

# FORVALTNINGSREVISJON

## Pleie og omsorg

Tjenestekvalitet, ressursbruk og økonomistyring

Målselv kommune



Rapport 2023

## Forord

På grunnlag av bestilling fra kontrollutvalget i Målselv kommune har KomRev NORD gjennomført forvaltningsrevisjon rettet mot tjenestekvalitet, ressursbruk og økonomistyring kommunens pleie- og omsorgstjenester (PRO). Kontrollutvalgets plikt til å påse at forvaltningsrevisjon gjennomføres, følger av lov om kommuner og fylkeskommuner § 23-2 bokstav c. Ifølge kommuneloven § 23-3 innebærer forvaltningsrevisjon å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak.

Krav til revisors uavhengighet følger av kommuneloven § 24-4 og av forskrift om kontrollutvalg og revisjon §§ 16, 17, 18 og 19. Før igangsetting av forvaltningsrevisjonen har revisjonen vurdert egen uavhengighet overfor Målselv kommune. Vi kjenner ikke til forhold som er egnet til å svekke tilliten til vår uavhengighet og objektivitet.

Vi takker Målselv kommune for samarbeidet i forbindelse med forvaltningsrevisjonen.

Tromsø, 19.5.2023

**Margrete Mjølhus Kleiven**  
*Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor*

**Knut-Åge Vargren**  
*Prosjektleder, forvaltningsrevisor*

## SAMMENDRAG

---

KomRev NORD har på bakgrunn av bestilling fra kontrollutvalget i Målselv kommune gjennomført forvaltningsrevisjon om kvalitet, ressursbruk og økonomistyring i pleie og omsorgstjenester med utgangspunkt i følgende fire problemstillinger:

1. Har Målselv kommune dokumenterte systemer som er egnet til å sikre etterlevelse av krav og målsetninger for kvaliteten i tjenestene innenfor pleie- og omsorg?
2. Hvordan opplever tjenestemottakere/pårørende kvaliteten på tjenestene?
3. Hvordan er ressursbruken innenfor pleie- og omsorgstjenestene i Målselv kommune i forhold til sammenlignbare kommuner, og hva er hovedårsakene til eventuelle forskjeller?
4. Har økonomistyringen innenfor pleie- og omsorgssektoren i Målselv kommune vært i henhold til krav i regelverket?

Forvaltningsrevisjonen retter seg mot kommunens PRO-tjenester (hjemmetjenesten og sykehjemmet) i både Øvre og Nedre distrikt. **Problemstilling 1** omhandler kommunens styringssystem for virksomhetene. Ifølge forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring må dette tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. Forskriften fastsetter at virksomheten må planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere sine aktiviteter, og herunder inngår det flere delplikter. Vi har utledet revisjonskriterier fra forskriften for å besvare problemstilling 1. Vår besvarelse bygger på gjennomgang av overordnede dokumenter for helse- og omsorgstjenestene generelt og for PRO-tjenestene spesielt. Vi har også gjennomgått informasjon i kommunens internkontrollsystem Netpower og intervjuet ledelsen for tjenestene. Til grunn for vår besvarelse av problemstilling 1 er også tilbakemeldinger fra ansatte gjennom en spørreundersøkelse basert på de ulike forskriftskravene. Det er ledelsen som har ansvaret for at styringssystemet tilfredsstillende forskriften, herunder inngår forpliktelser til å sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker.

**Revisors konklusjon på problemstilling 1 er at Målselv kommune i stor grad har dokumenterte systemer som er egnet til å sikre etterlevelse av krav og målsetninger for kvaliteten i tjenestene innenfor pleie- og omsorg.** Styringssystemet som er etablert og gjennomføres tilfredsstillende flere, men ikke alle krav i forskrift eller kommunens egne målsetninger.

Konklusjonen på **problemstilling 1** er basert på følgende oppsummerte funn og vurderinger:

- Målselv kommune **har i stor grad, men ikke fullt ut oppfylt** revisjonskriteriet om å ha et dokumentert styringssystem for pleie og omsorgstjenestene
- Målselv kommune **i liten grad har oppfylt** revisjonskriteriet om å ha vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig i pleie og omsorgstjenestene og i hvilken grad dette skal dokumenteres

- Målselv kommune har **i stor grad, men ikke fullt ut har oppfylt** revisjonskriteriet om å ha planlagt sine aktiviteter i tjenester som ytes i pleie og omsorgstjenesten i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- Målselv kommune har **i stor grad, men ikke fullt ut oppfylt** revisjonskriteriet om å gjennomføre sine aktiviteter i pleie og omsorgstjenester i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- Målselv kommune **til dels har oppfylt** revisjonskriteriet om å evaluere sine aktiviteter i pleie- og omsorgstjenestene i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- Målselv kommune **til dels har oppfylt** revisjonskriteriet om å korrigere virksomhetens aktiviteter i pleie- og omsorgstjenestene i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

**Problemstilling 2** er en kartlegging av opplevd kvalitet av tjenestene i sykehjemmene og i hjemmetjenestene. For sykehjemstjenester sendte vi spørreundersøkelse til pårørende av sykehjemsbeboere. Undersøkelsen ble besvart av 37 av 54 pårørende. For hjemmetjenestene sendte vi undersøkelsen til tjenestemottakerne, hvorav vi fikk svar fra 63 av 108 mulige.

De pårørende til sykehjemsbeboere som besvarte spørreundersøkelsen, virker *gjennomsnittlig* å være relativt fornøyde med

- Kvaliteten på maten ved sykehjemmet, herunder bistand under måltider, mulighet til å spise når beboer selv ønsker det og personalets utførelse av oppgaver knyttet til måltidene.
- Tjenestemottakers mulighet til å stå opp og legge seg når han/hun ønsker det
- Tjenestemottakers mulighet til selv å bestemme om han/hun vil være på rommet sitt eller i avdelingens fellesareal
- Tjenestemottakers mulighet til privatliv
- Tjenestemottakers tilgang til tilsyn og behandling av lege
- Personalets utførelse av rydding og renhold på tjenestemottakers rom
- Fellesarealenes utforming sett i forhold til tjenestemottakeres behov
- Den sosiale rammen rundt tjenestemottakernes måltid
- Tjenestemottakers tilgang til tilsyn og behandling av tannlege

Variabler som skiller seg ut i negativ forstand, der svarene fra respondentene *gjennomsnittlig* uttrykker dårligere opplevelser av tjenestekvaliteten, er:

- Involvering av pårørende ved utarbeidelse av planer som gjelder tjenestemottaker
- Tjenestemottakers tilgang til fysioterapi
- Personalets utførelse av arbeidsoppgaver relatert til trivselstiltak/aktivisering, samtaler, turer osv.
- Tjenestemottakers tilfredshet med trivselstiltak på sykehjemmet
- Tjenestemottakers tilfredshet med mulighet for å komme ut i frisk luft
- Informasjonsutvekslingen om tjenestemottaker
- Tjenestemottakers kjennskap til muligheten for å klage på tjenestene

Resultatene fra spørreundersøkelsen blant hjemmetjenestemottakerne viser at de er generelt tilfredse med tjenestene de mottar fra kommunen. Det var spesielt informasjonen om klageadgang som fikk dårligst resultat på undersøkelsen.

Under **problemstilling 3** har vi sammenliknet Målselv kommunes ressursbruk med sammenliknbare kommuner og landet for øvrig (utenom Oslo). Sammenlikningene gir et overordnet inntrykk av at Målselv kommune kjennetegnes av:

- En høyere andel innbyggere i alderen 67 år eller eldre, sammenliknet med landsgjennomsnittet og noe færre i forhold til sammenliknbare kommuner
- Flere hjemmetjenestemottakere pr. 1000 innbyggere sammenliknet med landsgjennomsnittet i de fire årene vi har sett på. Flere hjemmetjenestemottakere pr. 1000 innbyggere sammenliknet med sammenliknbare kommuner i tre av de fire årene
- Litt flere mottakere av institusjonsbaserte tjenester pr. 1000 innbyggere sammenliknet med sammenliknbare kommuner, og klart flere mottakere av institusjonsbaserte tjenester pr. 1000 innbyggere sammenliknet med landsgjennomsnittet
- Lavere ressursbruk i driften av institusjonsbaserte tjenester sammenliknet med referansegruppene, i alle de fire årene sammenlikningen gjelder. Ressursbruken er høyere enn landsgjennomsnittet
- Relativt høy ressursbruk på hjemmetjenester i alle fire årene. Ressursbruken per innbygger er på om lag samme nivå som referansegruppene, men noe høyere enn landsgjennomsnittet
- Høyere bemanning i pleie- og omsorgstjenestene enn gjennomsnittlig for referansegruppene

**Problemstilling 4** omhandler kommunens v/PRO-tjenestenes oversikt over, planlegging og kontroll over ressursbruken. Vi har rettet undersøkelsene inn mot kommunens systemer og oppfølging av disse herunder budsjettrapport og rapportering tilknyttet PRO-tjenestenes drift. **Revisors konklusjon på problemstilling 4 er at økonomistyringen innenfor pleie- og omsorgssektoren i Målselv kommune i stor grad har vært i henhold til krav i regelverket.**

- Målselv kommune har **i stor grad oppfylt** revisjonskriteriet om at kommunedirektør må påse at forslag til budsjett for PRO-tjenestene baserer seg på de inntekter og utgifter som kan forventes i budsjettåret.
- Målselv kommune **har oppfylt revisjonskriteriet** om at kommunedirektør skal minst to ganger i året rapportere til kommunestyret om utviklingen i inntekter og utgifter, sammenholdt med årsbudsjettet. Kommunedirektøren må påse at rapporteringene bygger på relevant informasjon fra rammeområdet PRO-tjenestene.
- Målselv kommune **har oppfylt revisjonskriteriet** om at kommunedirektør skal gi beskjed til kommunestyret dersom det oppstår endringer som forrykker budsjettbalansen eller som nødvendiggjør forskyvning av budsjettmessige rammer avdelingene imellom.
- Målselv kommune **ikke fullt ut har oppfylt revisjonskriteriet** om at kommunedirektør skal ha utarbeidet økonomireglement.
- Målselv kommune **har oppfylt revisjonskriteriet** om at kommunedirektør bør ha utarbeidet et delegasjonsreglement.

Med bakgrunn i revisors funn, vurderinger og konklusjon på problemstilling 1 anbefaler vi Målselv kommune å videreutvikle styringssystemet innenfor helse- og omsorgstjenestene, herunder særskilt å

- Gjennomføre risikovurderinger innenfor kommunens PRO-tjenester
- Gjøre vurderinger av nødvendig omfang og innretning av styringssystemet
- Påse at internkontrollsystemet er kjent, tilgjengelig og benyttes slik som forutsatt
- Sikre systematisk gjennomføring, evaluering og korrigerende av virksomhetens aktiviteter

Revisor har ikke gjort vurderinger basert på tilbakemeldinger fra tjenestemottakere og tjenestemottakernes pårørende. Vi anbefaler Målselv kommune å se hen til resultatene i sitt forbedringsarbeid. Vi anbefaler kommunen å jevnlig innhente synspunkter fra tjenestemottakere/tjenestemottakernes pårørende, og å benytte disse i arbeidet med styringssystemet.

Med bakgrunn i revisors funn, vurderinger og konklusjon på problemstilling 4 anbefaler vi Målselv kommune å revidere gjeldende økonomireglement.

<b>Sammendrag</b> .....	<b>2</b>
<b>1 Innledning</b> .....	<b>7</b>
1.1 Bakgrunn og bestilling.....	7
1.2 Helse og omsorg i Målselv kommune .....	7
<b>2 Problemstillinger og revisjonskriterier</b> .....	<b>11</b>
2.1 Problemstillinger .....	11
2.2 Kilder for utledning av revisjonskriterier .....	11
2.3 Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 1 .....	12
2.4 Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 4 .....	14
<b>3 Metode, datamateriale og avgrensing</b> .....	<b>18</b>
3.1 Metode og datamateriale.....	18
3.2 Problemstilling 1 – dokumenterte systemer for å sikre kvalitet .....	18
3.3 Problemstilling 2 – Opplevd brukerkvalitet .....	20
3.4 Problemstilling 3 - Ressursbruksanalyse .....	21
3.5 Problemstilling 4 - Økonomistyring .....	22
3.6 Gyldighet og pålitelighet .....	23
<b>4 Systemer for å sikre tjenestekvalitet</b> .....	<b>25</b>
4.1 Innledning .....	25
4.2 Planlegging .....	27
4.3 Gjennomføre .....	33
4.4 Evaluere .....	40
4.5 Korrigere.....	42
4.6 Revisors vurderinger.....	43
<b>5 Opplevd tjenestekvalitet</b> .....	<b>46</b>
5.1 Innledning.....	46
5.2 Sykehjemmene.....	46
5.3 Hjemmetjenestene.....	53
<b>6 Ressursbrukanalyse</b> .....	<b>59</b>
6.1 Innledning .....	59
6.2 Pleie- og omsorgstjenestene i Målselv kommune – og i referansegruppene .....	60
6.3 Prioriteringsindikatorer – ressursbruk i pleie- og omsorgstjenestene.....	62
6.4 Utdypende tjenestedata.....	64
6.5 Produktivitetsindikatorer .....	65
6.6 Revisors oppsummerende kommentarer.....	66
<b>7 Økonomistyring i pleie og omsorg</b> .....	<b>68</b>
7.1 Innledning .....	68
7.2 Interne reglementer og systemer.....	69
7.3 Årsbudsjetter og årsregnskap for PRO-tjenestene i årene 2019-2022 .....	71
7.4 Økonomiplan- og budsjettprosesser .....	73
7.5 Budsjettoppfølging, rapporteringer og årsregnskap.....	74
7.6 Revisors vurderinger.....	80
<b>8 Uttalelse</b> .....	<b>81</b>
<b>9 Anbefalinger</b> .....	<b>82</b>
<b>10 Referanser</b> .....	<b>83</b>
<b>Vedlegg</b> .....	<b>84</b>
Vedlegg 1: Nærmere beskrivelse av KOSTRA-funksjoner .....	84

