



Vest-Finnmark kommunerevisjon IKS  
Oarje-Finnmárkku suohkanrevisiuvdna SGO



[www.vefik.no](http://www.vefik.no)

# **RAPPORT**

# **FORVALTNINGSREVISJON**

## **2017-2020**

---

**Ressursbruk og kvalitet i pleie og omsorg**

---

**SØR-VARANGER KOMMUNE**

## **FORORD**

Bakgrunnen for denne rapporten er Plan for forvaltningsrevisjon 2017–2020, vedtatt av kommunestyret i Sør-Varanger kommune 15. februar 2017 (sak 2/17). Det framgår av planen at det skal gjøres en forvaltningsrevisjon av ressursbruk og kvalitet i pleie og omsorg.

Prosjektgruppa har bestått av John Vidar Nordseth som har vært prosjektleder og Bård Larsson som har vært prosjektmedarbeider. Rapporten er kvalitetssikret av oppdragsansvarlig Bård Larsson.

Våre informanter i kommunen har vært kontaktperson og kommunalsjef for helse, omsorg og velferd Elisabeth Larsen, enhetsleder Lene Nilsen Holte og avdelingsleder Wesselborgen sykehjem Sandra Frydstad fra sykehjemsenheten, enhetsleder Irene Arvola og avdelingsleder Base 1 Mette Nødtvedt fra hjemmebasert omsorg, enhetsleder Jorun Sandhell og avdelingsleder Solkroken Elin Kristiansen fra tjenesten for funksjonshemmede, fagkonsulent Sissel Sandnes fra koordineringsenheten. Vi har i tillegg hatt noe hjelp fra økonomikonsulent Elin P. Jakola og personalsjef Line Kristoffersen.

Vi takker alle for et positivt samarbeid.

Alta, 4. april 2019

John Vidar Nordseth  
Prosjektleder/Forvaltningsrevisor

Bård Larsson  
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

# INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>0. SAMMENDRAG</b> .....	<b>1</b>
0.1 FORMÅLET MED PROSJEKTET .....	1
0.2 REVISORS VURDERINGER OG KONKLUSJONER .....	1
0.3 ANBEFALINGER.....	2
<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>3</b>
1.1 PROSJEKTETS BAKGRUNN OG FORMÅL .....	3
1.1.1 <i>Bakgrunn</i> .....	3
1.1.2 <i>Formål</i> .....	3
1.2 PROBLEMSTILLINGER .....	3
1.3 REVISJONSKRITERIER.....	4
1.4 METODE .....	4
1.4.1 <i>Datainnsamling</i> .....	4
1.4.2 <i>Avgrensing</i> .....	4
1.4.3 <i>Dataenes gyldighet og pålitelighet</i> .....	5
<b>2. HVORDAN ER SØR-VARANGER KOMMUNES ØKONOMISKE RESULTAT OG RESSURSBRUK I HJEMMEBASERT OMSORG, SYKEHJEM OG ANNEN VIRKSOMHET SOM NATURLIG HØRER UNDER DETTE? .....</b>	<b>6</b>
2.1 REVISJONSKRITERIER.....	6
2.2 DATA .....	6
2.2.1 <i>Tjenestens omfang</i> .....	6
2.2.2 <i>Budsjett, faktisk forbruk og avvik</i> .....	8
2.2.3 <i>Vikarbruk / sykefravær og lønnsutgifter</i> .....	9
2.3 OPPSUMMERING .....	11
<b>3. HAR SØR-VARANGER KOMMUNE ETABLERT ET FORSVARLIG SYSTEM FOR Å SIKRE AT KVALITETEN I PLEIE- OG OMSORGSTJENESTENE ER I TRÅD GJELDENDE LOVER OG FORSKRIFTER, OG MED EGNE PLANER OG VEDTAK, HERUNDER: .....</b>	<b>13</b>
3.1 HAR KOMMUNEN ETABLERT RUTINER OG PROSEDYRER FOR INTERNKONTROLL OG KVALITETSSIKRING I HENHOLD TIL LOV OG FORSKRIFT? .....	13
3.1.1 <i>Revisjonskriterier</i> .....	13
3.1.2 <i>Data</i> .....	13
3.1.2.1 <i>Generelt</i> .....	13
3.1.2.2 <i>Planlegging og gjennomføring av tjenestene</i> .....	13
3.1.2.3 <i>Evaluering og korrigering av tjenestene</i> .....	15
3.1.3 <i>Vurderinger</i> .....	16
3.1.3.1 <i>Planlegging</i> .....	17
3.1.3.2 <i>Gjennomføring</i> .....	17
3.1.3.3 <i>Evaluering</i> .....	18
3.1.3.4 <i>Korrigering</i> .....	19
3.1.4 <i>Konklusjon</i> .....	19
3.2 HAR KOMMUNEN ETABLERT RUTINER OG PROSEDYRER SOM SIKRER FAGLIG KVALITET OG KOMPETANSE? .....	20
3.2.1 <i>Revisjonskriterier</i> .....	20
3.2.2 <i>Data</i> .....	20
3.2.2.1 <i>Kompetansebehov</i> .....	20
3.2.2.2 <i>Oversikt over faglige kvalifikasjoner</i> .....	21
3.2.2.3 <i>Kompetanseutvikling</i> .....	22
3.2.3 <i>Vurderinger</i> .....	23
3.2.3.1 <i>Kompetansebehov</i> .....	23
3.2.3.2 <i>Oversikt over faglige kvalifikasjoner</i> .....	24
3.2.3.3 <i>Kompetanseutvikling</i> .....	25

3.2.4	<i>Konklusjon</i> .....	25
3.3	HAR KOMMUNEN ETABLERT RUTINER OG PROSEDYRER SOM SIKRER BRUKERNE ET TILFREDSSTILLENDT TJENESTETILBUD? .	26
3.3.1	<i>Revisjonskriterier</i> .....	26
3.3.2	<i>Data</i> .....	26
3.3.2.1	<i>Tjenester som ivaretar brukerens behov</i> .....	26
3.3.2.2	<i>Brukerens rett til medbestemmelse</i> .....	27
3.3.2.3	<i>Koordinering og individuell plan</i> .....	28
3.3.3	<i>Vurderinger</i> .....	29
3.3.3.1	<i>Tjenester som ivaretar brukerens behov</i> .....	29
3.3.3.2	<i>Brukerens rett til medbestemmelse</i> .....	30
3.3.3.3	<i>Koordinering og individuell plan</i> .....	30
3.3.4	<i>Konklusjon</i> .....	31
<b>4.</b>	<b>KONKLUSJONER</b> .....	<b>32</b>
4.1	HVORDAN ER SØR-VARANGER KOMMUNES ØKONOMISKE RESULTAT OG RESSURSBRUK I HJEMMEBASERT OMSORG, SYKEHJEM OG ANNEN VIRKSOMHET SOM NATURLIG HØRER UNDER DETTE NÅR DET GJELDER: .....	32
4.2	HAR SØR-VARANGER KOMMUNE ETABLERT ET FORSVARLIG SYSTEM FOR Å SIKRE AT KVALITETEN I PLEIE- OG OMSORGSTJENESTENE ER I TRÅD GJELDENE LOVER OG FORSKRIFTER, OG MED EGNE PLANER OG VEDTAK, HERUNDER: .....	32
<b>5.</b>	<b>ANBEFALINGER</b> .....	<b>33</b>
<b>6.</b>	<b>KILDER OG LITTERATUR</b> .....	<b>34</b>
<b>7.</b>	<b>VEDLEGG 1: RÅDMANNENS KOMMENTARER</b> .....	<b>35</b>
<b>8.</b>	<b>VEDLEGG 2: REVISJONSKRITERIER</b> .....	<b>36</b>
<b>9.</b>	<b>VEDLEGG 3: METODE OG GJENNOMFØRING</b> .....	<b>41</b>
<b>10.</b>	<b>VEDLEGG 4: TALLENE BAK FIGUR 2-6</b> .....	<b>46</b>

## **FIGUROVERSIKT**

Figur 1	Tjenestemottakere .....	6
Figur 2	Budsjettutvikling .....	8
Figur 3	Forbruk, netto driftsutgifter .....	8
Figur 4	Forbruk omsorgstjenestene .....	9
Figur 5	Fordeling vikarutgifter .....	10
Figur 6	Budsjettutvikling .....	10

## **TABELLOVERSIKT**

Tabell 1	Tjenestemottakere, hjemmetjenester .....	7
Tabell 2	Forbruk, lønn og vikarbyrå .....	9
Tabell 3	Fordeling lønn og vikarbyrå .....	10

## 0. SAMMENDRAG

### 0.1 Formålet med prosjektet

Formålet med prosjektet er todelt. I den første delen har vi undersøkt ressursbruken innenfor pleie- og omsorgstjenesten i Sør-Varanger kommune og sett på utviklingen i planlegging og bruk av ressurser over en avgrenset periode, og med et særlig fokus på lønnsutgifter og bruk av vikarer. Den andre delen av undersøkelsen har gått ut på å finne svar på om kommunen har et forsvarlig system for å sikre at kvaliteten i pleie- og omsorgstjenesten er i tråd med gjeldende lover og forskrifter.

### 0.2 Revisors vurderinger og konklusjoner

**Hvordan er Sør-Varanger kommunes økonomiske resultat og ressursbruk i hjemmebasert omsorg, sykehjem og annen virksomhet som naturlig hører under dette når det gjelder**

- a. **Budsjett, faktisk forbruk og avvik?**
- b. **Vikarbruk/sykefravær og lønnsutgifter?**

Dette er en beskrivende problemstilling og det konkluderes ikke på denne, men det er gjort en oppsummering under pkt. 2.3. Denne oppsummeringen kan sammenfattes som følger:

Omfanget av kommunale omsorgstjenester har økt relativt mye i perioden 2014 – 2017. I samme periode viser kommunens budsjetter at omsorgstjenestene er prioritert utover gjennomsnittlig lønns- og prisvekst. Regnskapsmessig forbruk i perioden viser at omsorgstjenestenes andel av kommunens netto utgifter er tilnærmet uendret og at omsorgstjenestene har et forbruk som overstiger forutsetningene i budsjettet.

Sykefraværet reduseres noe i perioden 2014-2017. Samlet vikarbruk reduseres i perioden og reduksjonen er her størst i kjøp av vikartjenester fra vikarbyrå. Samtidig øker utgiftene til overtid noe og utgiftene til fast lønn (faste stillinger) øker betydelig.

**Har Sør-Varanger kommune etablert et forsvarlig system for å sikre at kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene er i tråd gjeldende lover og forskrifter, og med egne planer og vedtak, herunder:**

- a. **Har kommunen etablert rutiner og prosedyrer for internkontroll og kvalitetssikring i henhold til lov og forskrift?**
- b. **Har kommunen etablerte rutiner og prosedyrer som sikrer faglig kvalitet og kompetanse?**
- c. **Har kommunen etablerte rutiner og prosedyrer som sikrer brukerne et tilfredsstillende tjenestetilbud?**

Det er vår konklusjon at Sør-Varanger kommune har etablert et forsvarlig system for å sikre at kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene er i tråd gjeldende lover og forskrifter, og med egne planer og vedtak. Det er konkludert slik på delproblemstillingene:

- a. Sør-Varanger kommune har etablert rutiner og prosedyrer som i det alt vesentlige ivaretar kravene til internkontroll og kvalitetssikring. Det er imidlertid noen svakheter og mangler i rutinene for håndtering av avvik, innholdet i den interne rapporteringen og i samordning av kvalitetssikringssystemer på tvers av enhetene.
- b. Etter vår mening har Sør-Varanger kommune etablert rutiner og prosedyrer som sikrer faglig kvalitet og kompetanse i pleie- og omsorgstjenestene.
- c. Sør-Varanger kommune har i vesentlig grad etablert rutiner og prosedyrer som sikrer brukerne et tilfredsstillende tjenestetilbud, men det finnes et forbedringspotensiale i kommunens arbeid med individuelle planer og koordinering av tjenester.

### **0.3 Anbefalinger**

Basert på de funn vi har gjort i undersøkelsen anbefaler vi at Sør-Varanger kommune iverksetter følgende tiltak vedrørende kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten:

- foretar en samlet gjennomgang av rutinen for håndtering av avvik for å klargjøre hvordan hendelser av ulik alvorlighetsgrad skal rapporteres og for å sikre at rapporterte avvik blir behandlet innen rimelig tid
- utarbeider rutiner som sikrer at arbeidet med individuell plan og koordinering av tjenester skjer i henhold til regelverket
- utvider innholdet i den månedlige rapportering fra enhetene til også å omfatte relevante kvalitetsindikatorer
- vurderer å samordne enhetenes kvalitetssystemer, særlig med tanke på å sikre oppdaterte rutiner og mer effektivt ajourhold av kvalitetssystemet

# 1. INNLEDNING

## 1.1 Prosjektets bakgrunn og formål

### 1.1.1 Bakgrunn

Bakgrunnen for denne rapporten er Plan for forvaltningsrevisjon 2017–2020, vedtatt av kommunestyret i Sør-Varanger kommune 15. februar 2017 (sak 2/17). Det framgår av planen at det skal gjøres en forvaltningsrevisjon av Sør-Varanger kommune, 2017-2020, Ressursbruk og kvalitet i pleie og omsorg.

### 1.1.2 Formål

Formålet med prosjektet er todelt. I den første delen har vi undersøkt ressursbruken innenfor pleie- og omsorgstjenesten i Sør-Varanger kommune og sett på utviklingen i planlegging og bruk av ressurser over en avgrenset periode, og med et særlig fokus på lønnsutgifter og bruk av vikarer. Den andre delen av undersøkelsen har gått ut på å finne svar på om kommunen har et forsvarlig system for å sikre at kvaliteten i pleie- og omsorgstjenesten er i tråd med gjeldende lover og forskrifter

På bakgrunn av dette vil kommunen få belyst ulike sider ved egen praksis og bli presentert for områder hvor det eventuelt er muligheter for forbedringer.

## 1.2 Problemstillinger

Undersøkelsen vil bli gjennomført på bakgrunn av følgende problemstillinger vedtatt av kontrollutvalget 26.11.18 (sak 25/18):

1. Hvordan er Sør-Varanger kommunes økonomiske resultat og ressursbruk i hjemmebasert omsorg, sykehjem og annen virksomhet som naturlig hører under dette når det gjelder:
  - a. Budsjet, faktisk forbruk og avvik?
  - b. Vikarbruk/sykefravær og lønnsutgifter?
2. Har Sør-Varanger kommune etablert et forsvarlig system for å sikre at kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene er i tråd gjeldende lover og forskrifter, og med egne planer og vedtak, herunder:
  - a. Har kommunen etablert rutiner og prosedyrer for internkontroll og kvalitetssikring i henhold til lov og forskrift?
  - b. Har kommunen etablerte rutiner og prosedyrer som sikrer faglig kvalitet og kompetanse?
  - c. Har kommunen etablerte rutiner og prosedyrer som sikrer brukerne et tilfredsstillende tjenestetilbud?

## **1.3 Revisjonskriterier**

Revisjonskriterier er samlebetegnelsen på de krav og forventninger som brukes i den enkelte forvaltningsrevisjon for å vurdere den reviderte virksomhet. Kriteriene holdes opp mot faktagrunnlaget, og danner basis for de analyser og vurderinger som foretas, og de konklusjoner som trekkes.

Kilder til kriterier og utledning av disse er beskrevet i rapportens vedlegg 2.

## **1.4 Metode**

### **1.4.1 Datainnsamling**

Metode er samlebetegnelsen på de framgangsmåtene som benyttes for å samle inn og behandle data som kan gi svar på problemstillingen i en undersøkelse. Framgangsmåten i denne undersøkelsen har vært dokumentanalyse, gjennomgang av kommunens regnskaps- og fraværdata, noe statistikk fra eksterne kilder samt intervju av aktuelle personer i Sør-Varanger kommune.

Ressursbruken i pleie- og omsorgstjenestene er belyst ved gjennomgang av kommunens regnskapstall for valgt periode. Her har vi benyttet brutto- og nettotall fra regnskaper og reviderte budsjetter for å vise utvikling og kommunens prioritering. Det er lagt vekt på lønnsutgifter, særlig vikarer samt kjøp av eksterne vikartjenester. Fraværdata fra KS er benyttet for å antyde behovet for sykevikarer. SSBs tall for mottakere av tjenester er benyttet for å beskrive tjenestenes omfang.

Gjennomgangen av kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene er foretatt på systemnivå. Det vil si at kommunens organisering, rutiner og systemer er vurdert i forhold til de kravene som regelverket stiller til planlegging, gjennomføring og evaluering, kompetanseutvikling, brukermedvirkning og tilpassing av tilbud til behovet. Undersøkelsen her er gjort ved analyse av kommunens dokumentasjon av internkontroll og kvalitetssikring innenfor omsorgstjenestene. Det er gjennomført intervju med ledere på ulike nivå for å få utfyllende informasjon og for å belyse hvordan kommunens rutiner og systemer brukes i praksis.

