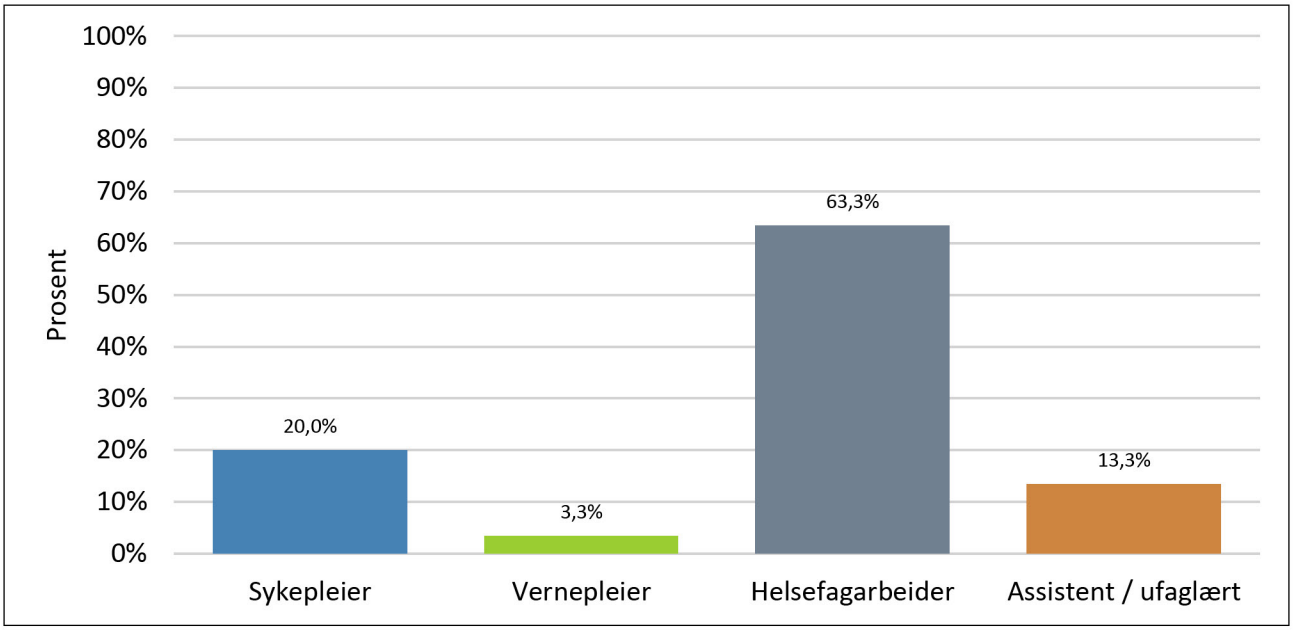
Spørreundersøkelse til ansatte i omsorgsboliger med heldøgns omsorg (HDO)
Vi har sendt en spørreundersøkelse til alle de fast ansatte i HDO. Vi sendte undersøkelsen til 67 ansatte og fikk 30 svar, noe som gir en svarprosent på 45. Figurene nedenfor viser at de som svarte representerer alle boligene og alle faggruppene og at de har ulike stillingsprosenter. Vi mener at dette styrker gyldigheten av resultatene i spørreundersøkelsen.

Figur 26 viser svarfordelingen på spørsmålet: *På hvilken omsorgsbolig jobber du?*