# 1 INNLEDNING

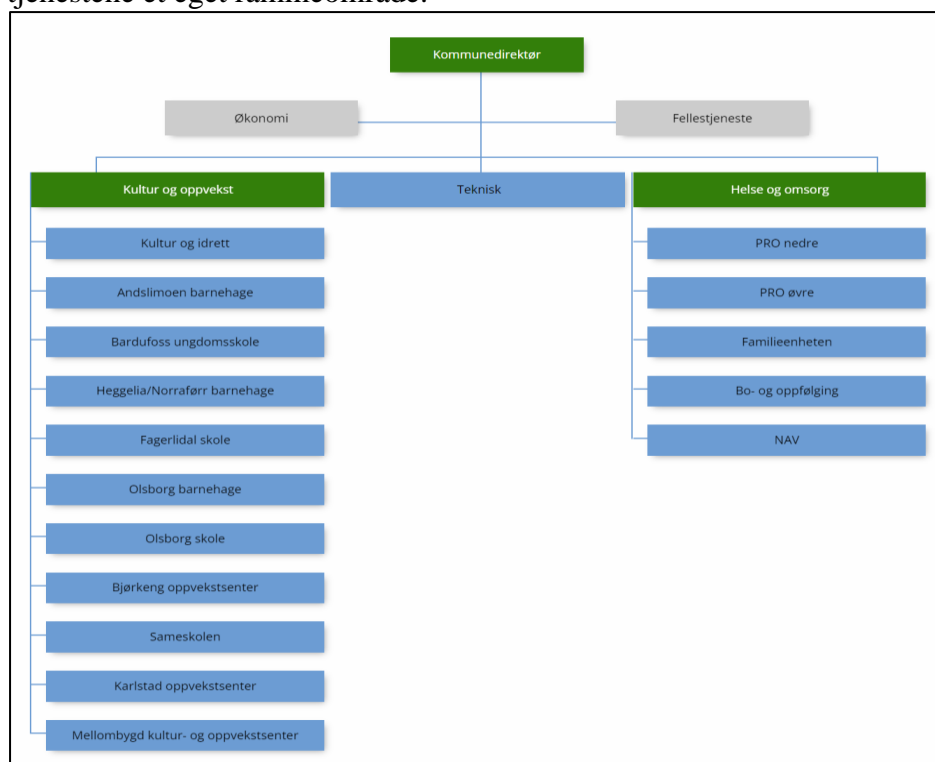
## 1.1 Bakgrunn og bestilling

I Målselv kommunes plan for forvaltningsrevisjon for årene 2020-2024 er forvaltningsrevisjon om kvalitet og ressursbruk i pleie og omsorg prioritert høyt. Forvaltningsrevisjonen ble bestilt i kontrollutvalgets møte 18.11.2021, under sak 94/21. I kontrollutvalgets møte 07.03.2022 i sak 5/22 ble overordnet prosjektskisse fra KomRev NORD vedtatt<sup>1</sup>.

Kontrollutvalgets formål med forvaltningsrevisjonen er å kartlegge, analysere og drøfte kvaliteten på tjenestene og ressursbruken innenfor pleie- og omsorgstjenestene i Målselv kommune. Formålet er også å fremskaffe kvalifisert informasjon om hvorvidt ressursbruken har vært underlagt tilfredsstillende styring og kontroll.

## 1.2 Helse og omsorg i Målselv kommune

Helse og omsorg i Målselv kommune består av de fire enhetene familieenheten, bo- og oppfølgingstjenesten, PRO Øvre og PRO Nedre. PRO står for pleie, rehabilitering og omsorg. Denne forvaltningsrevisjonen retter seg mot *PRO Øvre* og *PRO Nedre* som begge består av både sykehjemstjenester og hjemmetjenester. Som samlebetegnelse for sykehjemstjenester og hjemmetjenester bruker vi *pleie og omsorg*. Målselv kommune har en koordinerende enhet som står for tildelingen av helse- og omsorgstjenester. I kommunens budsjett og regnskap er PRO-tjenestene et eget rammeområde.



Figur 1: Kilde: Målselv kommune

<sup>1</sup> Kontrollutvalgets vedtak i sak 5/22 var «Kontrollutvalget slutter seg til KomRev NORDs forslag til overordnet prosjektskisse. Kontrollutvalget forutsetter at ansatte i tjenesten involveres i undersøkelsens problemstilling 1, som beskrevet av oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor i kontrollutvalgets møte under behandlingen av sak 5/22».



### PRO Øvre

Pro Øvre består av Øverbygd syke- og omsorgssenter og hjemmetjenesten i øvre distrikt. Distriktet omfatter Dividalen, Rostadalen, Øverbygd, Kirkesdalen, Rundhaug. Distriktet går ned til Utby og til Grøtte. Enheten ledes av enhetsleder og en avdelingsleder. Hjemmetjenesten for PRO Øvre har base samlokalisert med sykehjemmet. Øverbygd sykehjem – og omsorgssenter har eget kjøkken med en avdelingsleder. Avdelingsleder på kjøkken inngår i daglig drift. Øvre distrikt samarbeider tett med legekantoret på Holt. Beboere på sykehjemmet har tilbud om legevisitt to ganger pr. uke. Beboere på omsorgssenteret benytter seg av egen fastlege ved behov.

Sykehjemmet i PRO Øvre har ti beboere og 14 bemannede omsorgsboliger. Dette er de eneste bemannede omsorgsboligene i Målselv kommune. Hjemmetjenesten disponerer tre leasingbiler.

Samlet sett for PRO Øvre er det om lag 30 årsverk. I tabell 1 er det en oversikt over antall årsverk i forskjellige yrkesgrupper i PRO Øvre i Målselv kommune.

Tabell 1: Antall årsverk i de forskjellige yrkesgruppene i PRO Øvre.

	Antall årsverk
Ledelse	2
Merkantil	0,7
Sykepleiere	8,9
Vernepleiere	0,5
Helsefagarbeidere	11,8
Pleieassistenter	0,9
Hjemmehjelpere	1,2
Kjøkkenpersonell	2,8
Fysioterapi <sup>2</sup>	5,3 % stilling pr. uke
Legetjeneste sykehjem <sup>3</sup>	21,3 % stilling pr. uke

### PRO Nedre

Pro Nedre består av Målselv Helsetun med tre sykehjemsavdelinger, hjemmetjenesten i nedre distrikt, institusjonskjøkken, administrasjon og vaktmester for hjelpemidler. Distriktet omfatter resten av Målselv kommune fra Utby og Grøtte og ned til Målsnes, Kjerresnes, Fagerfjell, Finnsund og Andsvatnet. Målselv Helsetun ligger nært Andslimoen legekantor som tjenesten samarbeider tett med.

Ved enheten er det en enhetsleder, avdelingsledere for hver av de tre sykehjemsavdelingene og en avdelingsleder for Åpen Omsorg nedre distrikt. Helsetunet har eget kjøkken med en avdelingsleder. Avdelingsleder på kjøkken inngår i daglig drift.

Helsetunets tre sykehjemsavdelinger er fordelt på 30 ordinære langtidsplasser, 16 langtidsplasser forbeholdt personer med demenssykdom, samt åtte korttidsplasser og to plasser forbeholdt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD).

Det gjennomføres daglige legevisitter knyttet til ØHD- og korttidsplasser, øvrige langtidsplasser har legevisitt to dager i uken. Det samarbeides også tett med kommunal

<sup>2</sup> Det er noen tjenestemottakere som har fysioterapi noen timer i uken. Fysioterapeut er ikke ansatt i tjenesten, men er privatpraktiserende.

<sup>3</sup> Primært knyttet opp mot ukentlig legevisitt.

fysioterapitjeneste som er lokalisert i samme bygg. Det gjennomføres tverrfaglige visitter to ganger per uke for pasienter på korttid, samt ukentlig for beboere med langtidsplass. Samarbeid med Pasientsentrert Helseteam tilknyttet spesialisthelsetjenesten er under etablering.

Interkommunal legevakt er geografisk plassert på Setermoen, ca syv mil unna Øverbygd syke og omsorgssenter (ØSO) og tre mil unna Målselv helsetun (MHP). Det er etablert en avtale om mulighet for web - konsultasjon via Ipad med lege, slik at pasienter kan få konsultasjon uten å måtte reise.

Hjemmetjenesten i PRO Nedre disponerer syv leasingbiler. De har unntaksvis matombringing, ikke regelmessig slik som i Pro Øvre. Det er ikke heldøgns bemannede omsorgsboliger i PRO Nedre, per nå, men det er 20 boliger under bygging. Av disse omsorgsboligene er 14 er heldøgns omsorg og 7 er ikke heldøgnsboliger. Nattjeneste er etablert i PRO Nedre, dette er ikke et tilbud som er i PRO Øvre.

Samlet sett i PRO Nedre er det om lag 85 årsverk. Tabell 2 viser oversikt over årsverk fordelt på de ulike stillingskategoriene.

Tabell 2: Antall årsverk i de forskjellige yrkesgruppene i PRO Nedre.

	Antall årsverk
Ledelse	5
Merkantil	1,5
Sykepleiere	24,7
Spesialsykepleiere	3,8
Helsefagarbeidere	48,1
Pleieassistenter	0
Hjemmehjelpere	3,9
Kjøkkenpersonell	3,05
Fysioterapi	5,3 % stilling pr. uke
Legetjeneste sykehjem	60 % stilling
Legetjeneste ØHD/korttid	35 % stilling

### ***Kommunedelplan for helse og omsorg og Rapport Strukturell utredning 2019***

Någjeldende kommunedelplan for helse og omsorg er for perioden 2017-2023. Strukturelle endringer som beskrives i denne er blitt gjennomført, herunder er Målselv syke- og aldershjem lagt ned og Målselvtun er renovert.

Målselv kommune vedtok høsten 2018 å igangsette et prosjekt for å utrede fremtidig organisering og strukturell oppbygging og mulig økonomisk innsparing innenfor hele helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Konsulentselskapet RO (Ressurscenter for omstilling i kommunene) bisto Målselv kommune i utredningsprosjektet. Rapporten var ferdig i 2019 og kommunen laget en handlingsplan på bakgrunn av anbefalinger som fremkom i rapporten. Kommunens handlingsplan hadde følgende hovedpunkter<sup>4</sup>:

- Strukturelle endringer
- Forvaltning, saksbehandling og tildeling av tjenester
- Sykefravær, heltid og rekrutteringspraksis
- Økonomistyring
- Forebygging – frivillighet og dagaktiviteter
- Tidlige tiltak for god psykisk helse for barn og unge
- Omsorgsboliger

<sup>4</sup> Jf. kommunestyrets sak 25/20 *Rapport strukturell utredning 2019 – handlingsplan*, i kommunestyret 12.3.2020

- Lederkompetanse
- Velferdøkonomi
- Forankring – sammenheng mellom plan og prioriteringer

Disse hovedpunktene har blitt arbeidet videre med. Det har blitt gjort flere endringer innen helse og omsorg i tidsperioden som denne forvaltningsrevisjonen omhandler, og dette er blant annet som følge av det utredningsarbeidet som kommunen selv igangsatte og har fulgt opp.

Et av punktene som rapporten også omhandlet var en omorganisering av tjenestene, og gå bort fra den geografiske innretningen på organiseringen. Dette har kommunen i skrivende stund ikke tatt stilling til.

Arbeidet med kommunedelplan for helse og omsorg 2023-2033 er igangsatt.

## 2 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER

---

### 2.1 Problemstillinger

For denne forvaltningsrevisjonen gjelder følgende problemstillinger:

1. *Har Målselv kommune dokumenterte systemer som er egnet til å sikre etterlevelse av krav og målsetninger for kvaliteten i tjenestene innenfor pleie- og omsorg?*
2. *Hvordan opplever tjenestemottakere/pårørende kvaliteten på tjenestene?*
3. *Hvordan er ressursbruken innenfor pleie- og omsorgstjenestene i Målselv kommune i forhold til sammenlignbare kommuner, og hva er hovedårsakene til eventuelle forskjeller?*
4. *Har økonomistyringen innenfor pleie- og omsorgssektoren i Målselv kommune vært i henhold til krav i regelverket?*

**Problemstilling 1 og 2** omhandler kvalitet ved kommunens helse- og omsorgstjenester. Helse- og omsorgstjenester skal være forsvarlige. Revisor kan ikke undersøke og gjøre vurderinger av hvorvidt tjenestene som Målselv kommune yter til den enkelte er forsvarlige. Kommunens helse- og omsorgstjenester skal ha et dokumentert styringssystem i tråd med nærmere bestemte krav, og dette systemet skal bidra til å sikre faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester. **Problemstilling 1** er undersøkelser og vurderinger av det dokumenterte styringssystemet i kommunens sykehjem- og hjemmetjenester. De som mottar tjenester og eventuelt deres pårørende, vil ha sine oppfatninger av tjenestene som kommunene yter. Opplevd tjenestekvalitet belyses under **problemstilling 2**.

For analyser av ressursbruk og sammenligninger med andre kommuner, jf. **problemstilling 3** finnes grunnlaget i KOSTRA.