En nærmere redegjørelse for metode, framgangsmåte og kvalitetssikring framgår av rapportens vedlegg 3.

### **1.4.2 Avgrensning**

Av både praktiske og ressursmessige grunner er det foretatt en avgrensning av undersøkelsen. Omsorgstjenestene i Sør-Varanger kommune omfatter: tildelings- og koordineringsenheten, hjemmebasert omsorg, tjenesten for funksjonshemmede, sykehjemmene, NAV Sør-Varanger og legetjenesten.

Vedtatte problemstillinger viser til sykehjem og hjemmebasert omsorg og annen virksomhet som hører naturlig til under pleie- og omsorgstjenestene. Ut fra dette er det gjort følgende avgrensninger:



For problemstilling nr. 1 benyttes tall fra driftsregnskap og budsjett for KOSTRA funksjon 234, 253 og 254 som datagrunnlag for omsorgstjenesten. KOSTRA funksjon er et felles kodeverk for rapportering i offentlig forvaltning. Kodene viser til målgruppen og hvilke brukerbehov som skal dekkes, og er uavhengig av virksomhetens organisering. Funksjon 234 gjelder aktiviserings- og servicetjenester, eldre og funksjonshemmede, funksjon 253 gjelder helse- og omsorgstjenester i institusjon og funksjon 254 gjelder helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende. Kjøp av tjenester fra private tjenesteleverandører omfattes ikke av undersøkelsen. Bygningsmessig drift av institusjonslokaler omfattes ikke av undersøkelsen.

Tidsmessig avgrensning er perioden 2014 – 2017 (fire siste år med avlagte regnskaper ved prosjektstart).

For problemstilling nr. 2 omfatter undersøkelsen tjenesten for funksjonshemmede, hjemmebasert omsorg, sykehjemsenheten og tildelings og koordineringsenheten. Tidsmessig er undersøkelsen avgrenset til nåværende praksis.

### **1.4.3 Dataenes gyldighet og pålitelighet**

Med gyldige data menes at det skal være samsvar mellom formålet for undersøkelsen og de data som er samlet inn. Med pålitelige data menes at data skal være mest mulig presise og nøyaktige.

Gyldigheten av data er sikres ved at data samles inn med utgangspunkt i revisjonskriteriene. Dette gjelder både den dokumentasjon som innhentes, hvem som intervjues og hvilke spørsmål vi stiller. Alle innsamlede data er gruppert etter revisjonskriteriene.

Dataenes pålitelighet er sikret gjennom intern kvalitetssikring, ved verifisering av data fra intervjuer og ved at undersøkte områder søkes belyst med data fra flere kilder. Dokumentasjonen som er gjennomgått er kommunens interne dokumenter og må anees å inneholde pålitelige data. Videre er regnskapsdata og nøkkeltall for valgt periode avlagte og offisielle. Dersom det viser seg at det kan knyttes usikkerhet til data som vurderes i denne undersøkelsen vil det bli gjort rede for dette i rapporten.

## 2. HVORDAN ER SØR-VARANGER KOMMUNES ØKONOMISKE RESULTAT OG RESSURSBRUK I HJEMMEBASERT OMSORG, SYKEHJEM OG ANNEN VIRKSOMHET SOM NATURLIG HØRER UNDER DETTE?

### 2.1 Revisjonskriterier

Problemstillingen er beskrivende, og det utledes derfor ingen kriterier til denne.

### 2.2 Data

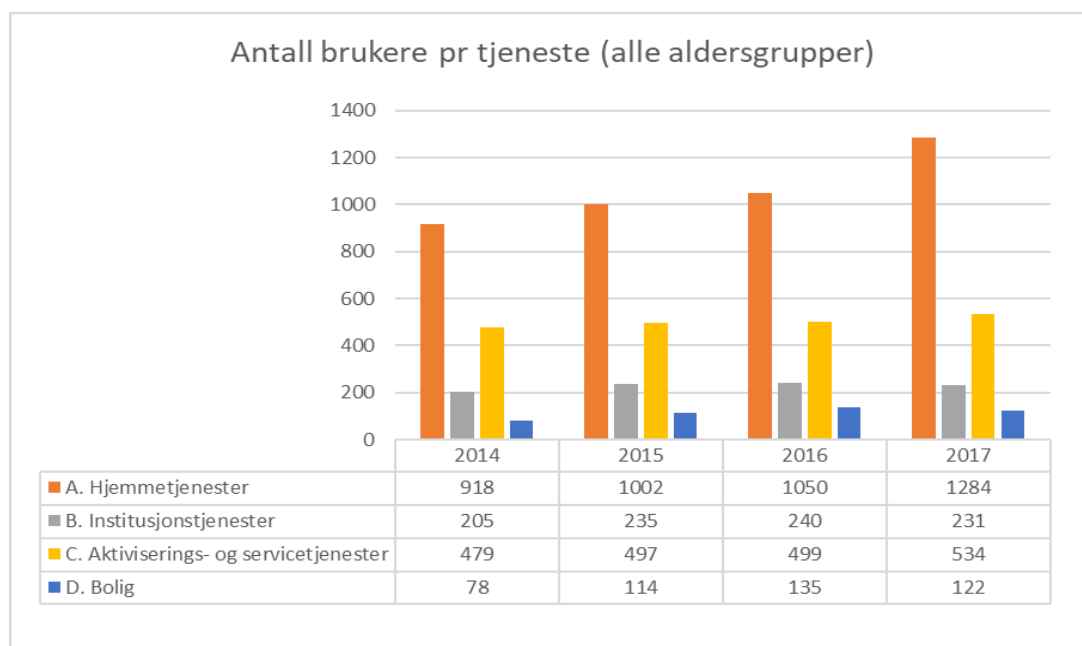
Undersøkelsen her tar utgangspunkt i kommunens regnskaper for KOSTRA funksjon 234, 253 og 254 for å vise hvordan kommunens planlagte og faktiske ressursbruk innenfor omsorgstjenestene har utviklet seg i perioden. Utvalg av data på disse tre funksjonene viser kommunens samlede utgifter til formålene uavhengig av intern organisasjonsstruktur.

Kommunen opplyser at det kan finnes noen budsjettposter som ikke er funksjonsfordelt og at det vil påvirke budsjett- og forbrukstall. Faktisk omfang av dette er ikke kjent, men antas å ikke være vesentlig. Tallene må allikevel forstås i lys av dette.

Nøkkeltall fra SSB er benyttet for å vise hvilket omfang tjenesten har. Fokusområdet er sykefravær og lønnsutgifter, særlig vikarer, samt bruk av eksterne vikartjenester.

#### 2.2.1 Tjenestens omfang

Figur 1 Tjenestemottakere



Kilde: SSB

Figur 1 viser utvikling i antall brukere innenfor tjenestekategoriene<sup>1</sup>. Dataene bygger på kommunens IPLOS-rapportering. En enkelt bruker kan motta ulike tjenester innenfor et rapporteringsår og vil dermed kunne telle med i mer enn en kategori. Summen av brukere i figuren over vil derfor ikke representere det reelle antall unike personer som har mottatt tjenester.

Kategoriene omfatter disse tjenestene:

Hjemmetjenestene dekker bistand til dagliglivets praktiske gjøremål og egenomsorg, herunder opplæring og brukerstyrt personlig assistent (BPA)<sup>2</sup>. Videre finner vi omsorgslønn og tilbud om avlastning for personer/familier med særlig tyngende omsorgsarbeid her, i tillegg til helsetjenester i hjemmet.

Institusjonstjenester omfatter langtids- og korttidsopphold, herunder avlastning, utredning og behandling, habilitering og rehabilitering.

Aktiviserings- og servicetjenester dekker lavterskeltilbud, matombringing, støttekontakter og trygghetsalarmer.

Bolig omfatter omsorgsboliger og andre boliger som kommunen disponerer. Tjenestene kan være med eller uten fast tilknyttet personell.

Antall brukere av institusjonstjenester øker fra 2014 til 2015 og ligger videre på et relativt stabilt nivå. Alle de tre andre tjenestekategoriene øker betydelig i perioden 2014 – 2017.

Tabell 1 Tjenestemottakere, hjemmetjenester

A. Hjemmetjenester, antall tjenestemottakere						
Aldersgruppe	0-49 år	50-66 år	67-79 år	80-89 år	90 år eller eldre	Totalsum
2014	208	130	188	288	104	918
2015	241	162	223	263	113	1002
2016	238	192	244	260	116	1050
2017	271	213	313	352	135	1284
Endring 2014 - 2017	63	83	125	64	31	366

Kilde: SSB, tabell 11642

Hjemmetjenestene har i sum den største økningen i perioden 2014 – 2017 med 366 brukere, som tilsvarer om lag 40 %. Tabell 1 viser at den største økningen her finnes i aldersgruppen 67 – 79 år. Forbruk av timer BPA<sup>3</sup> øker fra 7115 timer i 2014 til 11860 timer i 2017.

For institusjonstjenestene er det gruppene 67-79 år og over 90 år som øker mest, sistnevnte med 88 % i perioden. Også boligjenestene øker betydelig, gruppen 55-60 år øker med 55 % og 80-89 år øker med 68 %<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Kilde: SSB, tabell 11642 Brukarar av omsorgstenester, etter region, alder, tenestetype, statistikkvariabel og år. IPLOS er et sentralt pseudonymt helseregister med informasjon om alle søkere og mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester.

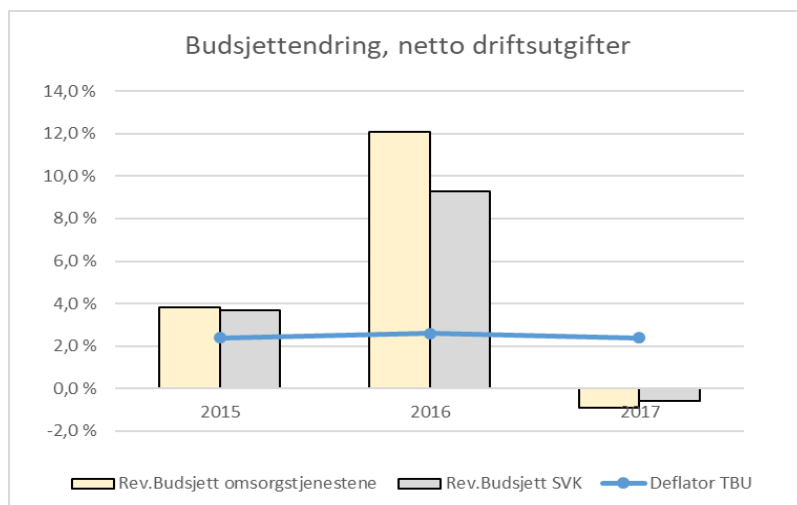
<sup>2</sup> Brukerstyrt personlig assistent er en måte å organisere tjenestetilbudet på, og en rettighet for personer under 67 år med omfattende hjelpebehov (pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 d)

<sup>3</sup> Kilde: SSB, tabell 11643

<sup>4</sup> Kilde: SSB, tabell 11642

## 2.2.2 Budsjett, faktisk forbruk og avvik

Figur 2 Budsjettutvikling

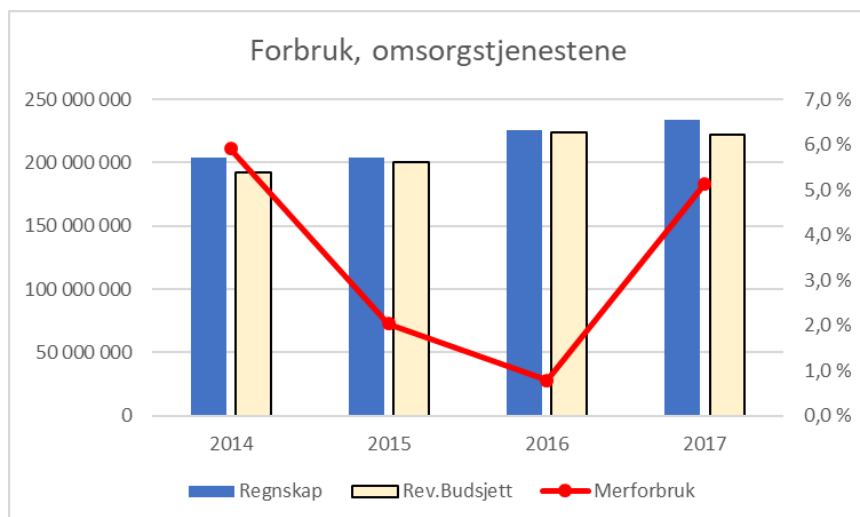


Kilde: regnskap Sør-Varanger kommune og TBU. Figuren viser prosentvis endring i revidert budsjett fra foregående år.

Omsorgstjenestenes budsjett for 2016 øker forholdsmessig mye og reduseres så noe igjen for 2017. I gjennomsnitt øker omsorgstjenestens budsjett 5,1 % årlig i perioden, mens tilsvarende tall for kommunens budsjett totalt er 4,2 %. Begge snittverdiene er vesentlig høyere enn den gjennomsnittlige kostnadsveksten for kommunene (TBU deflator) som er på 2,5 %.<sup>5</sup>

Omsorgstjenestenes andel av kommunens netto driftsregnskap er 35,6 % i 2014 og reduseres marginalt (til 35,3 %) i 2017.

Figur 3 Forbruk, netto driftsutgifter



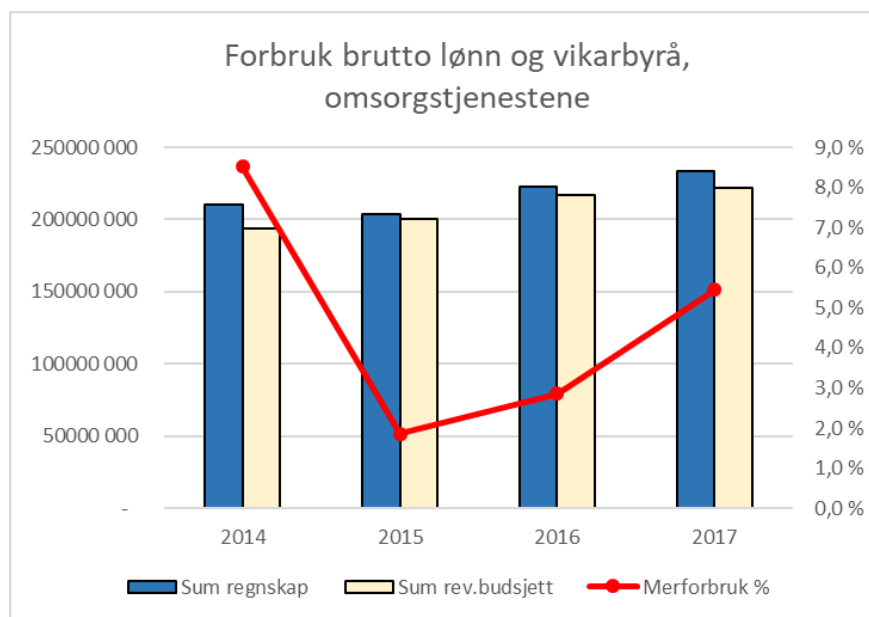
Kilde: regnskap Sør-Varanger kommune

<sup>5</sup> Teknisk beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi, rapport november 2018 vedlegg 7 tabell 1.

Merforbruket i omsorgstjenestene i 2014 og 2017 er på om lag 11 mill. kroner, mens de øvrige årene viser noe mindre budsjettavvik. For 2017 utgjør merforbruket for hjemmebasert omsorg og sykehjemmene tilsammen 9,6 mill. kroner. I all hovedsak tilskrives dette lønn og sosiale kostnader samt bruk av vikarbyrå jfr. Sør-Varanger kommunes årsrapport 2017<sup>6</sup>.

### 2.2.3 Vikarbruk / sykefravær og lønnsutgifter

Figur 4 Forbruk omsorgstjenestene



Kilde: regnskap Sør-Varanger kommune.

Figuren viser forbruk<sup>7</sup> i perioden, i gjennomsnitt er merforbruket på 4,7 % årlig.