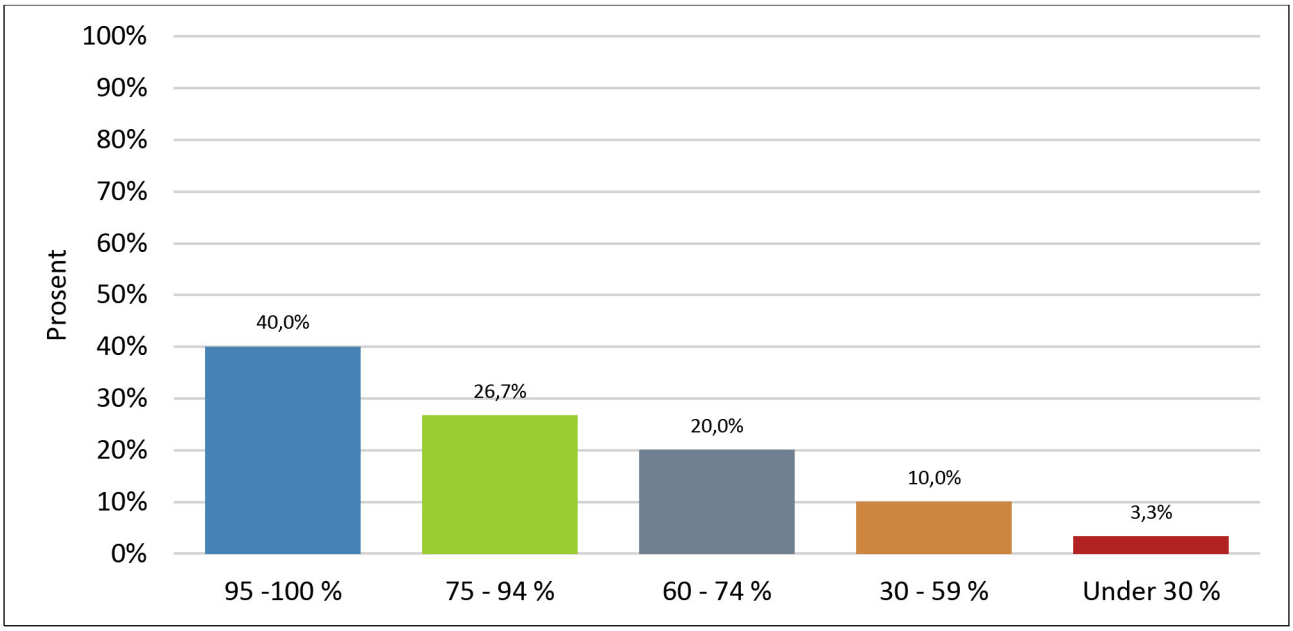
Figur 26 - Svarfordeling på spørsmålet: På hvilken omsorgsbolig jobber du? N= 30

Figur 27 viser svarfordelingen på spørsmålet: *Hvilken stilling har du i omsorgsboligen?*



Figur 27 - Svarfordeling på spørsmålet: Hvilken stilling har du i omsorgsboligen? N= 30

Figur 28 viser svarfordelingen på spørsmålet: *Hvor stor stilling har du i omsorgsboligen?*



Figur 28 - Svarfordelingen på spørsmålet: Hvor stor stilling har du i omsorgsboligen? N= 30

Virksomhetsleder HDO fikk anledning til å komme med innspill til utforming av spørreundersøkelsen.

Som beskrevet ovenfor bygger rapporten på data fra forskjellige kilder. Vi mener at metodene vi har brukt understøtter hverandre. Det at dataene vi har innhentet peker i samme retning støtter opp under dataenes relevans og pålitelighet. Dette støtter igjen opp om de vurderinger og konklusjoner vi gjør på grunnlag av dataene.

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

Personopplysninger

Vårt rettslige grunnlag for å behandle personopplysninger er kommuneloven § 24-2 fjerde ledd. Vi behandler personopplysninger slik det er beskrevet i vår personvernerklæring. Personvernerklæringen er tilgjengelig på vår nettside vtrevisjon.no.

I forbindelse med denne forvaltningsrevisjonen har vi behandlet personopplysninger som navn og epostadresse til ansatte i kommunen. Utover dette har vi ikke behandlet personopplysninger.

God kommunal revisjonsskikk - kvalitetssikring

Forvaltningsrevisjon skal gjennomføres, dokumenteres, kvalitetssikres og rapporteres i samsvar med kommuneloven og god kommunal revisjonsskikk.[9]

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

Vestfold og Telemark revisjon IKS har et system for kvalitetskontroll som er i samsvar med den internasjonale standarden for kvalitetskontroll.[10] Denne forvaltningsrevisjonen er kvalitetssikret i samsvar med vårt kvalitetskontrollsystem og i samsvar med kravene i RSK 001.

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

[10] ISQM 1 og 2 er internasjonale standarder for kvalitetsstyring og oppdragskontroll for revisjonsforetak som utfører revisjon eller forenklet revisorkontroll av regnskaper, eller andre attestasjonsoppdrag eller beslektede tjenester (Gjelder fra 15.12.2022)

På vakt for fellesskapets verdier

Rapporten er utarbeidet av
Vestfold og Telemark revisjon IKS

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

www.vtrevisjon.no

23: 3814 404