Økonomistyring, jf. **problemstilling 4**, er arbeid som gjøres for å få oversikt over, planlegge og kontrollere ressursbruken i kommunen. Dette arbeidet danner grunnlag for prioriteringer og beslutninger. Revisor skal ikke vurdere politiske prioriteringer og beslutninger, og forvaltningsrevisjonen av økonomistyring retter seg derfor mot kommunedirektøren og øvrig administrasjons arbeid på området, herunder om budsjettprosess og budsjettkontroll. Undersøkelsene gjelder økonomistyring knyttet til drift. I kommunens helse- og omsorgssektor er det flere enheter, og disse utgjør rammeområder. PRO Øvre og PRO Nedre er sammen i rammeområdet PRO, og undersøkelsene retter seg mot dette rammeområdet.

### 2.2 Kilder for utledning av revisjonskriterier

Revisjonskriterier er krav, normer og/eller standarder som kommunens praksis på det reviderte området skal vurderes opp mot. Revisjonskriterier utledes fra autoritative eller anerkjente kilder innenfor det aktuelle området, og utledes med utgangspunkt i kontrollutvalgets vedtatte problemstillinger.

For problemstilling 1 og 4 i forvaltningsrevisjonen utleder vi revisjonskriterier fra følgende kilder:

- Lov 24.6.2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Forskrift 28.10.2016 nr.1250 om ledelse og kvalitetsforbedring
- Lov 2.7.2011 nr.63 om pasient- og brukerrettigheter
- Lov 22.6.2018 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)
- Forskrift 7.6.2018 nr. 714 om økonomiplan, årsbudsjett, årsregnskap og årsberetning for kommuner og fylkeskommuner mv.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementets veileder, Internkontroll i kommunesektoren, kravene i kommuneloven, 2021
- Kommunesektorens organisasjons veileder for internkontroll, Orden i eget hus, Kommunedirektørens internkontroll 2020
- Økonomireglement for Målselv kommune
- Andre relevante økonomidokument/retningslinjer i Målselv kommune

Problemstilling 2 og 3 er deskriptive, og vi utleder ikke revisjonskriterier.

### 2.3 Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 1

Målselv kommune skal ifølge helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. For å oppfylle dette ansvaret skal kommunen blant annet tilby helsetjenester i hjemmet, plass i institusjon (herunder sykehjem) og personlig assistanse (herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt). Kommunens ansvar innebærer i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Disse forpliktelsene følger av *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring*. Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet og at øvrige krav i helse- og omsorgstjenestelovgivningen etterleves. Det følger av forskriftens § 3 at den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften og at medarbeiderne medvirker til dette.

Av forskriftens § 4 følger det at i forskriften betyr styringssystem for helse- og omsorgstjenesten den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen. Det følger av forskriftens § 5 at styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart og aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig. Hvordan pliktene etter forskriften etterleves, skal dokumenteres i det omfang og i den form som er nødvendig utfra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

Kravene i forskriften er altså *forholdsmessige*. Revisor kan ikke oppstille konkrete krav til hvilket omfang styringssystemet ved Målselv kommunes tjenester skal ha, eller i hvor stor grad det skal være dokumentert. Forskriftskravene innebærer imidlertid at Målselv kommune må ha gjort en *vurdering* av hvilket omfang styringssystemet skal ha og i hvor stor grad dette skal dokumenteres. Vurderingene skal baseres på virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse, og innebærer at kommunen må ha oversikt over dette.

Basert på det ovenstående, utleder vi som revisjonskriterier at Målselv kommune skal ha:

- *Et dokumentert styringssystem for tjenestene som ytes i pleie og omsorgstjenestene*

- *Vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig i pleie og omsorgstjenestene og i hvilken grad dette skal dokumenteres*

Videre må Målselv kommune sørge for at styringssystemet ivaretar kravene som følger av forskriften § 6 – 9. Bestemmelsene gjelder henholdsvis plikten til å *planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere* virksomhetens aktiviteter.

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

- a) *ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten.*
  - b) *innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene*
  - c) *ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten*
  - d) *ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten*
  - e) *planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt*
  - f) *ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring*
  - g) *ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon om annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgstjenestelovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.*
- *Vi utleder som revisjonskriterium at Målselv kommune skal ha planlagt sine aktiviteter i pleie og omsorgstjenestene i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter følger av forskriftens § 7, og innebærer følgende oppgaver:

- a) *sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres*
  - b) *sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet.*
  - c) *utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet*
  - d) *sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes.*
  - e) *sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende*
- *Vi utleder som revisjonskriterium at Målselv kommune skal ha gjennomført sine aktiviteter i pleie og omsorgstjenestene i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

Plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter følger av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 8, og innebærer følgende oppgaver:

- a) *kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres*
  - b) *vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.*
  - c) *evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen*
  - d) *vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer*
  - e) *gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges*
  - f) *minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.*
- Vi utleder som revisjonskriterium at Målselv kommune skal ha evaluert virksomhetens aktiviteter i pleie og omsorgstjenestene i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

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

- a) *rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold*
  - b) *sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgstjenestelovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres*
  - c) *forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgstjenestelovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet*
- Vi utleder som revisjonskriterium at Målselv kommune skal ha korrigert virksomhetens aktiviteter i pleie og omsorgstjenestene i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Det kommer frem av veilederen til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring mv. at dersom virksomheter i helse- og omsorgstjenesten i konkrete tilfeller ikke velger å følge nasjonale faglige retningslinjer for internkontrollarbeidet, bør dette begrunnes faglig og dokumenteres. Veileder til forskriften gir eksempler på dokumentasjon som kan være relevant under de ulike forskriftskravene.

#### 2.4 Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 4

Kommuneloven kapittel 14 har bestemmelser om økonomiforvaltning. Bestemmelsene trådte i kraft fra 1.1.2020. I denne forvaltningsrevisjonen inngår undersøkelser også av året 2019, og det er derfor relevant å omtale også bestemmelser i kommuneloven av 1992 som gjaldt fram til 1.1.2020. I någjeldende kommunelov § 14-1 oppstilles noen grunnleggende krav til økonomiforvaltningen i en kommune. Kommunen skal:

- Forvalte økonomien slik at den økonomiske handleevnen blir ivaretatt over tid

- Utarbeide samordnede og realistiske planer for egen virksomhet og økonomi og for samfunnets eller regionens utvikling
- Forvalte finansielle midler og gjeld på en måte som ikke innebærer vesentlig finansiell risiko, blant annet slik at betalingsforpliktelse kan innfris ved forfall

Når det gjelder samordnede og realistiske planer for kommunens virksomhet, er økonomiplan og årsbudsjettet sentrale. Disse plandokumentene utarbeides av kommuneadministrasjonen og det er kommunestyret som treffer endelig vedtak. Dermed er altså selve budsjettprosessen også en sentral del av kommunens økonomistyring. I budsjettprosessen har både administrativ ledelse og politisk ledelse oppgaver og ansvar. Forvaltningsrevisjonen gjelder som nevnt undersøkelser av kommuneadministrasjonens praksis. Gjennom kommuneloven er kommunedirektøren ansvarlig for kommunens internkontroll, jf. kommuneloven § 25-1. Kommunen skal ha internkontroll med administrasjonens virksomhet for å sikre at lover og forskrifter følges. Forpliktelsene gjelder dermed også på økonomiområdet, og revisor legger til grunn at det må etableres tilfredsstillende rutiner for økonomistyringen. I god økonomistyring ligger det blant annet at administrasjonen legger frem realistiske årsbudsjett og økonomiplaner, og dermed må ha en budsjettprosess som er egnet til å sikre dette.

Kommunestyrets økonomiplan og årsbudsjetter danner videre et sentralt utgangspunkt for styringen av kommunen gjennom budsjettåret. Kommunedirektøren er ansvarlig for å påse at kommunestyrets vedtak iverksettes, jf. kommuneloven § 13-1 fjerde ledd. Kommuneadministrasjonen må dermed føre kontroll opp mot vedtatt budsjett og påse at virksomheten styrer i tråd med dette. I kontroll inngår det å følge opp de løpende utgiftene, det kan også omtales som budsjettdisiplin. Kommunestyret kan også ha vedtatt konkrete tiltak, som for eksempel effektivisering, nedtrekk eller lignende som kommunedirektøren skal utføre som en del av å styre mot vedtatte rammer.

PRO-tjenestene i Målselv kommune er et eget rammeområde i kommunens budsjetter. Undersøkelsene av økonomistyring retter seg hovedsakelig mot dette rammeområdet. Vi redegjør likevel i det følgende for de krav som gjelder generelt for økonomiplan og årsbudsjetter, da det er relevant under problemstilling 4 å undersøke hvordan PRO-tjenestens arbeid i budsjettprosess og budsjettkontroll er, samt hva som er rapportert fra disse tjenestene/rammeområdet. Som vi også kommer til, inngår det i oppfølgingsarbeidet til kommuneadministrasjonen å rapportere til politisk nivå.

### Økonomiplanen

Økonomiplanen skal omfatte hele kommunens virksomhet og gi en realistisk oversikt over sannsynlige inntekter, forventede utgifter og prioriterte oppgaver i planperioden. Økonomiplanen skal omfatte hele kommunens virksomhet. Realisme i økonomiplanen reduserer risiko og bygger opp under balanse mellom tilgang på, og bruk av midler. Realisme innebærer også at det er samsvar mellom mål, vedtatte aktiviteter og tildelte ressurser, etter eventuelle fratrukk for innsparingskrav fordelt på de ulike tjenesteområdene. Inntektsrammene som økonomiplanen bygger på, og utgiftsrammene for de ulike tjenesteområdene, føres opp i økonomiplanen ut fra hva kommunen realistisk kan forvente. Kommunen må anslå et beste estimat ut fra informasjon som er tilgjengelig og informasjon de kan frambringe. Anslagene for størrelsene i økonomiplanen må baseres på et godt faglig skjønn for det som kan forventes. Det faglige skjønn må være aktsomt, slik at inntekter ikke overvurderes, eller utgifter undervurderes. Realistisk planlegging tar også høyde for usikkerhet gjennom forsiktig vurdering av inntekter og «motsatt» for vurdering av utgifter. Realistisk planlegging stiller krav til at det gjennomføres grundige analyser av nåsituasjonen, de langsiktige konsekvenser av



endringer i befolkningen og behov for tjenester mv., lokalpolitiske mål for utviklingen av kommunen, samt konsekvensen av å videreføre tiltak som er vedtatt i årsbudsjettet. Analysearbeidet er nødvendig for å legge til rette for gode beslutninger.

### Årsbudsjett

Det følger av kommuneloven § 14-2 bokstav a at kommunestyret skal vedta *årsbudsjett*. Årsbudsjettet skal, jf. kommuneloven § 14-4 settes opp i balanse og være realistisk, oversiktlig og fullstendig. Det skal være delt inn i et driftsbudsjett og et investeringsbudsjett. Årsbudsjettet er bindende for kommunestyret og underordnede organer. I en uttalelse fra tidl. *Kommunal- og moderniseringsdepartementet* til «tilsvarende» bestemmelse i den tidligere gjeldende kommuneloven; § 46 nr. 3, ble realismekravet definert som at årsbudsjettet skal bygge på «*realistiske forventninger om utviklingen i inntekter og utgifter.*» Revisor legger til grunn at kravet om realisme og innholdet i dette ikke er endret med den nye kommuneloven.

### Budsjettstyring og rapportering

Årsbudsjettet er bindende for kommunestyret og underordnede organer, jf. kommuneloven § 14-5. Kommunedirektøren har ifølge kommuneloven § 13-1 fjerde ledd plikt til å påse at de vedtak som skal treffes av folkevalgte organer, blir iverksatt. Kommunedirektøren har etter § 14-5 tredje ledd en rapporteringsplikt til kommunestyret. Kommuneloven § 14-5 tredje ledd angir at kommunedirektøren skal *minst to ganger* i året rapportere til kommunestyret om utviklingen i inntekter og utgifter, sammenholdt med årsbudsjettet. Av merknadene til denne bestemmelsen fremkommer det at den faste rapporteringen er ny av kommuneloven 2018. Tidligere hadde rådmannen bare plikt til å gi melding hvis det hadde skjedd vesentlige endringer i forutsetningene for årsbudsjettet. Selv om det rapporteres med faste intervaller, vil kommunedirektøren i kraft av sitt alminnelige økonomiansvar ha plikt til å gi beskjed umiddelbart hvis det er tale om en vesentlig og uunngåelig svikt i budsjettforutsetningene. Det avgjørende her er om det er tale om endringer som enten forrykker budsjettbalansen eller som nødvendiggjør en forskyvning av de budsjettmessige rammene avdelingene imellom.<sup>5</sup>

### Interne reglementer og retningslinjer

Kommuneloven av 1992 og tilhørende forskrift inneholdt ikke krav til å ha økonomireglement, men ifølge NOU 2016:4 (s. 221) har det vært etablert en ulovfestet praksis på området. I någjeldende kommunelov § 14-2 bokstav d står det at kommunestyret selv skal vedta regler for økonomiforvaltningen (økonomireglement). Det er ikke nærmere bestemte innholdskrav til et økonomireglement. Et økonomireglement skal utfylle lov- og forskriftsbestemmelser for økonomiforvaltningen tilpasset den enkelte kommune. Reglementet bør i tillegg til lov- og forskriftsbestemmelser, bygge på økonomifaglige normer og en risiko- og vesentlighetsvurdering for den enkelte kommune<sup>6</sup>. Det er i NOU 2016:4 vist til at økonomireglementet bidra til en effektiv og forsvarlig økonomiforvaltning, sikre godt politisk beslutningsgrunnlag, samt klargjøre ansvar og myndighet.