Tabell 2 Forbruk, lønn og vikarbyrå

	2014	2015	2016	2017
Mer- / mindreforbruk	16 531 248	3 700 447	6 201 944	12 059 152
herav:				
Fastlønn (010)	-1 814 912	-4 313 379	-2 517 917	714 293
Vikarlønn (020)	3 599 902	2 648 412	1 756 569	1 922 130
Ekstrahjelp (030)	2 648 733	2 390 783	50 888	713 958
Overtid (040)	1 112 641	943 092	-2 007	1 163 222
Annen lønn/godtgj. (050)	-903 102	-1 144 327	-512 101	-526 338
Pensjon/forsikring (090)	8 107 908	-6 655 647	4 777 317	2 604 374
Vikarbyrå (12720)	3 780 077	9 831 513	2 649 195	5 467 512

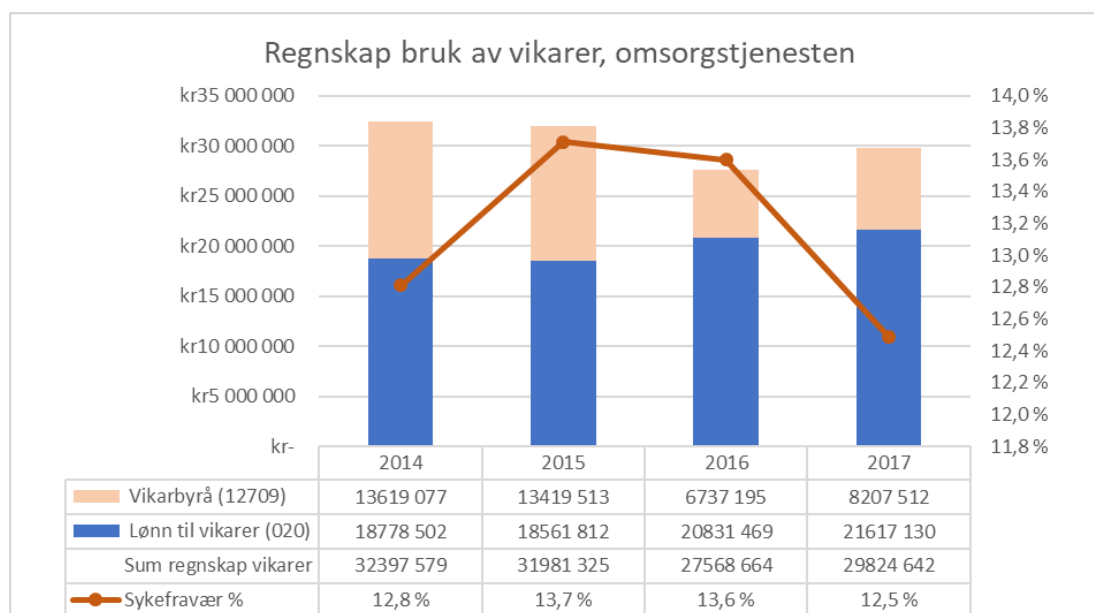
Kilde: regnskap Sør-Varanger kommune. (Mindreforbruk vises ved negativt tall)

Vikarlønn (020) dekker alle typer vikariater; sykefravær, ferie og permisjoner. Tabellen viser mer-/mindreforbruk på for lønnsposter og bruk av vikarbyrå (positive tall viser merforbruk).

<sup>6</sup> Årsrapport 2017 kap. 12

<sup>7</sup> Artsgruppe 010 – 090 (brutto lønn og sosiale kostnader) + art 12720 Vikarbyrå for KOSTRA funksjon 234, 253 og 254.

Figur 5 Fordeling vikarutgifter



Kilde: regnskap Sør-Varanger kommune og KS sykefravær.

Lønn til vikarer (020) gjelder alle typer vikariater som dekkes opp ved midlertidige ansettelser. Vikarbehov som dekkes ved kjøp av eksterne vikartjenester kostnadsføres på art 12709, og spesifiserer dermed ikke hvilken vikartype som dekkes. Dette gjør at tallene ikke kan vise utviklingen i vikarkostnadene for sykefraværet spesielt.

Samlet er vikarkostnadene i perioden 2014 – 2017 redusert med 2,6 mill. kroner, som tilsvarer knappe 8 %. Sykefraværet i samme periode reduseres med 2,5 %.

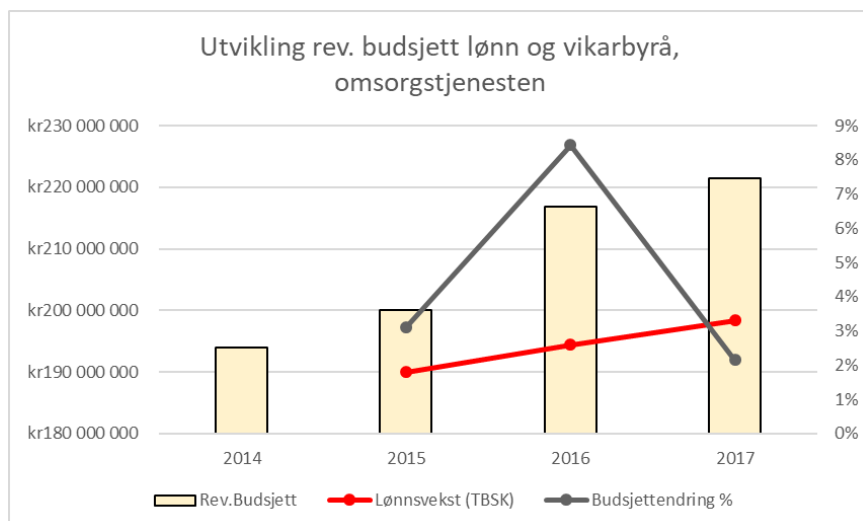
Tabell 3 Fordeling lønn og vikarbyrå

Regnskap	2014	2015	2016	2017
Fastlønn (010)	136 294 743	143 374 621	153 854 183	161 668 293
Ekstrahjelp (030)	3 986 333	3 853 083	3 866 888	4 578 958
Overtid (040)	5 399 741	5 152 492	5 206 493	6 417 222
<b>Sum lønnsposter ekskl vikarer</b>	<b>145 680 818</b>	<b>152 380 196</b>	<b>162 927 564</b>	<b>172 664 474</b>
Vikarlønn (020)	18 778 502	18 561 812	20 831 469	21 617 130
Vikarbyrå (12720)	13 619 077	13 419 513	6 737 195	8 207 512
<b>Sum vikarer</b>	<b>32 397 579</b>	<b>31 981 325</b>	<b>27 568 664</b>	<b>29 824 642</b>

Kilde: regnskap Sør-Varanger kommune.

Reduksjonen i sum vikarutgifter (020 + 12720) oppveies ved økte utgifter på ekstrahjelp og overtid, og ved økt forbruk på fastlønn, som øker med 27 mill. kroner fra 2014 til 2017. Samlet øker lønnspostene (010, 020, 030, 040) med 29,8 mill. kroner fra 2014 - 2017.

Figur 6 Budsjettutvikling



Kilde: regnskap Sør-Varanger kommune og TBSK. Gule stolper viser sum lønn artsgruppe 010 – 090 og art 12709 vikarbyrå.

Budsjettet øker med 27,5 mill. kroner fra 2014 – 2017. Endringen tilsvarer 4,6 % gjennomsnittlig i perioden og er vesentlig høyere enn den beregnede gjennomsnittlige veksten i helse- og sosialsektoren i kommunene (TBSK) <sup>8</sup> i samme periode, som er på 2,6 %.

## 2.3 Oppsummering

Behovet for tjenestene, de oppgavene som omsorgstjenesten skal løse, øker i perioden undersøkelsen gjelder for og forventes å øke også fremover. Befolkningsframskrivingen viser at antall eldre (over 67 år) øker sterkere enn alle andre grupper frem mot 2040 <sup>9</sup>. Den sterkeste økningen i perioden 2014 – 2017 finner vi i hjemmetjenestene, der antall brukere i alle aldersgrupper øker. Gruppen 67-79 år har den største økningen her, med hele 66 % i perioden. Den største økningen for institusjonstjenestene finner vi i gruppen 90 år og eldre. Innenfor hjemmetjenestene og boligjenestene finner vi også stor økning av brukere i gruppen 50-66 år.

I perioden 2014 – 2017 øker omsorgstjenestens netto reviderte budsjett med vel 5 % i gjennomsnitt. Det er dobbelt så mye som gjennomsnittlig lønns- og prisvekst i kommunene i perioden (deflator TBU).

Vi finner et tilsvarende forhold for omsorgstjenestens budsjetterte brutto lønnsutgifter inklusive budsjetterte utgifter til vikarbyrå. Her er økningen på 4,6 % mot gjennomsnittlig lønnsvekst innen Helse- og sosial i kommunene (TBSK) på 2,6 % <sup>10</sup>.

Regnskapet (netto, alle poster) viser et merforbruk i forhold til budsjettet for alle årene i undersøkelsen. I 2017 er merforbruket på vel 11 mill. kroner og det meste av dette tilskrives lønnsutgiftene og bruk av vikarbyrå.

<sup>8</sup> Kommunenes sentralforbund, teknisk beregnings- og statistikkutvalg for kommunesektoren (TBSK), rapporter for 2016, 2017 og 2018

<sup>9</sup> Sør-Varanger kommunes årsrapport 2017

<sup>10</sup> Andel vikarbyrå utgjør en liten del av lønnsbudsjettet (2,5 % i snitt i perioden) og unøyaktigheten ved å måle også endring i budsjett vikarbyrå mot beregnet vekst fra TBSK er uvesentlig.

Kjøp av tjenester fra vikarbyrå er redusert med 5,4 mill. kroner i perioden og vikarkostnadene totalt sett er redusert med 2,6 mill. kroner fra 2014-2017.

Samtidig som de samlede vikarkostnadene går ned øker kostnadene til ekstrahjelp, overtid og fast lønn. I sum øker lønnspostene (010 – 040) + tjenester fra vikarbyrå (12720) med 27 mill. kroner fra 2014 – 2017. Kostnader til ekstrahjelp og overtid er omtrent uendret i perioden 2014 – 2016, men øker i 2017.

Sykefraværet i perioden er redusert med 2,5 %.



### **3. HAR SØR-VARANGER KOMMUNE ETABLERT ET FORSVARLIG SYSTEM FOR Å SIKRE AT KVALITETEN I PLEIE- OG OMSORGSTJENESTENE ER I TRÅD GJELDENDE LOVER OG FORSKRIFTER, OG MED EGNE PLANER OG VEDTAK, HERUNDER:**

#### **3.1 Har kommunen etablert rutiner og prosedyrer for internkontroll og kvalitetssikring i henhold til lov og forskrift?**

##### **3.1.1 Revisjonskriterier**

Kommunen skal ha et styringssystem for helse- og omsorgstjenestene som består av

- Rutiner for planlegging av tjenestene
- Rutiner for gjennomføring av tjenestene
- Rutiner for evaluering av tjenestene
- Rutiner for korrigerende av tjenestene

##### **3.1.2 Data**

###### **3.1.2.1 Generelt**

Rådmannens myndighet utgår fra kommunestyret og handlingsrommet er begrenset til saker som ikke er av prinsipiell betydning<sup>11</sup>. Rådmannens myndighet delegeres videre gjennom reglement for administrativ delegasjon, som regulerer samhandlingen mellom kommunens ledernivåer. Det understrekes i pkt. 2.3 her at det er myndighet, beslutningskompetanse, som kan delegeres og ikke ansvar.

Funksjonsbeskrivelse for adm. ledelse i Sør-Varanger kommune er utarbeidet av rådmannen og beskriver roller, oppgaver og sentrale møtearenaer for overordnet ledelse i kommunen og dekker faglige og administrative prosesser. Sør-Varanger kommune har to-nivå organisering; rådmannsnivå og enhetsnivå. Rådmannsnivået omfatter kommunalsjefene for helse, omsorg og velferd, oppvekst og teknisk drift / plan i tillegg til rådmannen.

Ifølge kommuneloven er det rådmannens ansvar å sørge for at kommunens drift skjer i samsvar med lover og forskrifter, og er gjenstand for betryggende kontroll<sup>12</sup>.

###### **3.1.2.2 Planlegging og gjennomføring av tjenestene**

Arbeidet med rullering av Omsorgsplan 2022 er i gang og skal lede til strategisk plan for helse, omsorg og velferd i form av kommunedelplan. Denne planen skal være sektorens overordnede styringsverktøy. Kommunalsjefen for helse, velferd og omsorg opplyser at det ikke finnes noen felles rutine for kvalitetssikring/internkontroll i sektoren. Det er den enkelte enhet selv som utarbeider rutiner for dette.

---

<sup>11</sup> Kommuneloven § 23-4

<sup>12</sup> Kommuneloven § 23-2

En enhetsleder etterlyser i intervju noen føringer / overordnede prinsipper for driften og sier videre at selv om enhetene tilbyr ulike tjenester er mange av driftsbetingelsene allikevel de samme. Enhetene må selv bestemme hvordan de skal drive. «Konsekvensen er at det blir liten helhet fra overordnet ledelse, hvilke forventninger har de til oss?» Kommunalsjefen bekrefter i sitt intervju at det kan være noen utfordringer med ensartet opptreden når enhetene er så selvstendige som de er. Det er derfor satt i gang et arbeid med å få til bedre samhandling, særlig når det gjelder prosjektarbeid.

Enhet for Hjemmebasert omsorg har utarbeidet strategisk virksomhetsplan 2019, som viser aktuelle satsingsområder med mål, tiltak og ansvarlige. Enheten har i tillegg utviklet årshjul for egen virksomhet, som viser driftsårets aktiviteter. Hjemmebasert omsorg har utarbeidet kvalitetshåndbok som er elektronisk tilgjengelig og som skal sikre at alle ansatte er kjent med kvalitetssystemet. Kvalitetshåndboken viser oversikt over organisering og ansvar, aktuelt regelverk, målsettinger, oversikt over tiltak/planer for driften, fastsatt møtestrukturer, kartlegging og vurdering av risiko, legemiddelhåndtering, avviksbehandling, kartlegging av brukere / brukerbehov og ellers rutiner for ulike deler av daglig drift. Kvalitetshåndbøkene dekker også administrative forhold og HMS.

Hos Tjenesten for funksjonshemmede finner vi et lignende system, men i en noe enklere utforming. Dokumentasjonen viser intern organisering, enhetens formål og en beskrivelse av styringssystemet sammen med sjekkliste for intern revisjon av dette. Fra 2019 er det utarbeidet årshjul for enheten.

Sykehjemsenheten har en egenutviklet kvalitetshåndbok som er elektronisk tilgjengelig for ansatte. Den bygger på samme mal som for Hjemmebasert omsorg og har samme formål og tilsvarende innhold, men med noen tilpasninger knyttet til enhetens egenart. Enhetsleder opplyser at det er enhetsleder og avdelingsledere som vedlikeholder håndboken, og at det er utfordrende å være ajour med dette i tillegg til den daglige driften.

Sør-Varanger kommunes overordnede HMS-plan for 2018 inneholder noen elementer som berører også de faglige tjenestene i Helse, omsorg og velferd, dette gjelder særlig vold og trusler og bruk av avviksløsningen Qm+<sup>13</sup>. Alle tre enheter utarbeider årlige HMS-handlingsplaner. Disse omfatter (2018) blant annet planlagte tiltak for kursing, kompetansekartlegging, risikovurderinger og arbeid med forebygging av vold og trusler.

Enhetene har på forespørsel dokumentert rutiner og prosedyrer fra kvalitetshåndbøkene. Dokumentasjonen omfatter blant annet rutiner og skjema for pårørendesamarbeid, rutiner for ROS-analyse for beboere, inn- og utskriving av pasienter, renhold og hygiene, avviksbehandling, prosedyrer for håndtering av vold og trusler samt prosedyrer og materiell knyttet til terminalfase og dødsfall. Rutiner og prosedyrer er oppdatert i noe ulik grad.

VAR-nett er en nettbasert tjeneste for sykepleiefaglige prosedyrer som er integrert i kommunens pasientjournalssystem Visma Omsorg Profil<sup>14</sup>. Visma omfatter også nettbasert oppslagsverk for regelverk og retningslinjer innen helse- og omsorgsområdet.

Fast møtestruktur er en del av kvalitetssystemet i alle tre enhetene, og formålet er å sikre faglig kvalitet og riktig ressursutnyttelse. Personalmøter inngår i turnus og fagmøter,

---

<sup>13</sup> Quality manager +; elektronisk løsning for kvalitetsstyring og dokumentasjon av internkontrollen

<sup>14</sup> Visma Profil er kommunens journalssystem for tjenester, samt meldingssystem mot lege og spesialisthelsetjenestene

ledermøter og nettverksmøter følger en oppsatt plan. Det skal i hovedsak skrives referat fra møtene og for møter som ikke er avdelingsinterne ligger referatene elektronisk tilgjengelig. Revisjonen er forelagt utskrift av referater fra avdelingsledermøte i alle tre enhetene. Primærgruppemøter<sup>15</sup> og brukermøter dokumenteres i Profil. Møtestrukturen er en viktig del av den interne rapporteringen i enhetene.

Uønskede hendelser / avvik som gjelder pasientrettede forhold registreres i journalen i Profil. Kommunen tok høsten 2018 i bruk Qm+ for registrering av HMS avvik, som erstatning for tidligere papirbasert rutine. Systemet er i bruk, men ennå ikke fullt ut implementert med nødvendige rutiner og opplæring. I noen grad registreres også pasientrettede avvik av alvorlig karakter i Qm+. Flere av informantene vi har snakket med peker på at funksjonaliteten i Profil er noe svak når det gjelder avvik. Blant annet gir Profil ikke noe varsel til leder/ansvarlig om registrerte avvik, dette må det gis melding om utenom løsningen.