Kommuneloven av 1992 angir i § 23 nr. 4 kommunale folkevalgte organ sin rett til å delegerer beslutningsmyndighet til administrasjonssjef i enkeltsaker av ikke prinsipiell betydning, jf. også ny kommunelov § 13-1 sjette ledd. Av kapittel 5.2 i KS sin veileder «Orden i eget hus – Kommunedirektørens internkontroll» fremheves delegeringsreglement som ett av flere sektorovergripende reglement som en kommune bør ha. Kommunen bør ha delegasjonsregler

<sup>5</sup> Jf. Kommuneloven 2019 med kommentarer», Bernt og Overå (2019)

<sup>6</sup> Jf. «Kommuneloven 2018 med kommentarer», Bernt og Overå (2019)

som innenfor lov eller forskriftsbestemte rammer klart definerer ansvar og myndighet til administrativ leder (kommunedirektør) og eventuelt underliggende instanser.

På bakgrunn av overstående gjennomgang av relevante kilder utleder vi følgende revisjonskriterier for problemstilling 4 at Målselv kommune ved kommunedirektør:

- må påse at forslag til budsjett for PRO-tjenestene baserer seg på de inntekter og utgifter som kan forventes i budsjettåret.
- skal minst to ganger i året rapportere til kommunestyret om utviklingen i inntekter og utgifter, sammenholdt med årsbudsjettet. Kommunedirektøren må påse at rapporteringene bygger på relevant informasjon fra rammeområdet PRO-tjenestene.
- skal gi beskjed til kommunestyret dersom det oppstår endringer som forrykker budsjettbalansen eller som nødvendiggjør forskyvning av budsjettmessige rammer avdelingene imellom.
- skal ha utarbeidet økonomireglement.
- bør ha utarbeidet et delegasjonsreglement.

## 3 METODE, DATAMATERIALE OG AVGRENSING

### 3.1 Metode og datamateriale

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til gjeldende standard for forvaltningsrevisjon<sup>7</sup>.

Vi sendte oppstartsbrev til Målselv kommune v/kommunedirektør 29.03.2022. Målselv kommune oppnevnte kommunalsjef for helse- og omsorg Elin Aas som kontaktperson for denne forvaltningsrevisjonen. Vi avholdt oppstartsmøte 25.04.2022 på Målselv Helsetun. Fra kommunen møtte kommunalsjef for helse og omsorg - Elin Aas, enhetsleder for PRO Øvre – Trine Bøe, enhetsleder for PRO Nedre – Lena Kvernfold, Økonomisjef – Lene Lettrem, og Økonomikonsulent for helse og omsorg – Tone Thommesen.

Denne rapporten bygger på muntlig fra ovennevnte og skriftlig informasjon, i tillegg til resultater fra spørreundersøkelser<sup>8</sup> blant tjenestemottakere, pårørende og ansatte. Representanter fra kommunen har gitt revisor omvisning i lokalene på Målselv Helsetun.

Nedenfor redegjør vi nærmere for metode og det datamaterialet som ligger til grunn for vår besvarelse av de fire problemstillingene. Rapporten *Strukturell utredning helse- og omsorg i Målselv kommune* fra 2019 og kommunens oppfølging av denne, er relevant for besvarelse av flere av problemstillingene. Utredningen gjaldt fremtidig organisering og strukturell oppbygging og mulig innsparing innenfor helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Også kommuneplanens handlingsdel med budsjett og økonomiplan har relevans for både problemstilling om tjenestekvalitet og økonomistyring. Revisor har gjennomgått kommunestyrets saker i periode høsten 2019 til dags dato for eventuelle saker av relevans for denne forvaltningsrevisjonen. Undersøkelsene gjelder hovedsakelig PRO-tjenestene.

### 3.2 Problemstilling 1 – dokumenterte systemer for å sikre kvalitet

For å besvare problemstillingen om dokumenterte systemer for å sikre kvalitet i tjenestene i helse- og omsorg har revisor innhentet både overordnede planer gjeldende for hele kommunens helse- og omsorgstjeneste og dokumentasjon gjeldende for PRO-tjenestene samlet og for hver av tjenestene (PRO Øvre og PRO Nedre). Ovennevnte rapport *Strukturell utredning helse- og omsorg i Målselv kommune* har vært et sentralt styringsverktøy for tjenestene.

Øvrige sentrale overordnede dokumenter er *Kommunedelplan for helse og omsorg 2017-2029* og *Kompetanseplan for helse og omsorg Målselv kommune 2022 - 2024*. Videre har vi basert oss på overordnede dokumenter som «Kriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester» og «Driftsplan 2022-2026» for PRO-tjenesten.

I tillegg til mer overordnede styringsdokumenter, er rutinebeskrivelser og prosedyrer som omhandler mer konkret den virksomheten som er ved PRO-tjenestene relevant for besvarelse av problemstilling 1. Målselv kommune har anskaffet og tatt i bruk internkontrollsystemet Netpower Kvalitet<sup>9</sup>. Revisor fikk pålogging og tilgang til systemet. I dette systemet skal alle digitale rutiner i Målselv kommune registreres. Helse og Omsorg har en egen mappe i

<sup>7</sup> RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon fastsatt av NKRFs styre 12.08.2020 og gjort gjeldende som god kommunal revisjonsskikk for forvaltningsrevisjoner med oppstartsbrev sendt etter 30.09.2020

<sup>8</sup> For å gjennomføre spørreundersøkelser har vi benyttet verktøyet SurveyXact (<https://www.survey-xact.no/>)

<sup>9</sup> <https://netpower-kvalitet.no/>

strukturen, også hver enhet har en egen undermappe. PRO Institusjonsbaserte tjenester, PRO Hjemmebaserte tjenester, fellesmappe helse og omsorg, HMS og arbeidstid – helse og omsorg, lovverk – forskrift – veiledere, opplæring Visma Omsorg Profil og PRO Øvre er alle relevante undermapper for denne forvaltningsrevisjonen. Utover dette er det også en mappe som på overordnet nivå heter «Sektorovergripende» som inneholder delegering, sikkerhet og beredskap, internkontroll og kvalitet, økonomistyring med mer. Også på overordnet nivå er det en egen mappe for opplæring, personalhåndbok, lederhåndbok og HMS og arbeidsmiljø. Denne dokumentasjonen har revisor altså selv gjennomgått i kommunens system. Kommunen har i tillegg sendt oss en del dokumentasjon som ikke er arkivert elektronisk i dette systemet.

Målselv kommune har et kontaktutvalg<sup>10</sup> som skal gjennomføre møte med beboere, pårørende og deres tillitsvalgte. Rapport fra besøket fremlegges som politisk sak. I kommunestyrets møte 09.11.22 ble en rapport fra Kontaktutvalget fremlagt, og vi gjengir også noe informasjon fra denne for besvarelse av problemstilling 1.

I tillegg til skriftlige kilder er muntlige opplysninger fra enhetsledere i PRO Øvre og PRO Nedre lagt til grunn.

Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, skal sørge for etablering og gjennomføring av internkontroll. Den overordnede skal også sørge for at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette. Revisor har derfor for besvarelse av problemstilling 1 innhentet informasjon også fra ansatte i PRO-tjenestene gjennom spørreundersøkelse. Vi laget spørreundersøkelsen i programmet SurveyXact<sup>11</sup>. Vi fikk kontaktinformasjon fra kommunen, og totalt antall ansatte som mottok undersøkelsen var 109. De ansatte som mottok undersøkelsen, var både fast og deltidsansatte med aktive arbeidsforhold per 1.6.2022. Stillingsprosenten kan indikere tilknytningen til arbeidsplassen og kontinuiteten i arbeidet til den enkelte ansatte. Ansatte som arbeider i lav stillingsprosent, har like stort behov for gode systemer og god informasjonsflyt som de som arbeider i større stillingsprosent. På bakgrunn av det ønsket vi å sende undersøkelsen til så stor del av ansattgruppen som mulig.

Undersøkelsen ble sendt ut 17.10.2022 med to ukers svarfrist. Vi sendte påminnelser til de som ikke hadde besvart undersøkelsen i tre omganger; 24.10., 28.10. og 22.11.2022. I tillegg ga avdelingsledere i PRO Øvre og PRO Nedre påminnelser til de ansatte på vegne av oss. Vi fikk tilbakemelding om at det var noen ansatte som ikke hadde tilgang til eller kunne logge på den kommunale e-postkontoen som undersøkelsen var sendt til, og derfor var det viktig å påse at undersøkelsen var tilgjengelig lenge nok til dette var løst. Spørreundersøkelsen ble lukket for besvarelser 28.11.2022.

Av de 109 som mottok undersøkelsen var det 46 ansatte som ga svar, hvorav 44 ansatte besvarte hele spørreundersøkelsen og to ansatte som besvarte deler av undersøkelsen. Andelen som besvarte hele undersøkelsen, er 42 %. En svarprosent på 42 er ansett som relativt lav på en undersøkelse til ansatte i en tjeneste.

---

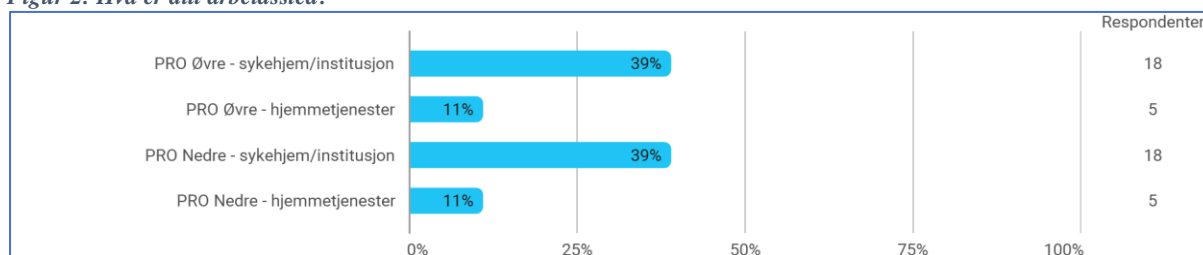
<sup>10</sup> Kontaktutvalget består av to medlemmer fra kommunestyret og en representant fra eldrerådet. Ihht «Retningslinjer for kontaktutvalget for MSAH, ØSO og Målselvtunet» vedtatt i Målselv kommunestyre 05.12.13, sak 119/2013 og revidert i Målselv kommunestyre 07.12.16, sak 114/2016, skal Kontaktutvalget for MSAH, ØSO og Målselvtunet se på de psykososiale og trivselsmessige forhold for beboerne ved MSAH, ØSO og Målselvtunet gjennom minst ett besøk på hver av institusjonene årlig. Alle representantene har vara. Nåværende kontaktutvalg arbeider ut ifra et mandat vedtatt av kommunestyret i sak 22/2022.

<sup>11</sup> [www.survey-xact.no](http://www.survey-xact.no)

Spørreundersøkelsen besto av 26 hovedspørsmål, hvor noen spørsmål hadde underspørsmål.

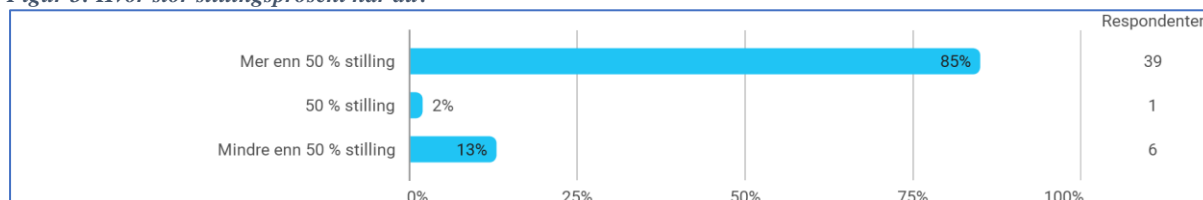
I figuren nedenfor ser vi hvordan svarene fordeler seg mellom de fire tjenestestedene.

Figur 2: Hva er ditt arbeidssted?



Fordelingen på arbeidssted var helt jevn mellom PRO Øvre og PRO Nedre, også innad i fordelingen mellom sykehjem/institusjon og hjemmetjenesten var det likt. Av de 46 ansatte som svarte på undersøkelsen oppga 39 å ha mer enn 50 % stilling, mens resterende hadde 50 % stilling eller mindre.

Figur 3: Hvor stor stillingsprosent har du?



Resultatene presenteres samlet, og ikke oppdelt per tjenestested i denne rapporten.

### 3.3 Problemstilling 2 – Opplevd brukerkvalitet

For å kartlegge hvordan brukere og pårørende opplever tjenestetilbudet har vi benyttet oss av spørreundersøkelser. Vi laget spørreundersøkelsen i programmet SurveyXact, og utarbeidet separate spørreundersøkelser for sykehjem og hjemmetjenester. Etter dialog med kommunen, ble det avgjort at spørreundersøkelse ikke skulle sendes direkte til sykehjemsbeboere. Spørreundersøkelsen som omhandlet opplevd kvalitet i sykehjemmene ble derfor distribuert til pårørende av sykehjemsbeboerne. Etter avtale med kommunen ble spørreundersøkelsen distribuert pr. SMS, da det var slik kontaktinformasjon kommunen hadde. Kommunen sendte først en SMS med informasjon om at vedkommende som pårørende av sykehjemsbeboer ville få tilsendt spørreundersøkelse på SMS fra KomRev NORD, og at denne var trygg å besvare.