Vi får opplyst i intervju at enhetene rapporterer månedlig til overordnet nivå på økonomi og fravær. Det rapporteres ikke tilsvarende for eksempel på hvordan enhetene scorer på relevante kvalitetsindikatorer. Det finnes et fagnettverk som består av kommunalsjefen, enhetslederne og kommunelegen. Nettverket behandler saker som er spilt inn og dokumenterer behandlingen med møtereferat. I intervju sier en av enhetslederne at «*det [fagnettverket] bærer preg av å være av generell karakter*». Kommunalleder sier i intervjuet at kommunen er kjent med at det mangler noe på rapporteringen til strategisk nivå i forhold til å kunne ha bedre styring på ressursene. Hun opplyser at dette nå er løftet frem og rapportering på kvalitetsindikatorer etter fast frekvens er noe som vurderes. Brukerundersøkelser vil kunne danne grunnlag for en aktuell kvalitetsindikator.

### 3.1.2.3 Evaluering og korrigerende av tjenestene

Enhetsleder hjemmebasert omsorg og avdelingsleder base 1 opplyser at evaluering av tiltak og prosedyrer gjøres løpende. Vedtak evalueres fast to ganger pr. år og ellers ved behov. Primærgruppene foretar evaluering av tjenestene for den enkelte bruker. Brukermøtet ligger fast i turnus hver 6. uke og oppsummerer disse evalueringene til avdelingsleder. Hastesaker tas direkte til enhetsleder, ellers er evalueringene tema på avdelingsledermøtene. Rapportering internt i enheten skjer gjennom møtene. Evalueringer og møter dokumenteres skriftlig og er grunnlag for korrigerende tiltak og endring av rutiner. Enhetsleder er ansvarlig for dette og avdelingslederne skal sørge for gjennomføring av tiltakene.

Internkontrollsystemet gjennomgås en gang pr. år og det brukes sjekklister for dette. Gjennomgangen rapporteres til enhetsleder som gir skriftlig tilbakemelding til avdelingene om forbedringspunkter. Avdelingsleder lager en handlingsplan ut fra rapporten, med ansvar og tidsfrister.

Enhetsleder opplyser at hjemmebasert omsorg i 2018 hadde 703 registrerte uønskede hendelser/avvik (alle alvorlighetsgrader), hvorav 201 nå er lukket. Enhetsleder gjør oppmerksom på at det er noen utfordringer med å skille ulike tjenester når det gjelder registrerte avvik/uønskede hendelser og at tallene overfor også omfatter tjenestene levert av Psykisk helse. Hun forteller at noe av andelen åpne avvik kan skyldes at hendelsen ikke er fordelt til ansvarlig eller at den ansvarlige ikke lenger er i stillingen.

---

<sup>15</sup> Primærgruppe er en fast gruppe helsearbeidere som har ansvaret for brukeren. Hjemmebasert omsorg benytter denne organiseringen.

Enhetsleder i tjenesten for funksjonshemmede sier i intervju at de gjennomfører avdelingsvis gjennomgang av styringssystemet en gang pr år (april). Enhetsleder er ansvarlig for gjennomføringen og arbeidet omfatter HMS og faglige forhold knyttet til brukers behov, driftsrutiner og planer, opplæring med mer. Det er utarbeidet sjekklister for revisjonen og det skrives rapport. Enhetsleder opplyser i intervju at *«vi har en utfordring i at det tar for lang tid fra rapporten er ferdig til korrigerende tiltak iverksettes / avvik lukkes i avdelingene og fagenhetene»*. Dette er et forhold som også Fylkesmannen har påpekt.

Revisjonen er forelagt dokumentasjon fra tjenesten for funksjonshemmede som viser rapport fra gjennomført revisjon av styringssystemet i 2018. For Solkroken er det også fremlagt handlingsplan for forbedring av rutiner / lukking av avvik etter denne rapporten. Handlingsplanen viser tiltak, frist/frekvens og ansvarlig.

Vi får opplyst i intervju at avvik behandles fortløpende og tas opp i avdelingsledermøtene ved gjentakelser. Avvik som ikke kan løses i avdelingsledermøte meldes til enhetsleder. Enhetsleder sier i intervju at det gjøres for lite systematisk gjennomgang av avvik med tanke på årsaksforhold og videre at det er litt forvirring omkring hvilke avvik som skal meldes i Profil og hvilke som skal meldes i Qm+. Det er meldt inn behov om mer opplæring i dette. En avdelingsleder viser i intervju til svak funksjonalitet og manglende rutiner for avvik som meldes i Profil. Særlig gjelder dette ved ikke-planlagt fravær.

Tjenesten for funksjonshemmede opplyser å ha registrert 132 avvik i 2018 hvorav 84 er lukket.

Enhetsleder i sykehjemsenheten sier at enheten gjennomfører årlig gjennomgang av kvalitetssystemet, sist våren 2018, herunder evaluering av rutinene. Hun sier videre at arbeidet er tidkrevende og ennå ikke avsluttet. Det er enhetsleder som er ansvarlig for kvalitetssystemet og arbeidet skjer i samarbeid med avdelingslederne.

Tidligere papirbasert avviksløsning er nå erstattet av Qm+. Pasientrettede avvik registreres og håndteres i Profil. Ifølge enhetsleder fungerer dette tilfredsstillende, men det mangler en overordnet rutine for avvikhåndtering og det skaper en del usikkerhet og dobbeltføringer. Profil skiller ikke på avvik og anmerkninger (uønskede hendelser), og det kan gjøre avvikstallene noe usikre. Ifølge enhetsleder er oppmerksomheten omkring avvik stor og erfaringen er at dette øker kvaliteten i tjenestene. Avvik håndteres fortløpende av avdelingsleder, og tas opp i månedlige møter med enhetsleder.

Enhetsleder opplyser at sykehjemmene hadde 596 registrerte avvik/anmerkninger i 2018 (pasientrettede, alle alvorlighetsgrader) og at alle disse er lukket i 2018. Dokumentasjon fra enheten viser at 26 % av registrerte avvik gjelder mangelfull eller ikke fulgt rutine.

Til sammen har de tre enhetene registrert 1431 uønskede hendelser / avvik i 2018. Av disse er 881 lukket og 550 er åpne / ikke konkludert på. Dette omfatter hendelser av alle alvorlighetsgrader.

### 3.1.3 Vurderinger

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene § 3 plasserer ansvaret for systematisk styring av aktivitetene hos rådmannen. Styringssystemet skal ha

nødvendig omfang og være tilpasset virksomhetens størrelse, risikoforhold og egenart. Styringssystemet skal dokumenteres og være oppdatert og tilgjengelig til enhver tid.

### 3.1.3.1 Planlegging

Kommunen skal ha rutiner for planlegging av helse- og omsorgstjenestene.

Omsorgsplan 2022 problematiserer Sør-Varanger kommunes muligheter og utfordringer fra et overordnet perspektiv. Planen er et tillegg til kommunens øvrige planverk og er nå under revisjon. Arbeidet med dette ble startet opp i 2018; Strategisk plan helse og omsorg. Omsorgsplanen og kommunens øvrige planverk, herunder budsjett og økonomiplan, setter rammene for drift av omsorgstjenestene.

På overordnet nivå finner vi også rådmannens administrative delegasjon og funksjonsfordeling. Disse dokumentene beskriver myndighet og ansvar, og gir føringer for utøvelse av myndighet i rollene. I tillegg beskrives sentrale arenaer for myndighetsutøvelse.

Med unntak av kompetanseplan mangler sektor helse, velferd og omsorg en samordnet plan for den faglige driften. Kommunen har felles HMS-plan og elementer fra denne overlapper med sektorens faglige drift på noen punkter. På enhetsnivå finner vi igjen dette i enhetenes HMS-planer for året, blant annet med risikovurderinger, bruk av avviksløsning og forebygging av vold og trusler. Alle enhetene har, i noe ulik grad og form, utarbeidet egne planer for kvalitetssikring av sin faglige drift. Planene viser enhetens organisering, ansvarsforhold, målsettinger og tiltak.

Det er vår vurdering at enhetene i helse, velferd og omsorg har gode rutiner for planlegging av sin faglige drift. Enhetene yter tjenester til ulike brukergrupper, men har mange av de samme utfordringene og langt på vei like rammebetingelser. En noe mer samordnet planlegging (på sektornivå) vil kunne gi bedre oversikt for riktig prioritering og bedre styring av ressursene. Dette vil sannsynligvis ha betydning når rulleringen av omsorgsplanen er ferdig og resultatet fra dette arbeidet skal settes ut i livet.

Etter vår mening er kriteriet om rutiner for planlegging oppfylt.

### 3.1.3.2 Gjennomføring

Kommunen skal ha rutiner for gjennomføring av helse- og omsorgstjenestene.

Enhetene har utviklet egne kvalitetshåndbøker tilpasset sin virksomhet. Disse inneholder driftsrutiner og prosedyrer for administrative og faglige forhold, i tillegg til HMS. Alle de tre virksomhetene følger faste møtetrakturer. Dette omfatter også møter med pårørende og brukere. Det skrives referat fra møter og vurderinger, og kartlegginger dokumenteres. Opplysninger som gjelder bruker dokumenteres i kommunens journalsystem. Her registreres også avvik og uønskede hendelser som gjelder bruker. Øvrige avvik registreres i Qm+. Gjennom intervjuene finner vi at det er noe ulik oppfatning om hvordan avvik skal registreres, hvilket system som skal benyttes, og at det mangler noe på rutiner og opplæring. Enhetene har lagt frem dokumentasjon som viser innholdet i prosedyrer og rutiner<sup>16</sup>, og referater fra møter.

---

<sup>16</sup> Dokumentasjonen gjelder noen utvalgte rutiner, på forespørsel fra revisjonen

Enhetene rapporterer månedlig på økonomi og fravær, men ikke på faglige forhold. Rapportering internt i enhetene skjer i stor grad gjennom møtene og ved løpende kontakt mellom avdelingsleder og enhetsleder.

Det er vår vurdering at enhetene har gode rutiner for gjennomføring av tjenestene. Når det gjelder rapporteringen fra enhetene til overordnet nivå bør denne omfatte også faglige forhold, slik at sektoren og kommunen har et best mulig grunnlag for planlegging og styring av ressursene. Kommunen bør også vurdere bruken av de ulike avviksløsningene, og sørge for at rutinene omkring avvik er kjent.

Ut fra denne vurderingen mener vi at kriteriet om rutiner for gjennomføring av tjenestene er delvis oppfylt.

### 3.1.3.3 Evaluering

Kommunen skal ha rutiner for evaluering av helse- og omsorgstjenestene.

Alle tre enheter har årlig gjennomgang av styringssystemene sine. Dette arbeidet er basert på sjekklistor, og det skrives rapport som ligger til grunn for handlingsplaner med endringer og tiltak. Enhetsleder har regien i arbeidet og gjennomgangen skjer avdelingsvis. Sykehjemsenheten gir uttrykk for at arbeidet er tidkrevende og at det er utfordrende å gjøre det i tillegg til daglig drift. Den framlagte dokumentasjonen av styringssystemet viser at det er noe ulik dato for siste revisjon på rutiner og prosedyrer, men inntrykket vårt er allikevel at styringssystemet brukes og oppdateres noenlunde jevnlig.

Oppfølging og evaluering av tjenestene til brukerne skjer løpende i alle de tre enhetene, men etter noe ulik praksis. Evalueringen her skjer gjennom møter med bruker og/eller pårørende og det foretas løpende kartlegging av endrede behov. Etter det revisjonen erfarer skjer evalueringen planmessig ut fra forutsetningene i brukers tilbud og avdelingens møteplaner.

Til sammen har enhetene registrert 1431 uønskede hendelser / avvik (alle alvorlighetsgrader) i 2018. Av disse er 881 lukket og 550 er åpne / ikke konkludert på. Både i sum og andel avvik som ikke er lukket virker tallene å være relativt høye. 1431 avvik i 2018 tilsvarer nesten 4 registrerte avvik pr. dag i gjennomsnitt.

Det er vårt inntrykk at funksjonaliteten i pasientjournalssystemet er noe svak i forhold til varsling av leder / ansvarlig behandler om registrert avvik. En av informantene opplyser også om at det ved ikke-planlagt fravær, og hvis leder slutter, kan forekomme at avvik blir liggende igjen ufordelt i systemet fordi det ikke finnes rutiner som fanger opp slike forhold. Informantene viser også til behov for bedre rutiner for hvilke brukerrelaterte avvik som skal registreres i Qm+.

Evaluering av styringssystem og innhold i tjenestene er systematisk og dekker etter vår vurdering kravene. Antall registrerte avvik kan indikere at definisjonen av hva som er avvik og hva som er hendelser av mindre alvorlig karakter ikke er tilstrekkelig klar, eller at etablert rutine ikke følges. Rutinene for håndtering av avvik bør derfor gjennomgås og evt. innskjerpes. Etter det revisjonen kjenner til har kommunen ingen rutine for fast rapportering av avvik fra enhetene til overordnet nivå. Avvik er en naturlig kvalitetsindikator ved rapportering til overordnet nivå.

På bakgrunn av dette er det revisjonens vurdering at kriteriet om evaluering er delvis oppfylt.

#### **3.1.3.4 Korrigering**

Kommunen skal ha rutiner for korrigering av tjenestene.

Rapportene fra årlige gjennomganger av styringssystemet viser områder som krever korrigerende tiltak. Basert på rapportene utarbeider avdelingslederne handlingsplaner med tiltak, ansvarlig og frister. Framlagt handlingsplan fra tjenesten for funksjonshemmede viser gjennomgang og tiltak innenfor administrative og faglige tema, samt forhold knyttet direkte til brukere.

Det er vår vurdering fra gjennomgang av dokumentasjonen og opplysninger fra informantene at enhetene har gode rutiner for å iverksette korrigerende tiltak. Det er viktig at fristene følges opp av ansvarlig leder.

Revisjonen anser kriteriet om rutiner for korrigering som oppfylt.

#### **3.1.4 Konklusjon**

Sør-Varanger kommune har etablert rutiner og prosedyrer som i det alt vesentlige ivaretar kravene til internkontroll og kvalitetssikring. Det er imidlertid noen svakheter og mangler i rutinene for håndtering av avvik, innholdet i den interne rapporteringen og i samordning av kvalitetssikringssystemer på tvers av enhetene.

## **3.2 Har kommunen etablerte rutiner og prosedyrer som sikrer faglig kvalitet og kompetanse?**

### **3.2.1 Revisjonskriterier**

- Kommunen skal ha oversikt over kompetansebehovet i virksomheten
- Kommunen skal ha oversikt over personalets faglige kvalifikasjoner
- Kommunen skal ha rutiner for kompetanseutvikling

### **3.2.2 Data**

#### **3.2.2.1 Kompetansebehov**

Alle lederne vi har snakket med knytter forsvarlig kompetanse til brukers reelle behov. Kompetansen skal tilpasses behovene, basert på de kartleggingene som gjøres. Vedtak om tjenester (enkeltvedtakene) gir også noen føringer i forhold til ressursinnsats og kompetansebehov. Ifølge kommunalleder ligger ansvar for arbeidet med å sikre forsvarlig kompetanse på enhets- og avdelingsnivå. Hun beskriver dette arbeidet slik: *«dette handler om å sikre forsvarlighet i hverdagen like mye som en turnus med riktig kompetanse»*

En gjennomgående tilbakemelding fra lederne vi har intervjuet er at det er mangel på høyskoleutdannet personell, spesielt sykepleiere og vernepleiere. Årsakene som nevnes er sammensatte, noe skyldes lønn, men også personlige preferanser og interesser spiller en rolle. I noen grad merker kommunen konkurransen fra sykehus og vikarbyrå. Sykepleierutdanningen er også grunnstammen i en rekke andre utdanninger og det gir lekkasje til spesialiseringsløp.

Tjenester fra vikarbyrå benyttes for å sikre forsvarlig kompetanse. Kommunalsjefen sier i intervju at *«vi har et kommunestyrevedtak som sier at vi ikke skal bruke vikarbyrå»*, men at dette allikevel må gjøres av og til for å sikre at tjenestene er forsvarlige. Erfaringen med personell fra vikarbyrå er allikevel blandet, særlig som følge av manglende norskkunnskaper. I noen tilfeller er vikar fra byrå sendt hjem som følge av dette. To av avdelingslederne sier i intervju at den planlagte vikarpoolen ikke er kommet i gang. Det ble ansatt leder i 2018, men tjenesten ventes ikke å være i drift før sommeren 2020. Personalsjefen opplyser at vikarpoolen, bemanningsteamet, ble vedtatt opprettet i desember 2017 og oppstart er utsatt grunnet leders permisjon.

På avdelingsnivå har hjemmebasert omsorg bemanningsnormer som viser hvilken sammensetning av kompetanse som er nødvendig. Normen er basert på faglige behov, blant annet medisin håndteringen. Enhetsleder viser til at utviklingen går i retning av mer komplekse behov og krav til mer spesialisering.

Enhetslederen sier i intervju at tjenesten for funksjonshemmede har lav kompetanse og at dette er påpekt også av Fylkesmannen. Enheten har ingen interne bemanningsnormer, eller standarder som ligger til grunn. Nødvendig kompetanse er et resultat av kartlegging av brukers behov.

Enhetsleder opplyser at det er vanskelig å dekke døgnet med nødvendig kompetanse og det øker sårbarheten. Særlig på avlastning er det komplekse kompetansebehov. Enhetsleder sier at *«lav kompetanse genererer utfordringer. Unge, ufaglærte vikarer er ikke rustet til å mestre*



*situasjoner med regulering av adferd og lignende, det øker ressursbehovet på bruker». Det er igangsatt arbeid med å omgjøre helsefagstillinger til høyskolestillinger for å møte behovene.*

Avdelingsleder Solkroken opplyser at de fra tid til annen får ansvar for brukere som er psykisk syke. Dette er klienter som faglig sett ikke hører avdelingen til og som avdelingen ikke har kompetanse for å håndtere. Avdelingen har også lite samarbeid med Psykisk helsetjeneste. Hun sier at *«det føles ofte utrygt»*.

Sykehjemsenheten har bemanningsplaner knyttet til turnus. Bemanningsplanen uttrykker kompetansebehovet som ligger til grunn for gode tjenester for «gjennomsnittspasienten». Når avdelingene får mer krevende brukere må bemanningen justeres ut fra det reelle behovet. Avdelingslederen vi intervjuet sier at *«Pasientene er mye sykere enn tidligere. Det er mange diagnoser på de fleste»*.

Det er et krav at det er sykepleier på vakt 24 timer i døgnet. Leder for sykehjemsenheten opplyser i intervju at de har problemer med sykepleiedekningen og pr. dato har enheten fire vakante stillinger. Ferien planlegges slik at det alltid er noen av de fast ansatte på arbeid. Det gjøres avtaler med assistenter under utdanning, men det er krevende å få nok vikarer med riktig kompetanse. I en del tilfeller er dette løst ved å kjøpe tjenester fra vikarbyrå.

### **3.2.2.2 Oversikt over faglige kvalifikasjoner**

Kommunens dokumentasjon omfatter oversikter over gjennomførte kurs i egenregi og gjennom e-læringsprogrammer. Disse viser bl.a. grunnkurs og oppfølgingskurs i medikamentlære og demensomsorg og er spesifisert pr. enhet/avdeling, medarbeider og når kurset er gjennomført. Medikamentkursene viser i tillegg om kurset er bestått og delegasjonsdato for medikamenthåndtering.

Den enkelte ansatte er pålagt å registrere sin egen kompetanse og det er avdelingenes ansvar å holde nødvendig oversikt over tilgjengelig kompetanse og ferdigheter, og hvor det er behov for opplæring. Kommunalsjefen opplyser at enkelte virksomheter har dette på plass, mens andre arbeider med det. Det er utarbeidet en mal for hvilke opplysninger som skal registreres og det er tilrettelagt for ansattes registrering av egen kompetanse direkte i kommunens personalsystem.

Enhetsleder opplyser i intervju at hjemmebasert omsorg har en beskjeden andel ufaglærte som i hovedsak begrenser seg til hjemmehjelpere og å dekke opp helgestillinger og ved ferieavviklingen. Hjemmehjelpere er stillinger der det ikke stilles spesielle kompetansekrav. Enheten har også noen fast ansatte ufaglærte, der ansettelsen er resultat av 3 – 4 års regelen for midlertidig ansatte<sup>17</sup>.

Tjenesten for funksjonshemmede har ifølge enhetsleder ingen assistentstillinger, men de har en ufaglært som går i 50 % nattstilling. I tillegg er det noen ufaglærte som er gitt fast ansettelse knyttet til 3 – 4 års regelen for midlertidige arbeidsforhold. Ufaglærte knyttes til vikariater, vakanser og helgestillinger, for å dekke opp turnus.

Avdelingsleder på Wesselborgen sykehjem sier at *«på papiret har vi ingen assistentstillinger»*. For å dekke opp helger mv. brukes allikevel ufaglærte. Enhetsleder

---

<sup>17</sup> Arbeidsmiljøloven § 14-9 regulerer adgangen til midlertidig tilsetning over tid.

opplyser at andelen ufaglærte i helgene og ved fravær er stor. Enheten kan ansette ufaglærte fast med vilkår om godkjenning som helsefagarbeider innen rimelig tid. Enheten har ca. 10 fast ansatte assistenter i helgestillinger som er under utdanning.

### 3.2.2.3 Kompetanseutvikling

Sør-Varanger har ingen overordnet strategisk plan for kompetanseheving og heller ingen oversikt over kompetansebehovet på kommunenivå, men helse- og omsorgstjenesten utarbeider egne årlige planer for kompetanseutviklingen. Kompetanseplanene for driftsåret skal være ferdig utarbeidet innen februar måned og lages i samarbeid med Utviklingssenter for hjemmebaserte tjenester og sykehjem (USHT)<sup>18</sup>. Omsorgstjenesten opplyser at rutinene nå er under justering og at det også settes opp et samordnet årshjul for kompetanseutviklingen.

Kompetanseutvikling 2017 - 2018 fremgår av Helse- og omsorgstjenestenes samlede plan for fag- og lederutvikling, administrative rutiner og helse, miljø og sikkerhet (HMS). Planen knytter kompetanseutviklingen til nasjonale mål og føringer gjennom Kompetanseløftet 2020<sup>19</sup> og bygger på kommunens visjon og verdier, som begrunner og setter mål for arbeidet. Planen omfatter både kursing (intern / ekstern regi) og mer formalisert kompetanseheving, og viser omfang, målgruppe og kostnad ved tiltakene. Ifølge planen skal neste revisjon være gjort innen 01.05.2019.

Alle enhetene har utarbeidet egne kompetansehevingsplaner for driftsåret. Planene utarbeides i et samarbeid mellom enhetene. I dokumentasjonen finner vi konkrete tiltak, hvem som er deltakere og ansvarlig for det enkelte tiltak. Tiltakene dekker vikaropplæring, felles kursing med faglige tema, ulike kurs innen HMS, rutiner og kompetansegivende opplæring.

Kommunen har avtale med Norsk Helseinstitutt om e-læringskurs for medikamenthåndtering for ansatte og det gjennomføres også årlige interne kurs med samme tema. Kommunen har tilgang til ulike e-læringskurs på nettjenesten veilederen.no, gjennom løsningen fra Visma<sup>20</sup>.

Kommunen har over tid hatt noen standardtiltak for å rekruttere fagpersonell. Blant annet tilbud om heltidsstillinger til sykepleiere og ulike varianter med lønn som virkemiddel. Bruk av utdanningsstillinger, økonomisk støtte til utdanning og omgjøring av hjemler er også tiltak som brukes.

Kommunen samarbeider med næringsliv og videregående skole, samt et prosjekt sammen med Universitetet i Tromsø om praksisplasser, som rekruttering- / stabiliseringstiltak. Kommunalleder sier at organiseringen med egen personalavdeling skaper en forventning i organisasjonen om initiativ derfra når det gjelder denne type aktivitet, men at *«dette er problemer som best løses nedenfra i organisasjonen, der man kjenner problemene»*.

Enhetsleder for hjemmebasert omsorg sier i intervju at *«vi må jobbe mye mer strukturert med kompetanseheving. Vi mangler en strategi for hvordan vi skal møte framtidens behov»*. Hun sier videre at dette dreier seg om både lønn og andre tiltak for rekruttering og stabilisering,

---

<sup>18</sup> Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. USHTs samfunnsoppdrag er å styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene gjennom faglig utvikling og spredning av ny kunnskap. Sør-Varanger kommune er vertskommune i Finnmark.

<sup>19</sup> Kompetanseløftet 2020 er en statlig handlingsplan som gjennom seks strategier skal sikre en faglig sterkt kommunal omsorgstjeneste og sikre at kommunene har kompetent bemanning

<sup>20</sup> Visma tilbyr ulike administrative- og fagrettede løsninger, nettbasert / programvare.

men også hvordan arbeidet organiseres. «Vi kan trekke lærdom av andre kommuners arbeid, for eksempel Halden». Enheten opplever at de mister en del sykepleiere, blant annet til sykehuset, grunnet mangel på helhetlig tenkning her.

Enheten samarbeider med videregående skole og forsøker blant annet gjennom felles kursing å gi lærere og veiledere et innblikk i hverdagen i tjenestene. Enhetsleder sier det er viktig at helsefagelevne er forberedt og trygge på det de møter i jobb, for eksempel utagerende demens. Velferdsteknologi er også tema i dette samarbeidet.

Avdelingsleder base 1 sier i intervju at de sykepleiefaglige oppgavene som før ble utført på sykehus nå også utføres hjemme hos bruker. I hjemmetjenesten er fagmiljøet mindre og sykepleier er ofte alene, og det kan skape utrygghet. «Det er kjempeviktig med opplæring og veiledning», sier hun.

Etter det enhetsleder opplyser har tjenesten for funksjonshemmede utfordringer med å rekruttere til høyskolestillinger. I 2016 ble det utlyst fem vernepleierstillinger hvor en ble besatt. Det er etablert tiltak med økt startlønn (sykepleier / vernepleier) og det er mulig for ansatte å søke stipend ved utdanning, mot bindingstid.

Enhetsleder viser til at enheten har lav turnover, men i perioder er sykefraværet høyt og det er vanskelig å dekke vikariatene med kompetent personale. Hun gir videre uttrykk for at det er «for lite trykk ovenfra» når det gjelder rekruttering. Tenkningen er for gammeldags og «silopreget», altså for lite strategisk fundert.

Avdelingsleder på Solkroken understreker at kompetanse i seg selv ikke er nok for forsvarlige tjenester. Med bakgrunn i dette har avdelingen utviklet intern rutine for opplæring av nytt personale der opplæringen skjer over en tre måneders periode, alternativt inntil 60 vakter, og med evaluering underveis og ved endt periode. Etter dette benyttes ukentlig kollegaveiledning, som omfatter alle ansatte.

Enhetsleder for sykehjemmene sier i intervju at «kompetansebehovet er i utvikling» og at behovet for spesialisert høyskolekompetanse øker. Hun sier videre at riktig kompetanse er viktig for tidlig innsats, særlig innenfor demens og alderspsykiatri. Det vurderes kontinuerlig hvilken fagkompetanse som er nødvendig og dette legges til grunn ved rekruttering.

### 3.2.3 Vurderinger

#### 3.2.3.1 Kompetansebehov

Kommunen skal ha oversikt over kompetansebehovet i virksomheten.

Helse og omsorgstjenesteloven stiller i § 4-1 d krav om tilstrekkelig faglig kompetanse i tjenesten, men regelverket setter få eksplisitte krav utover dette. Det er brukers individuelle behov, kravet til forsvarlighet og evt. krav knyttet til den enkelte oppgave som danner grunnlaget for kommunens utøvelse av skjønn når det gjelder å sikre nødvendig kompetanse i tjenestene<sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> Fylkesmannen i møre og Romsdal 31.10.2018; «Kommunane skal sikre rett og forsvarleg kompetanse i helse- og omsorgstenestene»

Behovet for faglig kompetanse varierer noe mellom enhetene og avdelingene. Et fellestrekk er imidlertid at det er mangel på personale innenfor høyskolegruppen; vernepleiere og sykepleiere. Alle enhetene i undersøkelsen gir også tilbakemelding på at kompetansebehovet er i utvikling. Brukerne har over tid fått mer sammensatte diagnoser og den faglige kompleksiteten i tjenestene øker som følge av dette. Behovet for spesialisering øker. Kommunen merker også i noen grad konkurransen fra sykehuset og vikarbyråene, og har over tid hatt en del tiltak for å stabilisere og rekruttere kompetent personale.

Med unntak av tjenesten for funksjonshemmede har enhetene interne føringer / normer for kompetansebehovet. Disse knyttes opp til turnus og bemanningsplan og med sikte på å sikre tilstrekkelig kompetanse gjennom døgnet for å ivareta blant annet medisinhåndtering og andre fagoppgaver. Tjenesten for funksjonshemmede har fått tilbakemelding fra Fylkesmannen på lav kompetanse i forhold til de faktiske pålagte oppgavene, og dette medfører sårbarhet og øker ressursbehovet.

Brukers reelle behov er alltid bestemmende for kompetansen til enhver tid, og fremkommer gjennom kartlegging som gjøres for nye brukere og evaluering underveis for eksisterende brukere. Ferien er utfordrende å dekke opp med hensyn til kompetanse og her brukes delt ferieavvikling som virkemiddel, slik at det alltid finnes en kjerne av fast personale til stede. Kjøp av tjenester fra vikarbyrå benyttes som løsning for å sikre forsvarlighet i tjenestene.

Etter vår vurdering har kommunen tilstrekkelig oversikt over behovet for kompetanse. Utfordringene er kjent og det er satt i verk tiltak for å løse / avhjelpe disse. Vi mener kriteriet er oppfylt på dette punktet.

### **3.2.3.2 Oversikt over faglige kvalifikasjoner**

Kommunen skal ha oversikt over personalets faglige kvalifikasjoner.

Vår undersøkelse viser at det er den enkelte avdeling som har oversikt over personalets kvalifikasjoner. Det er utarbeidet en mal for registrering av kvalifikasjoner, som brukes for hver person. Denne viser hvilke tema / rutiner (faglig, administrativt, regelverk) man evt. har behov for opplæring i og også om man selv kan veilede andre. Ifølge enhetslederne er det noen avdelinger som ikke har fått dette helt på plass ennå.

Revisjonen er forelagt oversikter som viser gjennomførte kurs for blant annet demensomsorg og medikamenthåndtering. Formell kompetanse for ansatte vil fremgå av kommunens personalsystem.

Andelen ufaglærte er relativt beskjeden og knytter seg i hovedsak til å dekke opp for ferieavvikling og helgestillinger. Hjemmebasert omsorg har noen faste stillinger som hjemmehjelpere, som det ikke er knyttet kompetansekrav til. Vi finner også noen eksempler på ufaglærte ansatte som er gitt fast ansettelse med begrunnelse i 3 - 4 årsregelen i arbeidsmiljøloven. I en del tilfeller er fast ansettelse av ufaglærte gjort med forutsetning om bestått helsefagarbeiderekseamen innen rimelig tid.

Etter vår vurdering oppfylder kommunen kriteriet om å ha oversikt over personalets faglige kvalifikasjoner.

### 3.2.3.3 Kompetanseutvikling

Kommunen skal ha rutiner for kompetanseutvikling.

Kompetansehevingsplan 2018 for helse- og omsorgstjenestene i Sør-Varanger kommune bygger på Kompetanseløftet 2020 og skal bidra til å sikre tjenester som er tilpasset fremtidens utfordringer gjennom økt kompetanse og faglig utvikling. Planen inneholder mål og retning for dette arbeidet og legger grunnlaget for enhetenes interne planer. Disse dekker kursvirksomhet og formalisert utdanning, med prioritering, ansvarlig og kostnader.

Praktisk kursing skjer dels ved interne kurs og dels gjennom e-læring, der kommunen har avtaler som gir ansatte tilgang til nettbaserte kurs.

Kompetanseplanen har som delmål å føre til stabilisering og rekruttering av kvalifisert personell. I tillegg til program for faglig utvikling benytter kommunen også økonomiske og organisatoriske virkemidler for å rekruttere og beholde nødvendig kompetanse. Denne type virkemidler finner vi for øvrig også i andre kommuner, og hos andre arbeidsgivere. Utfordringen fremover forventes i stor grad å ligge her, samtidig som kommunen må håndtere et økende behov for mer sammensatt og spesialisert kompetanse.

Flere av informantene i undersøkelsen fremhever at kompetanse er mer enn formell utdanning og at opplæring på arbeidssedet er viktig. Opplæring og videre oppfølging er nødvendig for å skape trygghet i tjenesten og sikre brukeren et godt tilbud. Her er det betimelig å vise til avdeling Solkroken under Tjenesten for funksjonshemmede som etter vår mening arbeider kvalitativt godt med opplæring av personalet.

Det er revisjonens vurdering at kommunen oppfyller kriteriet om rutiner for kompetanseutvikling.

### 3.2.4 Konklusjon

Etter vår mening har Sør-Varanger kommune etablert rutiner og prosedyrer som sikrer faglig kvalitet og kompetanse i pleie- og omsorgstjenestene.

### **3.3 Har kommunen etablerte rutiner og prosedyrer som sikrer brukerne et tilfredsstillende tjenestetilbud?**

#### **3.3.1 Revisjonskriterier**

- Kommunen skal ha rutiner som sikrer at tjenesten er tilpasset brukerens behov
- Kommunen skal ha rutiner som sikrer brukerne medbestemmelse
- Tjenestene skal koordineres og ytes etter individuell plan

#### **3.3.2 Data**

Kommunalsjefen og enhetslederne opplyser i intervju at det er tildelings- og koordineringsenheten i omsorgstjenestene som er ansvarlig for saksutredning og vedtak om tilbud av omsorgstjenester. Det fattes enkeltvedtak<sup>22</sup> ved alle tilbud som gis til brukere i omsorgstjenestene. Vedtakene viser omfang og hvordan tilbudet skal innrettes. Enheten har egne fagteam (vurdering, innsats og koordinering) med sykepleier, ergo- og fysioterapeut. Enheten er nå lagt direkte inn under kommunalsjefen. Saksutredningen skjer i samarbeid med de øvrige enhetene, som også følger opp og melder inn når det er behov for endringer i tjenestene.