Det var 54 pårørende som mottok undersøkelsen, hvor en av de ønsket å få den tilsendt på e-post, noe som ble ordnet av revisor. Av de 54 var det 35 som svarte på undersøkelsen og 19 som ikke svarte. Dette utgjør en svarprosent på 65.

Spørreundersøkelsen er satt sammen av spørsmål som revisor har brukt tidligere i sammenlignbare forvaltningsrevisjoner. Spørreundersøkelsen besto av 15 spørsmål, inkludert muligheter for å gi tilbakemelding i form av tekst, om selve undersøkelsen eller forhold de ønsket å formidle som ikke direkte ble spurt om i undersøkelsen. Flere respondenter gav kommentarer i spørreundersøkelsen.

Spørreundersøkelsen rettet mot opplevd kvalitet i hjemmetjenestene ble i samråd, og samarbeid med Målselv kommune distribuert ut på papir til tjenestemottakerne. Distribusjon ble utført av kommunens ansatte, og utvalget var begrenset til de som hadde tjenester fra kommunen i form av hjemmehjelp eller hjemmesykepleie minimum én gang per uke.

Revisor utarbeidet spørreundersøkelsen og sendte 100 eksemplarer til PRO Nedre og 35 eksemplarer til PRO Øvre for videre distribusjon til tjenestemottakerne via deres runder for å levere tjenester. Innsamling av de forseglede svarkonvoluttene sto også hjemmetjenesten for. Av de 28 besvarelsene som ble levert ut i PRO Øvre fikk revisor beskjed fra en mottaker at de ikke hadde ukentlige tjenester, og de skulle ikke mottatt den, utleverte spørreundersøkelser justeres dermed til 27. Av de 27 var det 19 som svarte, 18 fysisk i konvolutt og en digitalt. Dette utgjør en svarprosent på 70,3 for PRO Øvre.

I PRO Nedre fikk revisor også beskjed fra en mottaker at de ikke hadde ukentlige tjenester, og dermed tok ut en fra utvalget. Totalt utleverte undersøkelser i PRO Nedre var da 81 mottakere. Av 81 mottakere var det 46 konvolutter som ble returnert. To av disse inneholdt blank besvarelse og blir ikke talt med. Totalt besvarte undersøkelser i PRO Nedre var 44. Dette utgjør en svarprosent på 54,3 for PRO Nedre.

Samlet sett for både PRO Øvre og PRO Nedre var svarprosenten på 58,3.

De ansatte fra kommunen leverte ut undersøkelsen til tjenestemottaker da de var i hjemmet i den ene uken (uke 7), og tok de tilbake i forseglet konvolutt i påfølgende uke (uke 8). De returnerte undersøkelsene ble sendt i samlet forsendelse til revisor som registrerte svarene manuelt inn i SurveyXact.

### 3.4 Problemstilling 3 - Ressursbruksanalyse

KOSTRA står for Kommune-Stat-Rapportering. Alle landets kommuner skal rapportere data om sine tjenester til Statistisk Sentralbyrå (SSB) som sammenstiller disse og tilbyr styringsinformasjon til kommunene. Kommunene rapporterer til KOSTRA i henhold til en bestemt funksjonskontoplan, og det disse funksjonene det er naturlig å se på angående kommunens ressursbruk på tjenester til eldre.

- **Funksjon 234** *Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse*
- **Funksjon 253** *Helse og omsorgstjenester i institusjon*
- **Funksjon 254** *Helse og omsorgstjenester til hjemmeboende*
- **Funksjon 261** *Institusjonslokaler*

Nærmere beskrivelse av hva disse funksjonene omfatter er i rapportens vedlegg 1.

SSB har delt alle landets kommuner inn i såkalte KOSTRA-grupper etter tre variabler; folketall, frie inntekter og bundne kostnader. Målselv kommune tilhørte frem til og med 2019 KOSTRA-gruppe 11 (KG11), som besto av mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter. Det kom ny inndeling fra 2020 hvor Målselv kommune nå er i KOSTRA-gruppe 2 (KG2). I denne gruppe er det kommuner med 2 000 til 9 999 innbyggere, lave bundne kostnader og middels korrigerede inntekter. KOSTRA-tallene som presenteres i rapporten er for årene 2019, 2020, 2021 og 2022.

Vi sammenlikner Målselv kommune med gjennomsnittet for KG11/KG2 og landet utenom Oslo. Drøftingen og fremstillingen av KOSTRA-tallene dreier seg om Målselv kommunes og sammenligningsenhetenes prioritering av dekningsgrader samt produktivitet i hjemmetjenesten.

#### Prioriteringsindikatorerne

Prioriteringsindikatorerne skal si noe om hvor mye penger kommunen «velger» å bruke på de enkelte tjenesteområdene. En tjeneste kan sies å være høyt prioritert når en kommune bruker en relativt stor andel av sine ressurser på en bestemt tjeneste. I vurderingen av forskjeller i prioritering mellom ulike kommuner er det flere elementer som kan bidra til å forklare forskjeller:

- Kommunen kan ha et relativt høyt utgiftsbehov knyttet til tjenesten. Dette blir delvis korrigert for ved å se på utgifter per person i målgruppen. Men hvis målgruppen er heterogen (ulike målgrupper har ulike behov) blir ikke dette fanget opp fullt ut i KOSTRA.
- Kommunen kan ha prioritert en tjeneste høyt på bekostning av andre tjenester. For å få informasjon om dette kan det være interessant å se på hvor stor andel av utgiftene som går til ulike tjenester, eventuelt korrigert for utgiftsbehov. Det siste kan delvis avhjelpes ved å se på kommuner innenfor samme KOSTRA-gruppe.
- Kommunen kan ha relativt høye inntekter.

De tre ovennevnte punktene bidrar til at forskjeller i utgifter pr. tjeneste fra kommune til kommune ikke utelukkende kan tolkes som et resultat av prioriteringer eller valg på lokalt nivå.

#### Produktivitetsindikatorerne

Produktivitetsindikatorerne skal si noe om hva det koster å produsere en enhet av tjenesten, i dette tilfellet kostnad pr. bruker. Produktiviteten kan sies å være høy dersom ressursbruken er lav i forhold til produksjonen. Når produksjonen blir målt ved antall mottakere, blir det imidlertid ikke tatt hensyn til variasjoner i kvaliteten på tjenestene som brukerne mottar. Det blir heller ikke tatt hensyn til variasjoner i brukernes behov eller pleietyngde. Det kan derfor være flere tolkninger av hvorfor en kommune har høye utgifter per mottaker:

- Produktiviteten er lav, dvs. man får lite produksjon igjen i forhold til pengebruken.
- Kvaliteten er høy, dvs. at brukerne mottar relativt gode tjenester.
- Enhetskostnadene er høye, dvs. at det er relativt dyrt å produsere tjenester i den kommunen vi ser på, for eksempel pga. smådriftsulemper, lange reiseavstander eller et høyt lønnsnivå som skyldes mangel på arbeidskraft.

#### Dekningsgradsindikatorerne

En dekningsgrad måler andelen av målgruppen som er mottakere av en tjeneste, eksempelvis andelen innbyggere over 80 år som mottar hjemmetjenester. Når kommunene rapporterer til KOSTRA følges en funksjonskontoplan<sup>12</sup>, slik at rapporteringen skal bli lik i alle kommuner.

### 3.5 Problemstilling 4 - Økonomistyring

Problemstillingen om økonomistyring retter seg mot kommuneadministrasjonens arbeid med utarbeidelse av budsjett som forelegges kommunestyret. Undersøkelsen omhandler også

---

<sup>12</sup> Det gjøres endringer/oppdateringer av funksjonskontoplanen hvert år, slik at det kan være mindre endringer i hva som inngår i de ulike funksjonene fra år til år. Disse endringene er felles for alle kommunene.

administrasjonens oppfølging av vedtatte budsjett, herunder rapporteringer gjennom året. Undersøkelsen er avgrenset til å gjelde kommunens helse- og omsorg.

Problemstillingen om økonomistyring er besvart ved analyser av sentrale dokumenter som økonomiplan, årsbudsjetter, årsmeldinger og rapporteringer samt interne retningslinjer på økonomiområdet. Det skriftlige datamaterialet består av:

- Økonomireglement, vedtatt av kommunestyret 7.12.2016 i sak 114/16
- Delegasjon til rådmann i Målselv kommune, vedtatt av kommunestyret 2.12.2020
- Budsjettrundskriv for 2019 - 2023 budsjettet
- Årsberetninger
- Kommunedelplan for helse og omsorg
- Rapporteringer fra tjenestene
- Kommunedelplan for helse- og omsorg
- Kompetanseplan for helse- og omsorg
- Kommuneplanens handlingsdel med budsjett og økonomiplan

Muntlige opplysninger er innhentet på oppstartsmøte samt i intervju med økonomisjef.

I tillegg til ovennevnte baserer vi oss på informasjon fremkommet gjennom den løpende revisjonen og årsoppgjørsrevisjonen for Målselv kommune.

### 3.6 Gyldighet og pålitelighet

Med **gyldige** data menes at dataene som samles inn i undersøkelsen, skal utgjøre et relevant og tilstrekkelig grunnlag for å vurdere den reviderte virksomheten opp imot revisjonskriteriene og konkludere på problemstillingene. Revisor vurderer at det datamaterialet som er presentert som «revisors funn» i rapporten, oppfyller dette gyldighetskravet.

For problemstilling 1 gjelder dette fordi vi har innhentet informasjon fra flere kilder som overordnede planer og direkte fra det internkontrollsystemet som skal benyttes i tjenestene. Videre har vi benyttet informasjon fra ledere som har ansvar på området og ansatte som skal bruke internkontrollsystemet og medvirke i tjenestenes internkontrollarbeid. Svarprosenten på undersøkelsen blant de ansatte er lavere enn vi ønsket, men vi mener det er viktig å gjengi svarene fra de som besvarte undersøkelsen.

For problemstilling 3 oppfylles også gyldighetskravet ved at vi baserer våre beskrivelser på de sentrale dokumentene innenfor kommunens økonomiforvaltning samt har innhentet også muntlige opplysninger fra ansatte med roller i kommunens økonomiarbeid.

Vi har ikke grunn til å tro at det foreligger dokumentasjon som vi ikke har fått tilgang til. Administrasjonen har svart på våre spørsmål og har oversendt den dokumentasjonen som vi har etterspurt.

Med **pålitelige** data menes at dataene skal være mest mulig nøyaktige. Revisor har vurdert eventuelle feilkilder i det innsamlede datamaterialet. Vi har sammenlignet de ulike typene data med hverandre for å avdekke eventuelle motsetninger i opplysninger som fremkommer i dem. I tillegg har vi fremlagt datamaterialet for kommunen. Revisor har innarbeidet korrigeringer og supplerende opplysninger fra kommunen i rapporten.



Påliteligheten og gyldigheten i det presenterte datamaterialet er også på et overordnet nivå sikret gjennom KomRev NORDs interne kvalitetssikringssystem.

## 4 SYSTEMER FOR Å SIKRE TJENESTEKVALITET

Har Målselv kommune dokumenterte systemer som er egnet til å sikre etterlevelse av krav og målsetninger for kvaliteten i tjenestene innenfor pleie- og omsorg?

### Revisjonskriterier

#### Målselv kommune skal ha:

- et dokumentert styringssystem for tjenestene som ytes i pleie og omsorgstjenestene
- vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig i pleie og omsorgstjenestene og i hvilken grad dette skal dokumenteres
- planlagt sine aktiviteter i pleie og omsorgstjenestene i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.
- gjennomført sine aktiviteter i pleie og omsorgstjenestene i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.
- evaluert virksomhetens aktiviteter i pleie og omsorgstjenestene i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.
- korrigert virksomhetens aktiviteter i pleie og omsorgstjenestene i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

### 4.1 Innledning

Målselv kommune har *Kommunedelplan for helse og omsorg 2017-2029*. Denne var relativt ny på tidspunktet Målselv kommune igangsatte utredningsarbeid om fremtidige helse- og omsorgstjenester i kommunen. I RO-rapporten fra 2019 ble det gitt noen konkrete anbefalinger for PRO-tjenestene i kommunen. I kommunens handlingsplan fremlagt for kommunestyret 12.3.2020, i sak 25/20, var det laget oppgaver som skulle følges opp innen de tre områdene:

1. Omsorgsboliger
2. Strukturelle endringer
3. Forvaltning/saksbehandling/tildeling

Corona-pandemien påvirket arbeidet i henhold til bestemt framdriftsplan for mange av de innsatsområdene som var presentert i mars 2020. Dette ble rapportert om til kommunestyret 9.9.2020, i sak 63/20 og 10.2.2021, i sak 4/21. I sakene inngikk også informasjon om hvilke tiltak som var gjennomført. Det inngår informasjon om de strukturelle endringene som er gjort slik som for eksempel endringer av hvor tjenestetilbudene ytes og endringer i turnus. Det ble gjort endring iblant annet tildelingspraksis med ny felles tildeling av tjenester opprettet fra 1.1.2021.

Når det gjelder omsorgsboliger, er det flere egne saker i formannskapet og kommunestyret om dette. Kommunestyret fikk i møte 12.2.2020, i sak 11/20, sak om bygging og renovering av omsorgsboliger.