Ifølge kommunalsjefen er det ikke utarbeidet skriftlige rutiner for vurdering av tilbud på riktig omsorgsnivå (BEON)<sup>23</sup>. Hun sier videre at etter kartleggingen «*blir det gjort en vurdering opp mot lovkrav, om bruker oppfyller vilkårene, om bruker er hørt mv*».

Kommunen har lokal forskrift om tildeling av plass på sykehjem<sup>24</sup>. Denne viser kriterier for tildeling av plass og venteliste.

Kommunalsjefen sier i intervju at «*det er en utfordring at vi har gitt ganske mye tjenester. Er det slik at vi gir litt til alle*»? Det pågår derfor et arbeid nå med å finne måter som gir god ressursutnyttelse og samtidig tjenester som møter behovene. Kommunalsjefen opplyser videre at behovet for langtidsplasser legger press på korttidsplassene. Det er derfor viktig å kanalisere brukere til rett nivå i omsorgstrappa raskere.

##### **3.3.2.1 Tjenester som ivaretar brukerens behov**

Enhetsleder i hjemmebasert omsorg opplyser at de samarbeider tett med koordineringsenheten for å sikre at tilbudet bygger på best mulig faglig grunnlag og reelt behov. Det gjennomføres hjemmebesøk og brukes sjekkliste for førstegangssamtale med bruker, der fysiologiske, sosiale og faglige behov og ønsker blir kartlagt. Samtalen gjentas også etter tre dager.

Begge lederne vi har snakket med i hjemmebasert omsorg viser til at deres enhet er med i læringsnettverket «Det gode pasientforløp». Her benyttes sjekklister for å sikre kvaliteten i tilbudet som gis. Enhetsleder sier at «*dette er en erkjennelse av at det er risiko for svikt i overgangen til og fra hjemmebasert omsorg og sykehus/rehabiliteringsavdeling*». Enheten

---

<sup>22</sup> Jfr. forvaltningsloven

<sup>23</sup> BEON, beste effektive omsorgsnivå

<sup>24</sup> Forskrift om rett til opphold i sykehjem eller bolig tilrettelagt for heldøgns tjenester, vedtatt av kommunestyret 23.08.17

vurderer å innføre «Personsentrert omsorg», som gir verktøy for å utforme tilbud basert på systematisk kartlegging av brukers behov.

Avdelingsleder ved base 1, hjemmebasert omsorg, sier *«Vi har en utfordring særlig i forhold til hjemmeboende demente, og det er en problemstilling jeg regner med vil øke fremover»*. Hun opplyser at i praksis medfører demens et større ansvar og nye oppgaver for primærkontakt / tjenesteyter. Dette kan for eksempel være knyttet til brukers personlige økonomi og manglende evne til å ivareta denne. Terskelen for å benytte begrenset tvang vedrørende økonomisk vergemål er høy, og i praksis faller gjerne også slike oppgaver på hjemmetjenestene.

Tjenesten for funksjonshemmede følger samme praksis som i hjemmebasert omsorg for nye brukere. Enhetsleder opplyser i intervju at hun deltar i kartleggingen, det stipuleres behov og avklares hvilket omfang tilbudet må ha.

Når tilbudet er startet opp gjøres det månedlig evaluering, og med endringer ved behov. Endringer forsøkes gjort innenfor rammen av vedtatt tilbud. Der det ikke lar seg gjøre må det ny saksutredning og nytt vedtak til. Avdelingsleder Solkroken opplyser at det finnes et forbedringspotensiale i å få mer planmessige møter med bruker / pårørende.

Sykehjemsenheten samarbeider med tildelingskontoret som fatter vedtak om hvilke tjenester den enkelte bruker skal ha. Kommunens lokale forskrift om sykehjemsplass gir kriterier for tildeling og hvordan ventelister skal behandles.

Enhetsleder opplyser at de har rutiner for brukeroppfølging, blant annet med inntakssamtale og kartlegging, og at det er avdelingene som har ansvar for at tjenestene til enhver tid er tilpasset brukers behov. Sykehjemmene innfører nå «Personsentrert omsorg» som metode og i den forbindelse er rutineene under revisjon. «Personsentrert omsorg» fokuserer på individuell tilpasning og innebærer at enkeltvedtak skal vise også innholdet i tilbudet.

Avdelingsleder på Wesselborgen sier i intervju at *«De er veldig syke de som er hos oss, så det er begrenset hva de klarer»*. Noen har allikevel kapasitet til litt aktiviteter, men det er knapt med ressurser til dette, *«så ja, tilgjengelige ressurser kan begrense tilbudet vi gir»*.

Enhetsleder for sykehjemmene opplyser at alle brukere / beboere med vedtak om langtidsopphold har enerom. På somatiske avdelinger deler allikevel to brukere bad, mens på skjermet avdeling er det tre bad fordelt på ni brukere.

### **3.3.2.2 Brukerens rett til medbestemmelse**

Av «Strategisk plan Helse, omsorg og velferd 2018» fremgår det at eldrerådet og rådet for likestilling av funksjonshemmede deltar i planarbeidets ressursgruppe og at demensforeningen med flere skal involveres i arbeidet. Kommunen har også benyttet utadrettede workshops for å få innspill fra befolkningen for utforming av tilbudet. Erfaringene fra disse er blandet, men deltagelsen og interessen har vært stor.

Kommunalsjefen opplyser at de mangler overordnede skriftlige rutiner for hvordan brukervedvirkning skal ivaretas når tjenestene planlegges.

Enhetsleder hjemmebasert omsorg opplyser at sjekkliste og oppstartsamtale med bruker sikrer brukerens medvirkning i utforming av tilbudet. Saksutredningen før tjenestetilbud vedtas skal bære preg av brukers deltagelse. Dette er en del av «Det gode pasientforløp». Avdelingsleder på base 1 sier at det er problematisk når bruker sier at han/hun ikke trenger det de tilbyr ut fra den faglige vurderingen, *«men det respekterer vi når bruker er samtykkekompetent»*.

Brukers medbestemmelse er en del av kartlegging av behov ved oppstart og underveis, ifølge enhetsleder i tjenesten for funksjonshemmede. Det ligger faste prosedyrer til grunn for dette. Hun sier videre at det bør bli mer systematikk omkring brukermedvirkning, og *«brukerne selv bør kunne være med i større grad og påvirke sitt tilbud»*. Hun opplyser også om at Fylkesmannen har påpekt at dersom bruker selv ikke kan medvirke som forutsatt skal dette fremkomme av dokumentasjonen. Enheten innfører nå årshjul for evaluering av tjenesten.

Avdelingsleder på Wesselborgen sykehjem viser i intervju til at deres brukere stort sett kommer fra korttidsplasser eller fra tilbud hos hjemmebasert omsorg. *«Vi får overføringsrapporter og har møter hvor vi blir kjent»*. Hun opplyser også at de har bruker- og pårørendesamtaler flere ganger i året og bruker et skjema kalt «Min livshistorie» for at avdelingen skal bli kjent med bruker, hvem bruker er, hvilken jobb han/hun har hatt osv.

Avdelingene har årlige pårørendemøter, der det orienteres om tilbudet og hvor de pårørende kan stille spørsmål til enheten og avdelingen. Enhetsleder inviterer og avdelingsleder deltar.

### 3.3.2.3 Koordinering og individuell plan

Både kommunen og spesialisthelsetjenesten har et selvstendig ansvar i forhold til individuell plan og koordinering. Kommunalsjefen sier at dette kan gjøre det noe uklart hvor ansvaret ligger og videre at regelverket inneholder noen definisjoner som det knyttes usikkerhet til. Kommunen har fått tilbakemelding fra Fylkesmannen på at de tolker regelverket for strengt. Kommunalsjefen sier videre at det ut fra dette er nødvendig å vurdere å styrke koordineringsenheten, men dette må også sees i sammenheng med hvordan tjenestene totalt sett best kan organiseres.

Kommunens hjemmeside viser informasjon om retten til og vilkårene for individuell plan og koordinator, samt lenke til hjemmelsgrunnlag og elektronisk søknadsskjema. Det er tildelings- og koordineringsenheten i omsorgstjenesten som er ansvarlig for denne delen av tjenesten, med faglig bistand fra enhetene. En av informantene sier at *«det er dårlig opplyst hvilke tjenester man kan få. For bruker er det ikke enkelt å orientere seg i forhold til rettigheter og tilbud»*.

Fagkonsulenten ved tildelings og koordineringsenheten opplyser at de mottar meldinger, søknader og henvisninger om individuell plan og koordinator og utreder og saksbehandler disse. Hun sier videre at enheten også er ansvarlig for opplæring og veiledning av koordinator som utnevnes blant ansatte / tjenesteutøvere i omsorgssektoren. Tjenester som kun ytes etter spesialisthelsetjenesteloven eller lov om psykisk helsevern ligger utenfor kommunalt ansvarsområde.

Fagkonsulenten sier at det er ikke utarbeidet skriftlige rutiner for enhetens arbeid med individuell plan / koordinator. Koordineringsenheten har en stillingshjemmel, som nå er utnyttet 60 %. Styrking av enheten er under planlegging.



Det er bruker som eier planen og som samtykker til at det opprettes plan. Kommunen bruker SamPro<sup>25</sup> som verktøy og fagkonsulenten opplyser at det er bruker selv som skriver planen, evt. i samarbeid med koordinator. SamPro er også kommunikasjonsplattform for alle som er involvert i planen, på tvers av faggrenser og forvaltningsnivå.

Det er en målsetting at det skal holdes to ansvarsgruppemøter pr. år for brukere som har koordinator. Her skal bruker og aktuelle tjenesteutøvere delta. Fagkonsulenten beskriver samarbeidet mellom koordinator og eksterne tjenesteytere som godt. Også internt i kommunen samhandles det godt for brukere med sammensatte tjenester.

Ifølge fagkonsulenten var det ved utgangen av 2018 49 brukere med vedtak om individuell plan / koordinator, fordelt på 27 koordinatore. Tallene har vært stabile de fire siste årene. I 2018 kom det inn 15 søknader, hvorav 4 er innvilget, 8 er avslått og 3 er under behandling. Ifølge Statistisk Sentralbyrå<sup>26</sup> var antall brukere med individuell plan i Sør-Varanger kommune 59 i 2015, 52 i 2016 og 45 i 2017.

Enhetsleder i hjemmebasert omsorg opplyser at kunnskapen internt omkring individuell plan er noe begrenset og at hjemmetjenestene er lite involvert i planene. Enheten har noen brukere med plan og enhetsleder sier *«det er bruker som eier planen, men i noen tilfeller blir den mer et styringsverktøy for de ulike instansene»*. Avdelingsleder base 1 sier at avdelingen har tre brukere som tidligere har hatt individuell plan, men at disse er tatt bort etter at de kom til hjemmebasert omsorg fra Tjenesten for funksjonshemmede. Hun sier videre at *«de burde hatt individuell plan og koordinator. Jeg fungerer som kontaktperson mellom de ulike tjenestene i forhold til disse brukerne»*.

Enhetsleder opplyser at det er få brukere i tjenesten for funksjonshemmede som har individuell plan, men noen har koordinator. I en del tilfeller takker bruker nei til individuell plan. Enhetsleder sier at mangel på individuelle planer gjør at de fagansvarlige blir sittende med et stort koordineringsansvar, fordi tjenestene allikevel er sammensatte for mange brukere. Hun sier videre at *«vi har på en måte definert oss ut av det gjennom at tilbud fra TFF oppfattes som bare en tjeneste, selv om det er mange elementer og aktører inne»*. Enhetsleder sier videre at det blir lite tverrfaglighet i tilbudet når individuell plan mangler.

Ifølge leder for sykehjemsenheten har ingen av brukerne individuell plan. Etter det avdelingsleder på Wesselborgen opplyser har ingen av brukerne på avdelingen koordinator.

### 3.3.3 Vurderinger

#### 3.3.3.1 Tjenester som ivaretar brukerens behov

Kommunen skal ha rutiner som sikrer at tjenesten er tilpasset brukerens behov.

Kommunen har beste effektive omsorgsnivå (BEON) som prinsipp for tildeling av omsorgstjenester. Tilbudt tjeneste skal gis ut fra brukers reelle behov for tjenester basert på kartlegging og faglig vurdering. Gjennom dette skal tilgjengelige ressurser utnyttes så effektivt som mulig.

---

<sup>25</sup> Visma SamPro; nettbaserte samarbeids- og koordineringsverktøy for plantyper

<sup>26</sup> SSB tabell 12292

Det faglige grunnlaget for vurdering av omsorgstjenester fremskaffes gjennom tverrfaglig kartlegging etter etablerte rutiner og gir etter vår mening et godt grunnlag for videre prosess.

Kommunens forskrift om opphold i sykehjem gir føringer for tilbud om langtidsopphold i tilrettelagt bolig / institusjon. Det ligger enkeltvedtak etter forvaltningslovens bestemmelser til grunn for tilbud om tjeneste til bruker. Formelt sett gir forvaltningsloven kjøreregler for saksbehandlingen, med mulighet for bruker til å gjøre seg kjent med saksforholdene og å klage på vedtaket. Det er allikevel rimelig å anta at for mange av brukerne/pårørende er det i praksis utfordrende å kjenne sine rettigheter og hvordan de skal forholde seg til saksgangen.

Vurdering av riktig tjenestenivå vil alltid innebære utøvelse av skjønn. Kommunalsjefen uttrykker usikkerhet om ressursene utnyttes godt nok og viser til erfaringene med at korttidsplasser brukes permanent. Det øker presset i andre deler av tjenesten.

Alle de tre enhetene som yter tjenestene har løpende evalueringer av tilbudet til den enkelte bruker. Evalueringen baserer seg på sjekklister og omfatter brukers fysiologiske og sosiale behov. Etter det vi erfarer er samarbeidet med tildelingsenheten godt og deres kompetanse benyttes ved behov. Deltakelse i «Personsentrert omsorg» kan være et viktig verktøy for å sikre at brukers behov vektlegges når tilbudet utformes.

På bakgrunn av ovennevnte mener vi at Sør-Varanger kommune oppfyller kriteriet om rutiner som sikrer brukers behov.

### **3.3.3.2 Brukerens rett til medbestemmelse**

Kommunen skal ha rutiner som sikrer brukerne medbestemmelse.

Retten til medbestemmelse kan ivaretas på systemnivå og individnivå<sup>27</sup>. På systemnivå innebærer det å invitere brukere / representanter for brukerne med for eksempel ved planlegging og utforming av tjenestene. På individnivå betyr medbestemmelse at bruker gis reell innflytelse ved utformingen av sitt eget tilbud og i hverdagen når tjenesten gis.

Ved rullering av Omsorgsplan 2022 er medbestemmelse på systemnivå ivaretatt blant annet ved at brukernes interesseorganisasjoner er invitert med i planprosessen. Kommunen har allikevel ingen overordnet rutine for dette.

På individnivå ivaretas brukers rett til medvirkning gjennom kartlegging, oppstartsamtale og deretter evalueringer med bruker-/pårørendesamtaler underveis. Alle enhetene gjennomfører dette rutinemessig etter egenutviklede prosedyrer. Den faglige vurderingen som ligger til grunn for vedtak om tjenester skal bære preg av brukers deltakelse. Når bruker er samtykkekompetent respekteres det at bruker takker nei til tilbud som er faglig basert. Kommunen deltar i fagnettverket «Det gode pasientforløp» som blant annet har som mål at *«bruker opplever å være likeverdig i utarbeidelse av sitt pasientforløp»*.

Etter vår mening oppfyller kommunen kriteriet om brukers medbestemmelse.

### **3.3.3.3 Koordinering og individuell plan**

Tjenestene skal koordineres og ytes etter individuell plan.

---

<sup>27</sup> Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorg (IS 1201, Sosial og helsedirektoratet)

Helse- og omsorgsloven gir bruker som mottar langvarige og sammensatte tjenester rett til individuell plan og koordinator. Det er kommunen som har ansvaret for dette. Dersom brukeren også har tjenester etter spesialisttjenesteloven eller andre tjenesteytere og etater, skal kommunen sørge for koordinering og samarbeid med disse. Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen<sup>28</sup>. Enheten har det overordnede ansvaret for individuell plan, herunder å sørge for at det utarbeides rutiner for dette arbeidet og å lære opp og veilede koordinator.

Det er Tildelings og koordineringsenheten i Sør-Varanger kommune som er ansvarlig for individuelle planer og koordinering. Vi har fått opplyst at det ikke er utarbeidet skriftlige rutiner for dette arbeidet. Ut fra enhetens opplysninger fungerer samarbeidet med interne og eksterne aktører godt. Koordineringsenheten har nå 60 % stilling i drift og det er etter vår vurdering neppe tilstrekkelig.

Individuell plan skal være brukers plan og den utarbeides i samarbeid med koordinator når det er nødvendig. Gjennom intervjuene har vi fått tilbakemelding på at kunnskapen om individuelle planer på en del av avdelingene er begrenset og at intensjonen om at det er bruker som eier planen ikke alltid følges opp. Vi har også tilbakemeldinger på at det er brukere i tjenestene som burde hatt individuelle planer, men som pr dato ikke har dette. Brukere med sammensatte tjenester, og der det ikke er oppnevnt koordinator, medfører at oppgaven tilfaller avdelingen / primærgruppen. Kommunen har fått tilbakemelding fra Fylkesmannen på at de tolker kriteriene for å ha krav på individuell plan for strengt.

Individuell plan representerer en vesentlig del av brukers medvirkning ved utarbeidelse av eget tilbud. Etter vår vurdering er kriteriet om koordinert tjenesteyting etter individuell plan bare delvis oppfylt.

### **3.3.4 Konklusjon**

Sør-Varanger kommune har i vesentlig grad etablert rutiner og prosedyrer som sikrer brukerne et tilfredsstillende tjenestetilbud, men det finnes et forbedringspotensiale i kommunens arbeid med individuelle planer og koordinering av tjenester.

---

<sup>28</sup> Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 6.

## 4. KONKLUSJONER

### **4.1 Hvordan er Sør-Varanger kommunes økonomiske resultat og ressursbruk i hjemmebasert omsorg, sykehjem og annen virksomhet som naturlig hører under dette når det gjelder:**

- a. **Budsjett, faktisk forbruk og avvik?**
- b. **Vikarbruk/sykefravær og lønnsutgifter?**

Dette er en beskrivende problemstilling og det konkluderes ikke på denne, men det er gjort en oppsummering under pkt. 2.3. Denne oppsummeringen kan sammenfattes som følger:

Omfanget av kommunale omsorgstjenester har økt relativt mye i perioden 2014 – 2017. I samme periode viser kommunens budsjetter at omsorgstjenestene er prioritert utover gjennomsnittlig lønns- og prisvekst. Regnskapsmessig forbruk i perioden viser at omsorgstjenestenes andel av kommunens netto utgifter er tilnærmet uendret og at omsorgstjenestene har et forbruk som overstiger forutsetningene i budsjettet.

Sykefraværet reduseres noe i perioden 2014-2017. Samlet vikarbruk reduseres i perioden og reduksjonen er her størst i kjøp av vikartjenester fra vikarbyrå. Samtidig øker utgiftene til overtid noe og utgiftene til fast lønn (faste stillinger) øker betydelig.

### **4.2 Har Sør-Varanger kommune etablert et forsvarlig system for å sikre at kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene er i tråd gjeldende lover og forskrifter, og med egne planer og vedtak, herunder:**

- a. **Har kommunen etablert rutiner og prosedyrer for internkontroll og kvalitetssikring i henhold til lov og forskrift?**
- b. **Har kommunen etablerte rutiner og prosedyrer som sikrer faglig kvalitet og kompetanse?**
- c. **Har kommunen etablerte rutiner og prosedyrer som sikrer brukerne et tilfredsstillende tjenestetilbud?**

Det er vår konklusjon at Sør-Varanger kommune har etablert et forsvarlig system for å sikre at kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene er i tråd gjeldende lover og forskrifter, og med egne planer og vedtak. Det er konkludert slik på delproblemstillingene:

- a. Sør-Varanger kommune har etablert rutiner og prosedyrer som i det alt vesentlige ivaretar kravene til internkontroll og kvalitetssikring. Det er imidlertid noen svakheter og mangler i rutinene for håndtering av avvik, innholdet i den interne rapporteringen og i samordning av kvalitetssikringssystemer på tvers av enhetene.
- b. Etter vår mening har Sør-Varanger kommune etablert rutiner og prosedyrer som sikrer faglig kvalitet og kompetanse i pleie- og omsorgstjenestene.
- c. Sør-Varanger kommune har i vesentlig grad etablert rutiner og prosedyrer som sikrer brukerne et tilfredsstillende tjenestetilbud, men det finnes et forbedringspotensiale i kommunens arbeid med individuelle planer og koordinering av tjenester.

## 5. ANBEFALINGER

Basert på de funn vi har gjort i undersøkelsen anbefaler vi at Sør-Varanger kommune iverksetter følgende tiltak vedrørende kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten:

- foretar en samlet gjennomgang av rutinen for håndtering av avvik for å klargjøre hvordan hendelser av ulik alvorlighetsgrad skal rapporteres og for å sikre at rapporterte avvik blir behandlet innen rimelig tid
- legger til rette for / utarbeider rutiner som sikrer at arbeidet med individuell plan og koordinering av tjenester skjer i henhold til regelverket
- utvider innholdet i den månedlige rapportering fra enhetene til også å omfatte relevante kvalitetsindikatorer
- vurderer å samordne enhetenes kvalitetssystemer, særlig med tanke på å sikre oppdaterte rutiner og mer effektivt ajourhold av kvalitetssystemet

## 6. KILDER OG LITTERATUR

### Lov og forskrift

- Lov om kommuner og fylkeskommuner (LOV-1992-09-25-107)
- Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (LOV-2017-06-16-63)
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)
- Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (LOV-2005-06-17-62)
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250)
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (FOR-2018-04-10-556)
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (FOR-2013-01-17-06)
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (FOR-2003-06-27-792)
- Forskrift om rett til opphold i sykehjem eller bolig tilrettelagt for heldøgns tjenester, Sør-Varanger kommune (23.08.2017)
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (IS-2017-2620)
- Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene ((IS-1201)

### Styringsdokumenter mv. Sør-Varanger kommune

- Administrativt delegasjonsreglement (01.05.16)
- Funksjonsbeskrivelse for adm. ledelse i SVK (01.05.16)
- Omsorgsplan 2022
- Sør-Varanger kommune, kommunedelplan – strategisk plan for helse, omsorg og velferd (2018)
- Årsrapport 2017

### Andre kilder

- <https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/lonnsstatistikk-for-ks-tariffomrade/>
- <https://www.regjeringen.no/no/dep/kmd/org/styrer-rad-og-utvalg/teknisk-beregningsutvalg-for-kommunal-og/id449207/>
- <https://helsedirektoratet.no/kompetanseloft-2020>
- <https://nhi.no/>
- <http://www.utviklingscenter.no/finnmark.176112.no.html>
- <http://www.sor-varanger.kommune.no/individuell-plan.407850.no.html>
- <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/eldre-og-kronisk-syke/>
- <https://www.fylkesmannen.no/More-og-Romsdal/Helse-omsorg-og-sosialtenester/Nyhende-fra-helse-og-omsorg/2018/10/kommunane-skal-sikre-rett-og-forsvarleg-kompetanse-i-helse-og-omsorgstjenestene/>
- <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/eldreomsorg/gode-pasientforlop/omsatsingen/gode-pasientforlop/>
- <https://www.ssb.no/klasse/klassifikasjoner/223/varianter/764>
- <https://helsedirektoratet.no/kompetanseloft-2020>
- <https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/fravar/sykefravarstall-for-kommuner-og-fylkeskommuner/>

## **7. VEDLEGG 1: RÅDMANNENS KOMMENTARER**

## 8. VEDLEGG 2: REVISJONSKRITERIER

Revisjonskriterier er samlebetegnelsen på de krav og forventninger som brukes i den enkelte forvaltningsrevisjon for å vurdere den reviderte virksomhet. Kriteriene holdes opp mot faktagrunnlaget, og danner basis for de analyser og vurderinger som foretas, og de konklusjoner som trekkes.

### Kilder til kriterier

Revisjonskriteriene i denne undersøkelsen er utledet fra følgende kilder:

- Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov 20. juni 2014 nr. 41 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Forskrift 12. november 2011 nr. 1426 om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) Forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften)
- Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Prop.91 L (2010-2011) til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- St. meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening
- Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet - trygge tjenester — Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten
- Helsedirektoratet: Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2017)
- Helsedirektoratet: Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten (IS 1201)

### Utledning av kriterier

Problemstilling nr. 1 er beskrivende, og det utledes derfor ingen kriterier til denne.

Undersøkelsen vil her ta utgangspunkt i kommunens regnskaper og fraværstall for å vise hvordan kommunens planlagte og faktiske ressursbruk innenfor pleie- og omsorgstjenestene har utviklet seg i perioden. KOSTRA nøkkeltall benyttes for å vise hvordan tjenestens omfang har utviklet seg. Fokusområdet er sykefravær og lønnsutgifter, særlig vikarer, samt bruk av eksterne vikartjenester.

Problemstilling nr. 2 skal belyse om kommunen har etablert systemer som sikrer at tjenestene etterlever lover og forskrifter, og er i tråd med egne planer og vedtak.

Vår gjennomgang av kommunens dokumentasjon viser at det finnes et relativt omfattende planverk på operasjonelt nivå i omsorgstjenestene. Dette dekker enhetenes og avdelingenes HMS, drift, kvalitetssystemer og kompetanse. På overordnet nivå finner vi få føringer som direkte refererer til kvaliteten i tjenestene. «Omsorgsplan 2022» dekker dette temaet, men i problematiserende og rådgivende form. Omsorgsplanen rulleres nå ved kommunedelplanen



«Strategisk plan for helse, omsorg og velferd». Dette er et arbeid som er påbegynt tidligere<sup>29</sup> og gjenopptatt i 2018. Ifølge planprogrammet skal planen være et overordnet styringsdokument for omsorgstjenestene i perioden 2018-2028 og danne grunnlag for 4-årige handlingsplaner knyttet opp til økonomiplan og budsjett, og rulleres årlig. Handlingsplanene skal vise prioriterte tiltak og kostnader.

Ut fra dette finner vi at det ikke er grunnlag for å utlede egne kriterier som spesielt dekker etterlevelse og kvalitet ut fra kommunens egne planer og vedtak. Kommunens relevante planer, på enhetsnivå og for øvrig, vurderes som en del av underproblemstillingene sammen med øvrige data.

Problemstilling nr. 2 har tre underproblemstillinger med ulikt perspektiv. Det er naturlig å behandle disse hver for seg og utlede kriterier knyttet til det respektive fokusområdet.

### ***Har kommunen etablerte rutiner og prosedyrer for internkontroll og kvalitetssikring i henhold til lov og forskrift?***

Kommunen plikter å tilby nødvendige helsetjenester til personer som oppholder seg i kommunen. Det skal arbeides systematisk med kvalitetsforbedring av tjenestene. Etter helse- og omsorgstjenestelovens § 3-1 innebærer det plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere tjenestene. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten beskriver et styringssystem basert på en utdyping av disse fire pliktene.

Plikten til å planlegge innebærer at kommunen skal kunne beskrive mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Ansvar skal være avklart og plassert. Planleggingen skal bygge på tilstrekkelig informasjon og utformes slik at kravene i relevant regelverket blir ivaretatt. Det skal gjennomføres risikoanalyse og det skal være etablert system for å fange opp avvik.

Plikten til å gjennomføre innebærer blant annet å sørge for at ansatte har nødvendig kompetanse og riktig informasjon til å kunne utføre oppgavene. Brukers egne erfaringer skal vektlegges og det skal gjennomføres tiltak som sikrer et systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Plikten til å evaluere skal bidra til løpende testing av tjenestenes hensiktsmessighet og å sikre at planlagte aktiviteter gjennomføres som forutsatt. Evalueringen skal ta hensyn til brukererfaringer og uønskede hendelser som er rapportert inn. Det skal gjennomføres årlig gjennomgang av styringssystemet.

Plikten til å korrigere innebærer blant annet å rette opp uforsvarlige forhold og sørge for at helse- og omsorgslovgivningen etterlevs.

Det skal utarbeides prosedyrer, rutiner og instruksjoner i nødvendig omfang og styringssystemet skal dokumenteres.

På bakgrunn av dette kan følgende kriterier utledes:

Kommunen skal ha et styringssystem for helse- og omsorgstjenestene som består av

---

<sup>29</sup> Vedtatt prosessplan for strategisk plan for helse, omsorg og velferd i Utvalg for levekår 14.03.2016 (Kilde: Strategidokument 2018-2021 økonomiplan 2018-2021)

- Rutiner for planlegging av tjenestene
- Rutiner for gjennomføring av tjenestene
- Rutiner for evaluering av tjenestene
- Rutiner for korrigerende av tjenestene

***Har kommunen etablerte rutiner og prosedyrer som sikrer faglig kvalitet og kompetanse?***

Helse- og omsorgsområdet dekker et vidt spekter av tjenester med ulike faglige utfordringer og brukerbehov. Kvalitet og kvalitetsutvikling i tjenestene er nært knyttet til faglig kompetanse i alle ledd i organiseringen av virksomheten og systematisk kompetanseplanlegging påvirker dermed kvaliteten direkte.

Tilstrekkelig fagkompetanse er et forsvarlighetskrav etter helse- og omsorgslovens § 4-1 (d) og skal sikres ved videre- og etterutdanning av eget personale. Kommunen plikter dessuten å tilrettelegge for kompetanseutvikling i privat virksomhet som har virksomhet innenfor lovens område. Faglig kompetanse i møtet med brukeren er viktig for sikkerheten og for brukerens opplevelse av tilbudet. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (side 33) fremhever en del kjente forhold som bidrar til trygghet, forutsigbarhet og respekt, blant annet *at virksomheten har et program for utvikling av personalets kompetanse og kunnskap.*

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenestene stiller krav til at kommunen skal ha oversikt over og kunne dokumentere ansattes kompetanse og eventuelt behov for opplæring. Kompetansen skal dekke det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk og styringssystemet som tjenestene utøves etter.

På bakgrunn av dette kan følgende kriterier utledes:

- Kommunen skal ha oversikt over kompetansebehovet i virksomheten
- Kommunen skal ha oversikt over personalets faglige kvalifikasjoner
- Kommunen skal ha rutiner for kompetanseutvikling

***Har kommunen etablerte rutiner og prosedyrer som sikrer brukerne et tilfredsstillende tjenestetilbud?***

Retten til helse- og omsorgstjenester slås fast i pasientrettighetsloven<sup>30</sup> og dekker både øyeblikkelige og langsiktige behov. Tradisjonelt har helse- og omsorgstjenester gjerne vært oppfattet som eldreomsorg, men regelverket omfatter også barn, ungdom og voksne med bistandsbehov og yngre personer med fysiske- og psykiske funksjonsnedsettelse.

Kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene bestemmes i møtet mellom bruker og tjenesteutøver, gjennom det faglige innholdet i tjenesten, samspillet mellom de involverte fagområdene og de medmenneskelige sidene ved utøvelse av tjenestene. Veilederen Kvalitet i pleie- og omsorgstjenester<sup>31</sup> omtaler dette som en balanse mellom god organisering, systemer, retningslinjer og prosedyrer på den ene siden og utøvelse av skjønn, etisk refleksjon og kreativitet på den andre. Kommunen skal drive et systematisk arbeid med å utvikle kvaliteten

---

<sup>30</sup> Lov om pasient- og brukerrettigheter kap. 2

<sup>31</sup> Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, IS-1201 (2004), s. 7.

i tjenesten<sup>32</sup>, og dette innebærer utvikling av både organisatoriske forhold og den menneskelige dimensjonen.

Brukerperspektivet er sentralt innenfor sosialretten og brukeren skal sikres reell innflytelse på system- og individnivå, både i planlegging og organisering av helse- og omsorgstjenestene og når tjenesten ytes. Respekten for den enkeltes integritet og råderett over egen livssituasjon skal legges til grunn for tjenestene.

Brukere med langvarige og sammensatte bistandsbehov skal ytes tjenester etter en helhetlig, individuell plan.<sup>33</sup> Kommunen skal i slike tilfeller tilby koordinator med ansvar for oppfølging av brukeren og samordning av de ulike tjenestene.

Regelverket stiller konkrete krav til innholdet i tjenestene. Fysiologiske og sosiale behov skal ivaretas, det skal gis hjelp til personlig hygiene og måltider. Det skal legges til rette for egenomsorg og en normal døgnrytme. Nødvendig medisinsk bistand skal inngå i tilbudet. Ved langtidsopphold i institusjon skal det gis tilbud om enerom<sup>34</sup>.

Sør-Varanger kommune forvalter omsorgstjenestene etter BEON-prinsippet der tjenestene deles etter omsorgsnivå (omsorgstrapp) hvor laveste nivå er de minst ressurskrevende tjenestene. Det er brukerens behov som bestemmer omsorgsnivå for den enkelte<sup>35</sup>.

Et tilfredsstillende tjenestetilbud bidrar til livskvalitet og at det oppleves av brukerne som trygt, virkningsfullt og levert til rett tid. På bakgrunn av dette kan følgende kriterier utledes:

- Kommunen skal ha rutiner som sikrer at tjenesten er tilpasset brukerens behov
- Kommunen skal ha rutiner som sikrer brukernes medbestemmelse
- Tjenestene skal koordineres og ytes etter individuell plan

---

<sup>32</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2.