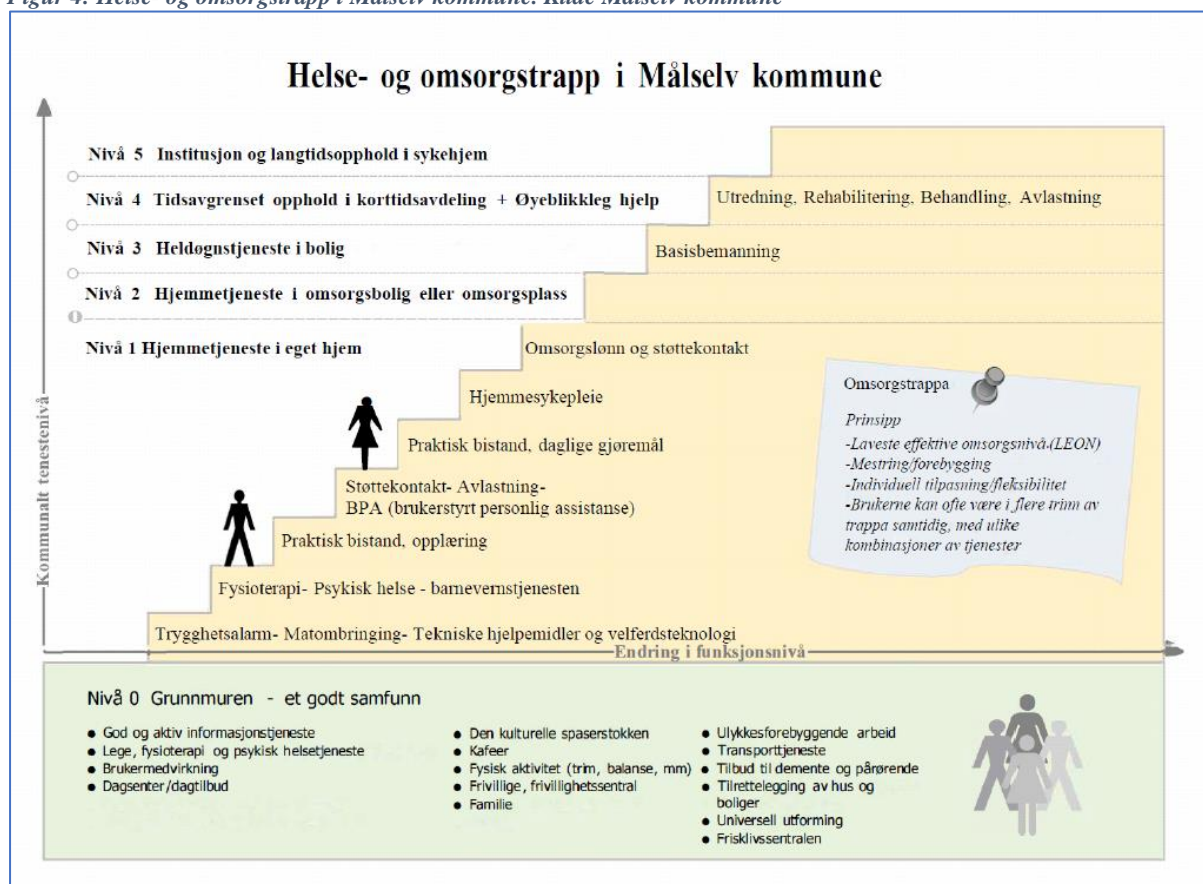
Ifølge kommunens planstrategi skal *Kommunedelplan for helse og omsorg 2017-2029* rulleres. Dette er i skrivende stund ikke gjort, men arbeidet er igangsatt. *Kompetanseplanen* for helse og omsorg er basert på behov som er kommet frem i arbeidet med kommunedelplanen for helse og omsorg, og kompetanseplanen er således forankret i den. Kompetanseplanen legger frem status for dagens kompetansesammensetning innen de forskjellige avdelingene i helse- og omsorgssektoren. Den angir også fremtidig behov for kompetanse frem til 2025.

Målselv kommune bruker *Netpower Kvalitet* som internkontrollsystem. Dette systemet har gradvis blitt innført i Målselv kommune siden høsten 2020. Netpower er tenkt brukt på områder som utarbeidelse av årshjul, utarbeidelse og revidering av rutiner, risikohåndtering og avviksbehandling. Systemet er bygd opp med en felles overordnet struktur for kommunen og for de enkelte tjenestene. I den delen som omhandler pleie og omsorg er rutinene og dokumentene systematisert i undermapper for hver enhet, med noen overordnede dokumenter i en fellesmappe.

Kommunen har i 2021 utarbeidet en *Håndbok for styring, kvalitet og internkontroll i Målselv kommune*. I dette dokumentet er det blant annet redegjort for visjoner, verdier og fokusområdet som kommunen skal arbeide for. De *etiske retningslinjene* som Målselv kommune har utarbeidet for sine ansatte er uttalt som viktige og at kommunen stiller strenge krav til sine medarbeideres oppreden og handlemåte.

Målselv kommunes tildeling av tjenester bygger på «LEON-prinsippet»; laveste effektive omsorgs nivå. Dette omhandler prinsippet om at helseutfordringer skal tas hånd om på mest mulig tilpasset tjenestenivå med fokus på ressursutnyttelse. Det er utarbeidet et verktøy - «Helse - og omsorgstrappen» - som skal beskrive de ulike nivåene av tjenestetilbudene. Verktøyet brukes i tildelingsprosessen knyttet til tjenester for å bidra til at tjenestemottaker får riktig nivå på tjenestene. I kommunedelplanen er Målselv kommunes helse- og omsorgstrapp redegjort for og gjengitt under her.

Figur 4: Helse- og omsorgstrapp i Målselv kommune. Kilde Målselv kommune



I det videre er revisors funn fra undersøkelser ved de to enhetene PRO Øvre og PRO Nedre knyttet til dokumentert styringssystem for å sikre tjenestekvalitet. Fremstillingen er delt inn

etter de overordnede forpliktelsene etter forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring; planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende. PRO-tjenestene har en driftsplan for perioden 2022-2026. Dette er en virksomhetsplan, og det står i den at virksomhetsplanen skal gi et helhetlig bilde av helsetjenestene som gis i Pleie, Rehabilitering og Omsorg, og skal være styrende for enhetene i PRO, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Det står at planen er utarbeidet på bakgrunn av enhetens visjon og målsetting og skal gjenspeile tjenestenes fokus og satsingsområder.

## 4.2 Planlegging

### **Mål, oppgaver og organisering**

I Målselv kommunes *Kommunedelplan for helse og omsorg* for perioden 2017 – 2029 fremkommer hovedmålet for helse og omsorg:

*Målselv kommune har som mål å forebygge mer, diagnostisere og behandle tidligere. Helse- og omsorgstjenestene i Målselv vil gjøre dette ved å samhandle tverrfaglig og tilrettelegge for at den enkelte innbygger skal kunne utnytte og ivareta egne ressurser på en best mulig måte.*

Det er formulert en rekke delmål som omfatter de enkelte tjenestene innenfor helse og omsorg. Det er også formulert delmål knyttet til tjenestekvaliteten, samt kompetanse hos de ansatte og andre sosiale aspekter av pleie og omsorgs tjenestebredde. Det er laget oversikt over hvilke personer som er i målgruppen for korttidsplass og for langtidsplass ved sykehjemstjenestene.

I driftsplanen for PRO-tjenestene blir de ulike tjenestetilbudene presentert. I driftsplanen er det utarbeidet noen målsetninger for sykehjemstjenestene som er:

- *Gi god og riktig behandling, helse og omsorg tilpasset individuelle behov*
- *Møte pasient og pårørende med respekt for den enkeltes liv og livsverdier*
- *Bidra til å fremme livskvalitet hos pasient og pårørende*
- *Pasient og pårørende skal oppleve trygghet og kvalitet i tjenesten*
- *Møte alvorlig syke og døende og deres pårørende med god lindrende behandling og omsorg.*
- *Være en avdeling der faglig og personlig utvikling står i fokus.*
- *Være en ressursbase for kommunen*

Kommunen har ikke i driftsplanen satt overordnede mål for hjemmetjenestene på tilsvarende måte som for sykehjemmene.

Målselv kommune ved institusjonstjenestene i PRO Øvre og PRO Nedre har en rutine som beskriver hva slags tjenester som skal være tilgjengelig for beboerne ved sykehjemmene i kommunen. Denne rutinen heter «*Tjenester som beboere får dekket under sykehjemsopphold.*» Rutinen lister opp både hva som dekkes og hva som typisk ikke inngår i tjenestene eller av egenbetalingen.

I internkontrollsystemet Netpower er det lagt inn noen rutiner og prosedyrer som er felles for sykehjemstjenester og hjemmetjenester. Her inngår blant annet beskrivelser av møtестruktur og stillingsbeskrivelser. Mappen i systemet som heter PRO Institusjonsbaserte tjenester gjelder sykehjem i både PRO Øvre og PRO Nedre. Tilsvarende er det for hjemmetjenester; at det er en felles mappe for hjemmetjenestene ved PRO Øvre og PRO Nedre.

Det finnes egne rutiner rettet mot beboerne, som rutiner for eksempel om mat og måltid, stell, legevisitt, medikamenter, smittevern/hygiene, klesvask samt rutiner ved dødsfall. Det er også en egen rutine som gjelder bruk av tvang om det er nødvendig for å få utført viktige oppgaver for pasientvelferd eller sikkerhet.

Ved både PRO Nedre og PRO Øvre er det ledere og ansatte med ulike stillinger og dermed ulikt ansvar og oppgaver. Det varierer blant de ansatte hvilken stillingsprosent de har. I dokumentasjonen som vi har fått tilsendt inngår stillingsbeskrivelser innenfor PRO Øvre og PRO Nedre for assistenter, hjelpepleier/helsefagarbeider/omsorgsarbeider, samt sykepleier. Det er også stillingsbeskrivelser for avdelingsleder.

I driftsplanen for PRO er det informasjon om ulike tiltak som skal gjennomføres, hvem som er ansvarlige for disse og hyppigheten;

Tabell 3: Fra driftsplan for PRO tjenestene (2021)

<b>Tiltak</b>	<b>Ansvarlig</b>	<b>Hyppighet</b>
Avdelingsledermøter	Enhetsledere	Annenhver uke
Kvalitetssystem NetPower -Avviksregistrering -Rutinebeskrivelser	Enhetsledere Avdelingsledere Alle ansatte	Rutiner revideres minst årlig
Internundervisning Fagdager	Avdelingsledere Ansatte	Månedlig Årlig
Ekstern undervisning etter kompetanseplan	Enhetsledere Avdelingsledere	2 ganger i året
Oppfølging av sykmeldte i hht retningslinjer	Ansatte Avdelingsleder Enhetsleder Personalavdelingen	Kontinuerlig
Kompetanseplan	Avdelingsledere Enhetsledere	Årlig
Introduksjonsprogram for nytilsatte	Avdelingsledere Enhetsledere	Kontinuerlig
Møter med tillitsvalgte og verneombud Kvalitet- og arbeidsmiljøutvalg	Enhetsledere	Hver 4-6.uke
Vernerunder	Enhetsleder Avdelingsleder Verneombud	Årlig
Medarbeiderundersøkelsen 10- faktor	Enhetsledere Avdelingsledere	Hvert 2. år
Personalmøter	Avdelingsledere	Månedlige
Sosiale tiltak	Ansatte Avdelingsledere Verneombud Enhetsleder	Årlig
Trivselstiltak	Ansatte Avdelingsleder	Avdelingsvis sporadisk
Kollegaveiledning	Ansatte Avdelingsledere Enhetsleder	Rutinemessig: Hver 2. måned Etter behov (debrief)

Revisor har også fått oversendt delegasjoner knyttet til legemiddelhåndtering for sykepleiere og assistenter. Kursbevis for gjennomført kurs i legemiddelhåndtering er også mottatt.

### ***Informasjon og kunnskap for planlegging og gjennomføring av oppgaver***

Gjennom kommunens kommunedelplan for helse og omsorg og RO-rapporten om helse- og omsorgstjenestene i kommunen er det kartlagt både dagens behov og fremtidig behov som kommunen må løse. Dette har medført flere strukturelle endringer i hvor og hvordan tjenestene ytes. Når det gjelder behovene til de som søker pleie- og omsorgstjenester, kartlegges dette gjennom en felles tildelingstjeneste.

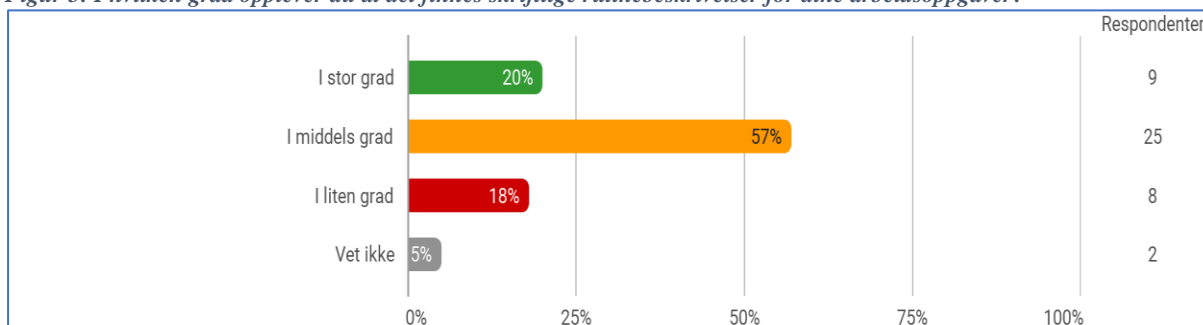
Kommunens driftsplan for PRO-tjenestene viser til kommunens utfordring som er flere eldre og færre unge og at det er utfordringer med å få rekruttert tilstrekkelig kompetanse. Det står også at noen deler av kommunen ikke har fibernett, og at det byr på utfordringer som har betydning for å kunne benytte seg av velferdsteknologiske løsninger i disse områdene.

### ***Relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten***

I driftsplanen for PRO-tjenestene er det angitt hvilket regelverk tjenestene er underlagt samt kommunens eget planverk. I internkontrollsystemet Netpower er en mappe som inneholder lovverk, forskrifter og veiledere. De ansatte i helse og omsorg har tilgang til Visma Veilederen<sup>13</sup> hvor fag-kurs ligger tilgjengelig for gjennomføring. De har også tilgang til VAR<sup>14</sup> for oppslag mot faglige rutiner når det er behov for det. VAR er et system hvor de kan slå opp i pleierutiner. Dette systemet er tilgjengelig på flere plattformer, både mobile og stasjonære (PC). Ved å bruke dette systemet vil de ansatte til enhver tid forholde seg til rutiner som er oppdaterte og standardiserte for slike tjenester.

Skriftlige rutinebeskrivelser kan sikre at en oppgave gjøres på lik måte uavhengig av hvem som utfører den og kan redusere risikoen for svikt. Gjennom spørreundersøkelsen til de ansatte har vi kartlagt i hvilken grad de ansatte opplever at det finnes skriftlige rutiner for de arbeidsoppgavene de har.

Figur 5: I hvilken grad opplever du at det finnes skriftlige rutinebeskrivelser for dine arbeidsoppgaver?



Svarfordelingen, der det klare flertallet svarte i middels grad og i liten grad, kan tilsi at det er flere oppgaver som utføres og som det ikke finnes skriftlige rutinebeskrivelser for. Resultatene sier ikke noe om de ansatte opplever omfanget av skriftlige rutinebeskrivelser tilstrekkelig eller ikke.

<sup>13</sup> <https://www.visma.no/veilederen/helse-omsorg/>

<sup>14</sup> <https://www.varhealthcare.no/>

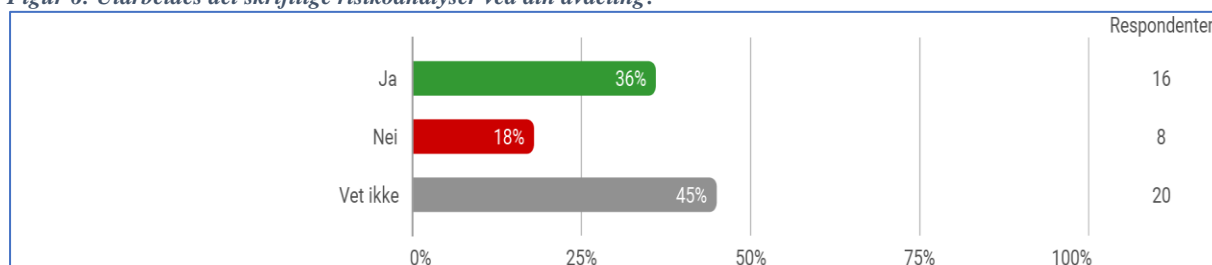
### ***Oversikt over områder med risiko for svikt eller mangel og minimering av risiko i fremtiden***

Det inngår ikke informasjon i de overordnede dokumentene som revisor er forelagt om hvilket system kommunen eventuelt har for å gjøre risikovurderinger i PRO-tjenestene.

Revisor er forelagt et skjema forkartlegging og risikovurdering tilknyttet pasienter/beboere ved sykehjemmet. Her kartlegges det opp imot kvalitetsforskriften og de oppgaver og innhold som skal være i institusjonstjenester. Punktene som inngår i listen er kvalitet/forsvarlighet, ernæringsoppfølging, responstid fra de har bedt om assistanse via ringesystemet, toalettbesøk ved behov, stå opp ved ønsket tid, medisinerings til rett tid, fallrisiko samt om beboere er alene store deler av dagen. Revisor har ikke fått tilsvarende dokument eller andre dokumenter for gjennomføring av risikoanalyser ved hjemmetjenestene.

Vi spurte de ansatte om de er kjent med om det utarbeides skriftlige risikoanalyser ved avdelingen de arbeider på.

Figur 6: Utarbeides det skriftlige risikoanalyser ved din avdeling?



De 44 som svarte på spørsmålet har ulik kunnskap om det utarbeides skriftlige risikoanalyser. Respondentene som svarte vet ikke, arbeider ved alle tjenestestedene.

Revisor er ikke forelagt andre risikovurderinger for tjenestene.

### ***Oversikt over de ansattes kompetanse***

Revisor har fått oversikt over de ansatte i helse- og omsorg, med deres stillingstittel og stillingsbrøk. I tjenestene er det sykepleiere, hjelpepleiere, assistenter, fagarbeidere, miljøterapeuter, vernepleiere, spesialhjelpepleier, ledere og sekretærer.

I driftsplanen for PRO-tjenestene fra 2021 redegjøres det for at det skal være månedlige internundervisninger, årlige fagdager, eksternt undervisning etter kompetanseplan to ganger per år. Det er utarbeidet et introduksjonsprogram for nyansatte som er kontinuerlig, samt at det skal være årlig gjennomgang av kompetanseplanen.

Kompetanseplanen er gjeldende for perioden 2022 – 2024. I planen vises det at som følge av samhandlingsreformen har kommunene fått en viktigere rolle for å sørge for nødvendig helse og omsorgstjenester til befolkningen. I tillegg til faglig og teknologisk utvikling, samt demografiske endringer har kommunen fått et nytt utfordringsbilde som krever styrket kompetanse. I kompetanseplanen er det gjort kartlegginger av hvilken kompetanse kommunen kommer til å trenge innenfor helse- og omsorgssektoren de kommende årene.

### ***Oversikt over avvik og andre uønskede hendelser***

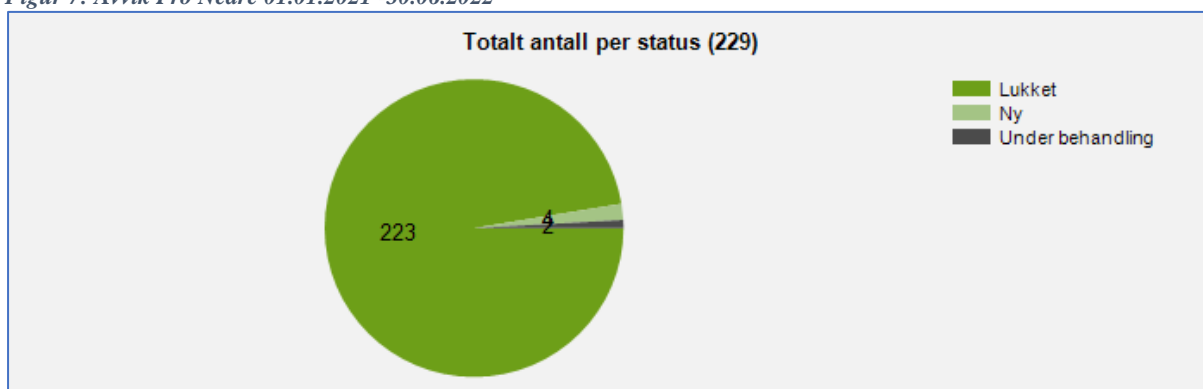
Melding av avvik er en sentral prosedyre i arbeidet med å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen. På området for avviksregistrering- og håndtering har revisor fått oversendt to skriftlige rutinedokumenter.

Avvik registreres inn i Netpower og det er mulig å registrere avvik innenfor følgende kategorier:

- Tjenesteproduksjon
- Informasjon/kommunikasjon
- Vold og trusler
- Arbeidsmiljø (HMS)
- Samhandlingsarbeid
- Ulykke, skade
- Vold og Trusler (HMS)
- Ytre miljø (HMS)
- Nesten-uhell
- Ulykke, skade (HMS)
- Materiell / utstyr
- Forslagskasse
- Nesten-uhell (HMS)

Revisor har hatt tilgang til avviksmodulen i Netpower og tatt ut rapporter på avvik for perioden 01.01.2021 – 30.06.2022. Ved PRO Nedre var det registrert 229 avvik. Nesten samtlige av avvikene var på tidspunktet vi hadde tilgang i systemet, lukket.

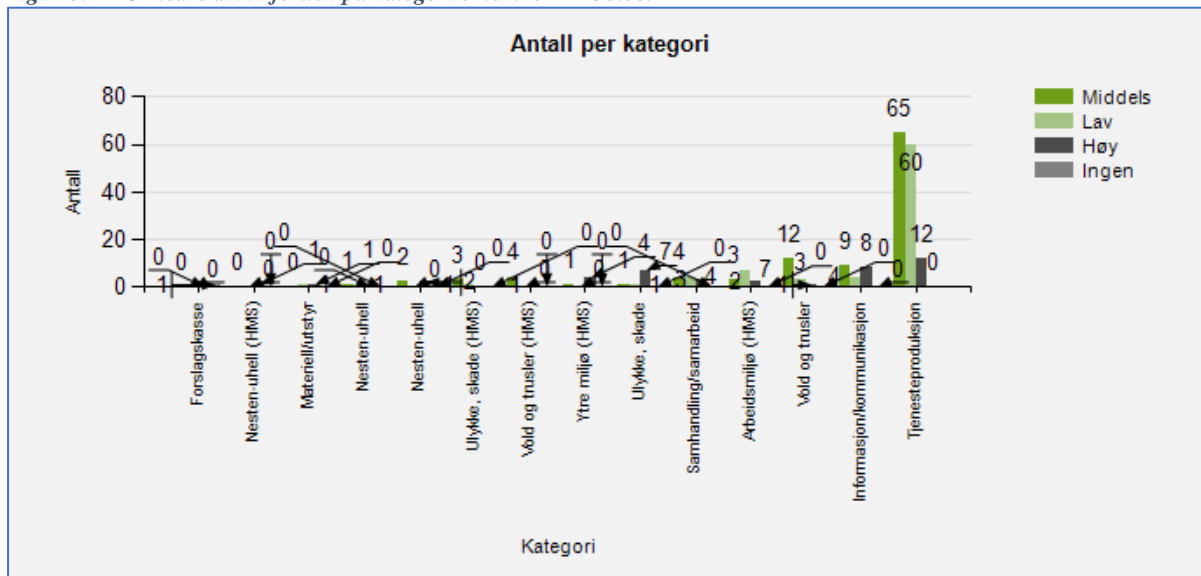
Figur 7: Avvik Pro Nedre 01.01.2021 -30.06.2022



I figuren nedenfor er oversikt over tema for avvik. Hovedvekten av innmeldte avvik knyttet seg til tjenesteproduksjon.

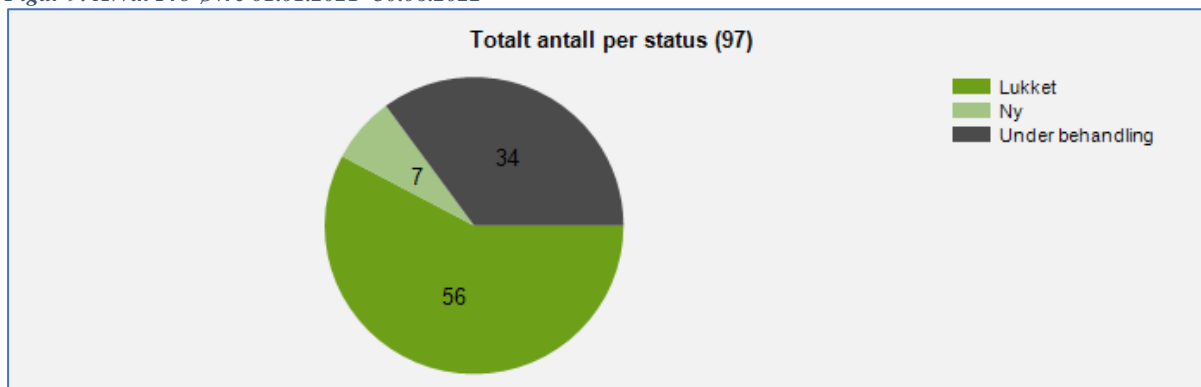


Figur 8: PRO Nedre avvik fordelt på kategori 01.01.2021 – 30.06.21

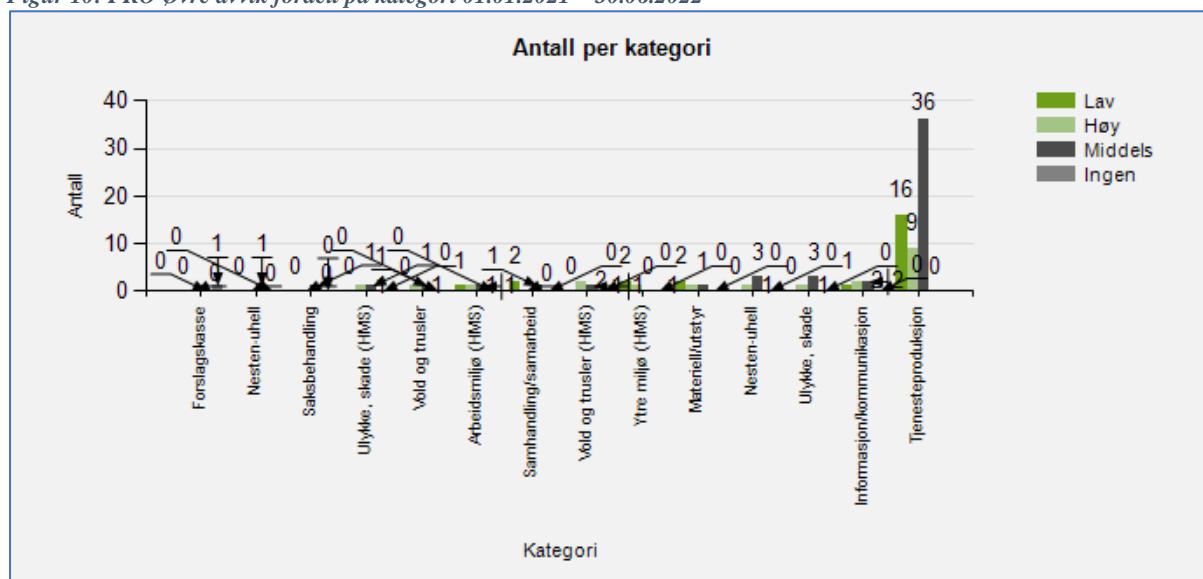


Ved PRO Øvre er det registrert 97 avvik i perioden 1.1.2021-30.6.2022. De områder som har høyest konsentrasjon av meldte avvik er tjenesteproduksjon, vold og trusler, informasjon/kommunikasjon samt ulykke/skade. Da vi undersøkte omfanget av avvik, var det en del avvik som fortsatt var under behandling.