<sup>33</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1

<sup>34</sup> Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 3

<sup>35</sup> Strategidokument budsjett 2018 / økonomiplan 2018-2021 Sør-Varanger kommune

Tabell 1: Koblingskjema - Revisjonskriterier

Problemstillinger	Revisjonskriterier	Kilder til revisjonskriterier
Har kommunen etablerte rutiner og prosedyrer for internkontroll og kvalitetssikring i henhold til lov og forskrift?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunen skal ha rutiner for planlegging av tjenestene</li> <li>• Kommunen skal ha rutiner for gjennomføring av tjenestene</li> <li>• Kommunen skal ha rutiner for evaluering av tjenestene</li> <li>• Kommunen skal ha rutiner for korrigerende av tjenestene</li> </ul>	<p>Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-1</p> <p>Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten</p>
Har kommunen etablerte rutiner og prosedyrer som sikrer faglig kvalitet og kompetanse?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunen skal ha oversikt over kompetansebehovet i virksomheten</li> <li>• Kommunen skal ha oversikt over personalets faglige kvalifikasjoner</li> <li>• Kommunen skal ha rutiner for kompetanseutvikling</li> </ul>	<p>Helse- og omsorgslovens § 4-1 (d)</p> <p>Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, med veileder</p>
Har kommunen etablerte rutiner og prosedyrer som sikrer brukerne et tilfredsstillende tjenestetilbud?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunen skal ha rutiner som sikrer at tjenesten er tilpasset brukerens behov</li> <li>• Kommunen skal ha rutiner som sikrer brukernes medbestemmelse</li> <li>• Tjenestene skal koordineres og ytes etter individuell plan</li> </ul>	<p>Helse- og omsorgsloven § 4-1 a og b, § 7-1, § 7-2 og § 12-4 og § 12-5</p> <p>Pasientrettighetsloven § 2-1e, § 2-5 og § 3-1</p> <p>Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene</p> <p>Forskrift om en verdig eldreomsorg</p>

## 9. VEDLEGG 3: METODE OG GJENNOMFØRING

### Generelt om forvaltningsrevisjon

Forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave. Forvaltningsrevisjon innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av kommunens/fylkeskommunens økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets/fylkestingets vedtak og forutsetninger. Herunder om:

- a) forvaltningen bruker ressurser til å løse oppgaver som samsvarer med kommunestyrets/fylkestingets vedtak og forutsetninger,
- b) forvaltningens ressursbruk og virkemidler er effektive i forhold til målene som er satt på området,
- c) regelverket etterleves,
- d) forvaltningens styringsverktøy og virkemidler er hensiktsmessige,
- e) beslutningsgrunnlaget fra administrasjonen til de politiske organer samsvarer med offentlige utredningskrav,
- f) resultatene i tjenesteproduksjonen er i tråd med kommunestyrets eller fylkestingets forutsetninger og/ eller om resultatene for virksomheten er nådd.

Formålet med forvaltningsrevisjon er å bidra til:

- økt produktivitet, effektivitet og måloppnåelse
- at kommunal virksomhet drives i samsvar med regelverket
- å skaffe fram informasjon som gir grunnlag for kommunestyrets/fylkestingets tilsyn med forvaltningen

Det er kontrollutvalget i den enkelte kommune/fylkeskommune som skal påse at kommunens/fylkeskommunens virksomhet årlig blir gjenstand for forvaltningsrevisjon. Kontrollutvalget skal minst en gang i valgperioden utarbeide en plan for gjennomføring av forvaltningsrevisjon, som skal vedtas av kommunestyret/fylkestinget.

Det er kommunens/fylkeskommunens revisor som gjennomfører selve forvaltningsrevisjonen. Utførelsen skal skje i tråd med god kommunal revisjonsskikk, herunder RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon (vedtatt av styret i Norges kommunerevisorforbund).

Sluttproduktet i hver forvaltningsrevisjon er en rapport som oversendes til behandling i kommunens/fylkeskommunens kontrollutvalg. Kontrollutvalget rapporterer videre til kommunestyret/fylkestinget om de gjennomførte prosjektene.

### Bestilling fra kontrollutvalget

Revisor må gjennomføre forvaltningsrevisjonen i samsvar med kontrollutvalgets bestilling.<sup>36</sup>

Undersøkelsen er gjennomført på bakgrunn av følgende problemstillinger vedtatt av kontrollutvalget 26.11.18 (sak 25/18):

---

<sup>36</sup> RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, pkt. 10.

1. Hvordan er Sør-Varanger kommunes økonomiske resultat og ressursbruk i hjemmebasert omsorg, sykehjem og annen virksomhet som naturlig hører under dette når det gjelder:
  - a. Budsjett, faktisk forbruk og avvik?
  - b. Vikarbruk/sykefravær og lønnsutgifter?
  
2. Har Sør-Varanger kommune etablert et forsvarlig system for å sikre at kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene er i tråd gjeldende lover og forskrifter, og med egne planer og vedtak, herunder:
  - a. Har kommunen etablert rutiner og prosedyrer for internkontroll og kvalitetssikring i henhold til lov og forskrift?
  - b. Har kommunen etablerte rutiner og prosedyrer som sikrer faglig kvalitet og kompetanse?
  - c. Har kommunen etablerte rutiner og prosedyrer som sikrer brukerne et tilfredsstillende tjenestetilbud?

## Oppstart av prosjektet

Revisor skal sende oppstartbrev til administrasjonssjefen så tidlig som mulig i prosjektet.<sup>37</sup>

Oppstartbrev til rådmannen i Sør-Varanger kommune ble sendt 07.01.2019. Kommunalsjef Helse, omsorg og velferd har vært vår kontaktperson i Sør-Varanger i dette prosjektet.

## Datainnsamling

Revisor må innhente data i tilstrekkelig omfang til å kunne gjøre vurderinger og svare på problemstillingen(e) i undersøkelsen. Eksempler på metoder som kan benyttes er intervju, spørreskjema, observasjon, dokumentanalyse, statistiske analyser, regnskapsanalyse og systemanalyse.<sup>38</sup> I den grad det er tjenlig, bør det benyttes flere metoder for innsamling av data (data- og metode-triangulering).

Nedenfor redegjør vi nærmere for de metoder for innsamling av data som er benyttet i denne undersøkelsen.

### Ressursbruken i pleie- og omsorgssektoren

Denne delen av undersøkelsen er gjennomført ved gjennomgang av regnskapstall samt noen utfyllende opplysninger fra offentlig statistikk. Formålet er å gi et bilde av utviklingen i utfordringene kommunen har møtt ovenfor og hvordan de har prioritert i forhold til disse.

Ressursbruken i pleie- og omsorgstjenestene er belyst med brutto- og nettotall fra driftsregnskap og revidert budsjett for kommunal egenproduksjon av tjenester. Det er lagt vekt på lønnsutgifter, særlig vikarer samt kjøp av eksterne vikartjenester. Fraværdata fra KS er benyttet for å antyde vikarbehovet. KS presenterer sine tall i kvartalsserier og der seriene ikke følger kalenderåret. I undersøkelsen er presenterte tall for år 1 hentet fra serien 4 kv. år 1

---

<sup>37</sup> RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, pkt. 13.

<sup>38</sup> RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, pkt. 26.

til 3 kv. år 2 osv. SSBs tall for mottakere av tjenester er benyttet for å beskrive tjenestenes omfang.

Vi har benyttet regnskapsdata for KOSTRA funksjon 234, 253 og 254 som datagrunnlag. Dette gir etter vår mening et godt bilde av omsorgstjenestene i kommunen. Omsorgstjenestene er en (vesentlig) del av sektoren Helse, omsorg og velferd.

KOSTRA funksjon er et felles kodeverk for rapportering i offentlig forvaltning. Kodene viser til målgruppen og hvilke brukerbehov som skal dekkes, og er uavhengig av virksomhetens organisering. Funksjon 234 gjelder aktiviserings- og servicetjenester, eldre og funksjonshemmede, funksjon 253 gjelder helse- og omsorgstjenester i institusjon og funksjon 254 gjelder helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende.

Tidsmessig avgrensning er perioden 2014 – 2017 (de fire siste år med avlagte regnskaper ved prosjektstart).

Datainnsamlingen er gjort ved gjennom vår tilgang til kommunens regnskaper og fra offentlig statistikk hos KS og SSB. Regnskapsdata er forelagt kommunen for kvalitetskontroll.

### **Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene**

Formålet her er å belyse i hvilken grad kommunen har etablert systemer for å sikre kvaliteten i tjenestene de leverer, og om hvordan kommunen ivaretar internkontrollen innenfor omsorgstjenestene. Dette er en gjennomgang på et systemnivå og vurderer ikke kvalitet i innholdet i tjenestene, resultater av kompetanseheving eller lignende.

Undersøkelsen er gjort ved å se på hvilke systemer kommunen har etablert for intern kontroll, kompetanseutvikling og for å ivareta brukers behov og rett til medbestemmelse. Det er ved stikkprøver undersøkt i hvilken grad etablerte systemer faktisk brukes.

Gjennomgangen er gjort ved dokumentanalyse og intervju med aktuelle personer på ulike nivå. Kommunen er bedt om å redegjøre og dokumentere hvordan arbeidet er organisert og utføres. Vi har intervjuet enhetsleder og en avdelingsleder fra hver av enhetene hjemmebasert omsorg, tjenesten for funksjonshemmede og sykehjemsenheten. Vi har også intervjuet kommunalsjefen for helse, omsorg og velferd, samt en fagkonsulent ved tildelings- og koordineringsenheten. Det er i tillegg innhentet noen opplysninger fra personalkontoret.

Datainnsamlingen er i hovedsak gjort i perioden januar – februar 2019. Intervjuene er gjennomført i Sør-Varanger kommune 26. og 27. februar, med unntak av intervju med enhetsleder Sykehjemsenheten og fagkonsulent Tildelings- og koordineringsenheten. Disse er gjort pr. epost i starten av mars måned.

### **Gyldighet og pålitelighet**

I valg av metode må revisor sikre dataens gyldighet (at data er relevante) i forhold til problemstillingen(e).<sup>39</sup> Datainnsamlingen må gjennomføres på en måte som sikrer dataens pålitelighet.

---

<sup>39</sup> RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, pkt. 27.

Gyldigheten av data er sikret ved at data er samlet inn med utgangspunkt i revisjonskriteriene. Dette gjelder både den dokumentasjon som innhentes, hvem som intervjues og hvilke spørsmål vi stiller. Alle innsamlede data er gruppert etter revisjonskriteriene.

Dataenes pålitelighet er sikret gjennom intern kvalitetssikring, ved verifisering av data fra intervjuer og ved at undersøkte områder søkes belyst med data fra flere kilder. Dokumentasjonen som er gjennomgått er kommunens interne dokumenter og må ansees å inneholde pålitelige data. Videre er regnskapsdata og statistikkmateriale for valgt periode avlagte og offisielle.

## Verifisering

Data som er innsamlet ved hjelp av intervju skal som hovedregel verifiseres.<sup>40</sup> I praksis innebærer dette at intervjureferatet sendes informantene for godkjenning. Godkjent referat legges til grunn i rapporten. Et utkast til rapport blir sendt til kontaktperson i revidert enhet for gjennomlesing. Dette gjøres for å unngå faktafeil, og for å sikre at det materialet som undersøkelsen bygger på blir mest mulig fullstendig og pålitelig.

Alle informantene er forelagt referat fra eget intervju for godkjenning, og har med ett unntak svart bekreftende. For unntaket er det lagt til grunn at manglende tilbakemelding er forstått som bekreftelse uten kommentarer. Informanten det gjelder er varslet om dette.

Rapporten er sendt kommunalsjef Elisabeth Larsen til verifisering den 25.03.2019. Vi har mottatt en merknad:

Art 10102 Vikar i fast stilling omfatter alle typer midlertidige arbeidsforhold der det er ledige lønnsmidler i den faste hjemmelen, og ikke bare de tilfeller der utlyst kompetansekrav ikke er møtt (økonomikonsulent Elin Jakola).

Ut fra dette vil bruken av art 10102 ikke være relevant for undersøkelsen, og er derfor tatt ut. Rapporten er bekreftet verifisert 04.04.2019.

## Intern kvalitetssikring

Utføring av forvaltningsrevisjon skal kvalitetssikres.<sup>41</sup> Kvalitetssikringen skal sikre at undersøkelsen og rapporten har nødvendig faglig og metodisk kvalitet. Videre må det sikres at det er konsistens mellom bestilling, problemstillinger, revisjonskriterier, data, vurderinger og konklusjoner.

Prosjektleder er John Vidar Nordseth. Prosjektmedarbeider og oppdragsansvarlig revisor er Bård Larsson.

Selskapets interne kvalitetskontroll er utformet for å sikre at selskapets ansatte opptrer uavhengig i utøvelsen av forvaltningsrevisjon. Oppdragsansvarlig revisor har foretatt en vurdering av egen uavhengighet. Denne er oversendt kontrollutvalget til orientering. Prosjektleder har foretatt en vurdering av sin uavhengighet ved oppstart av prosjektet.

---

<sup>40</sup> RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, pkt. 29.

<sup>41</sup> RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, pkt. 45.



Ved mottatt bestilling av denne forvaltningsrevisjonen har det vært gjort en vurdering av gjennomførbarhet, kapasitet og kompetanse i prosjektgruppen.

Oppdragsansvarlig revisor har kvalitetssikret prosjektplanen og verifiserings- og høringsutgaven av prosjektrapporten. Prosjektmedarbeider har deltatt under intervju og tatt egne notater som er sammenholdt med prosjektleders notater. Etter godkjenning fra informanten benyttes lydopptak ved intervju. En av informantene motsatte seg bruk av lydopptak.

Det har vært gjennomført konsultasjoner mellom prosjektleder og oppdragsansvarlig revisor under valg av metode for datainnsamling, under vurdering av innsamlede data og når det gjelder rapportens konklusjoner.

## Høring

Administrasjonssjefen skal gis anledning til å gi uttrykk for sitt syn på de forhold som fremgår av rapporten.<sup>42</sup> Høringssvaret skal vedlegges rapporten som går til behandling i kontrollutvalget.

Rapporten er sendt på høring til rådmannen i Sør-Varanger kommune 4. april 2019 og med svarfrist 12. april. Ved fristens utløp var det ikke kommet høringssvar eller meldt behov for utsettelse av fristen. Etter dette er det bedt om tilbakemelding to ganger, sist den 24. april.

Pr. 24 april er det ikke kommet tilbakemelding fra rådmannen og rapporten ferdigstilles derfor uten høringsuttalelse.

---

<sup>42</sup> RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, pkt. 16.

## 10. VEDLEGG 4: TALLENE BAK FIGUR 2-6

Figur 2 Budsjettutvikling netto driftsutgifter

År	Rev.Budsjett omsorgstjenesten	Rev.Budsjett SVK	Deflator TBU
2015	3,8 %	3,7 %	2,40 %
2016	12,1 %	9,3 %	2,60 %
2017	-0,9 %	-0,6 %	2,40 %

Figur 3 Forbruk, netto driftsutgifter omsorgstjenesten

År	Regnskap	Rev.Budsjett	Merforbruk
2014	203 961 011	192 585 655	5,9 %
2015	204 001 920	199 928 700	2,0 %
2016	225 888 754	224 119 000	0,8 %
2017	233 503 774	222 089 036	5,1 %

Figur 4 Forbruk brutto lønn og vikartjenester, omsorgstjenesten

År	2014	2015	2016	2017
Lønnsutgifter 010-090	196 930 426	190 304 334	216 343 050	225 387 576
Vikarbyrå 12720	13 619 077	13 419 513	6 737 195	8 207 512
<b>Sum regnskap</b>	<b>210 549 503</b>	<b>203 723 847</b>	<b>223 080 244</b>	<b>233 595 088</b>
Lønnsutgifter 010-090	184 179 255	196 435 400	212 790 300	218 795 936
Vikarbyrå 12720	9 839 000	3 588 000	4 088 000	2 740 000
<b>Sum rev. budsjett</b>	<b>194 018 255</b>	<b>200 023 400</b>	<b>216 878 300</b>	<b>221 535 936</b>
Forbruk kr	16 531 248	3 700 447	6 201 944	12 059 152
Merforbruk %	8,5 %	1,9 %	2,9 %	5,4 %

Figur 5 Fordeling vikarutgifter regnskap omsorgstjenesten

	2014	2015	2016	2017
Lønn til vikarer (020)	18 778 502	18 561 812	20 831 469	21 617 130
Vikarbyrå (12709)	13 619 077	13 419 513	6 737 195	8 207 512
<b>Sum regnskap</b>	<b>32 397 579</b>	<b>31 981 325</b>	<b>27 568 664</b>	<b>29 824 642</b>
KS sykefravær, turnuspersonell	12,8 %	13,7 %	13,6 %	12,5 %

Figur 6 Budsjettutvikling brutto lønn og vikarbyrå, omsorgstjenesten

Rev. budsjett	2014	2015	2016	2017
Lønn (artsgr. 010 – 090)	184 179 255	196 435 400	212 790 300	218 795 936
Vikarbyrå (art 12709)	9 839 000	3 588 000	4 088 000	2 740 000
<b>Sum</b>	<b>194 018 255</b>	<b>200 023 400</b>	<b>216 878 300</b>	<b>221 535 936</b>
Lønnsvekst (TBSK)		1,8 %	2,6 %	3,3 %