Figur 9: Avvik Pro Øvre 01.01.2021 -30.06.2022



Figur 10: PRO Øvre avvik fordelt på kategori 01.01.2021 – 30.06.2022



Revisor har blitt informert om at alle ansatte har fått opplæring i bruk av avvikssystemet. De hadde en god avvikskultur før de byttet systemleverandør til Netpower, har revisor fått opplyst. Som følge av byttet gikk bruken noe ned, før den nå har tatt seg opp igjen etter en ny runde med opplæring.

#### 4.3 Gjennomføre

**Gjøre virksomhetens oppgaver, organisering og planer kjent for de ansatte og sørge for at de gjennomføres**

Formålene til driftsplanen for PRO-tjenestene er å:

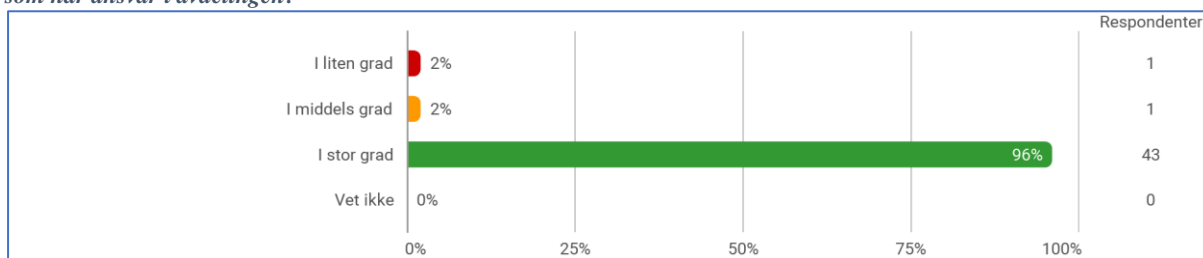
- vise hvordan Målselv kommune organiserer disse helsetjenestene til i tråd med lovverk og sentrale føringer
- være et styringsverktøy for ledere på ulike nivå
- beskrive enhetens hovedfokus i planperioden, samt påpeke utfordringer knyttet til måloppnåelse
- gi ansatte, samarbeidspartnere og brukere innsyn i de ulike tjenestene

Når det gjelder informasjon og kunnskap for gjennomføring av oppgaver ved PRO Øvre og PRO Nedre, har vi ansett det relevant å innhente informasjon fra de ansatte. Ansatte må kjenne til sin stillings formål, ansvar og oppgaver herunder hvilke krav arbeidsgiver dermed stiller til den ansatte. Vi har derfor i spørreundersøkelse til ansatte kartlagt hvorvidt ansatte kjenner til om det finnes stillingsbeskrivelser for sin stilling.

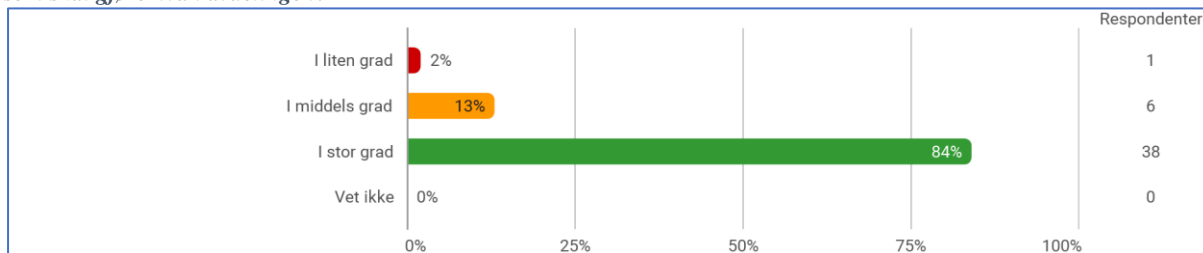
Det var 32 av 45 ansatte som svarte *ja* på spørsmålet om det finnes stillingsbeskrivelse for stillingen de innehar. To ansatte svarte *nei*, mens 11 ansatte svarte at de *ikke vet* om det finnes stillingsbeskrivelse. Svarfordelingen kan tilsa at informasjon om stillingsbeskrivelser ikke fullt ut er godt nok ivaretatt.

I spørreundersøkelsen til de ansatte i avdelingene hadde vi formulert flere spørsmål og påstander knyttet til kjennskap til ansvars- og oppgavefordelingen. Spørsmålene/påstandene med tilhørende resultater er presentert i figurene 6 til 9 nedenfor.

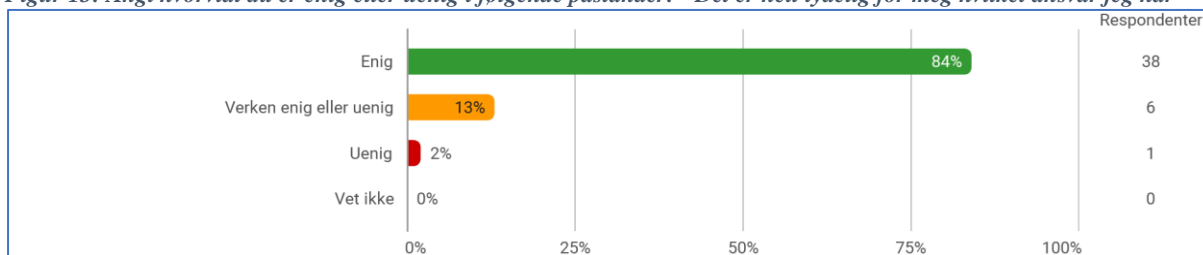
Figur 11: I hvilken grad opplever du å være kjent med følgende innenfor din avdeling: - Ansvarsfordelingen - vet du hvem som har ansvar i avdelingen?



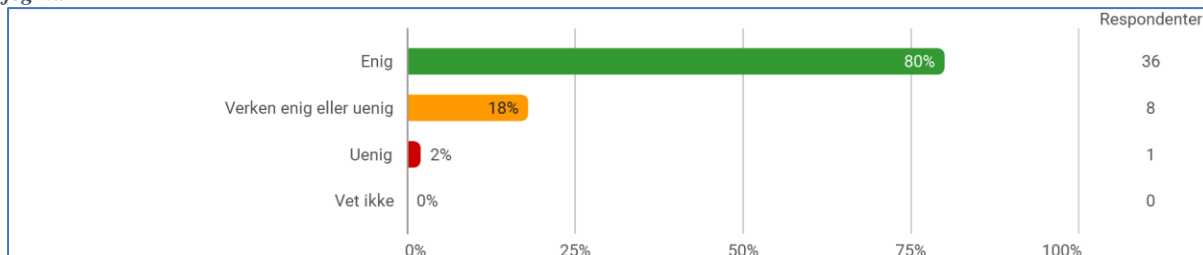
Figur 12: I hvilken grad opplever du å være kjent med følgende innenfor din avdeling: - Oppgavefordelingen - vet du hvem som skal gjøre hva i avdelingen?



Figur 13: Angi hvorvidt du er enig eller uenig i følgende påstander: - Det er helt tydelig for meg hvilket ansvar jeg har



Figur 14: Angi hvorvidt du er enig eller uenig i følgende påstander: - Det er helt tydelig for meg hvilke arbeidsoppgaver jeg har



Som det fremkommer opplever det store flertallet av de ansatte som svarte på spørsmålet i stor grad å vite hvem som har ansvar i avdelingen og hvem som skal gjøre hva. Flertallet er også enig i påstanden om at det er tydelig hvilket ansvar vedkommende har. Svarfordelingen indikerer at ledelsen påser at ansatte har informasjon om ansvar- og oppgavefordelingen i avdelingen.

Revisor har fått opplyst at det gjennomføres personalmøter regelmessig og dette er dokumentert gjennom referater. Innholdet i møtene varierer, og vi finner at saker har vært blant annet turnusplanlegging, arbeidsmiljø, rutiner, avviksregistrering og opplæring.

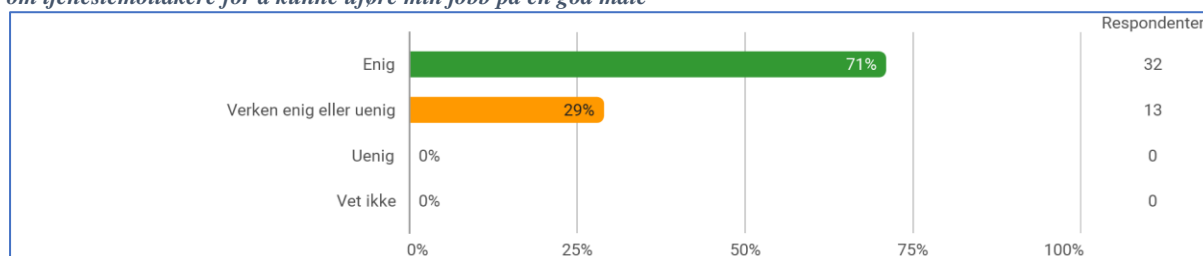
Det er månedlige internkontrollmøter hvor det også er ulike tema. Disse møtene har omhandlet blant annet vernerunder, brannvern, sykefravær, avviksmeldinger, bruk overtid, bekymringsmeldinger med mer.

Det er også månedlige enhetsledermøter i helse og omsorg. I disse møtene er det faste temaer som sykefravær, økonomi, utviklingsprosjekt og generell drift. Det skrives referat fra både ledermøter og internkontrollmøtene.

Revisor har også fått referater fra pleiemøter som omhandler både gjennomgang av rutiner, faglige tilnærminger og opplæringer knyttet til den regelmessige pleien av tjenestemottakerne.

Å gi riktige tjenester til riktig tid, og i riktig omfang forutsetter kjennskap også til den enkelte tjenestemottakers behov. Vi spurte de ansatte om de opplever å ha tilstrekkelig tilgang til opplysninger om tjenestemottaker.

*Figur 15: Angi hvorvidt du er enig eller uenig i følgende påstander: - Jeg opplever å ha tilstrekkelig tilgang til opplysninger om tjenestemottakere for å kunne utføre min jobb på en god måte*



Av de spurte svarte 45 ansatte på spørsmålet. Av disse svarte 32 at de opplever å ha tilstrekkelige opplysninger om tjenestemottaker for å kunne gjøre sin jobb på en god måte. Tretten av de som svarte opplyste at de var verken enig eller uenig i påstanden. Dette indikerer at det er ikke alle de ansatte som har svart som opplever at de har tilstrekkelig tilgang til opplysninger om tjenestemottakere.

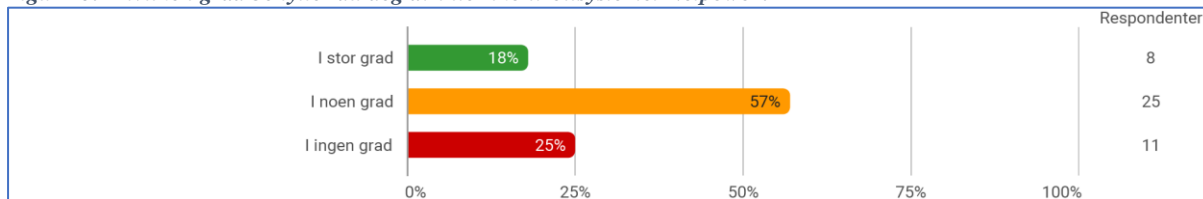
### ***Nødvendig kunnskap og kompetanse hos medarbeidere***

Revisor er informert om at de ansatte i Målselv kommune må inn i Netpower og gjennomføre leselister. Dette er en oversikt over rutiner og dokumenter som ledelsen har bestemt at de ansatte skal gå gjennom. Rutinene gjennomgås enten en gang i opplæringsøyemed eller regelmessig f.eks. hvert år av repetisjonshensyn. Revisor har med sin tilgang til Netpower ikke funnet at det er egne leselister for helse og omsorg. I Netpower er det lagt inn en del rutinebeskrivelser og prosedyrer for særskilte aktiviteter eller oppgaver. Det er for eksempel rutiner for mottak av ny pasient, legevisitt, medikamenthåndtering, bestilling av medisiner, smittevern og rutiner for dødsfall.

Nye ansatte må gjennom et opplæringsløp, det er et eget løp for PRO Øvre og et for PRO Nedre. Revisor har fått tilsendt sjekklister for hva sykepleiere, vernepleiere, assistenter og helsearbeidere skal gå gjennom knyttet til opplæring. Sjekklister gjelder både fagsystemet Profil, rutiner knyttet til daglig drift, samt laboratorium.

I spørreundersøkelsen til de ansatte inngikk det spørsmål om bruk av internkontrollsystemet Netpower. Som det fremkommer i figuren nedenfor er det ikke alle ansatte som svarte på undersøkelsen som benytter internkontrollsystemet.

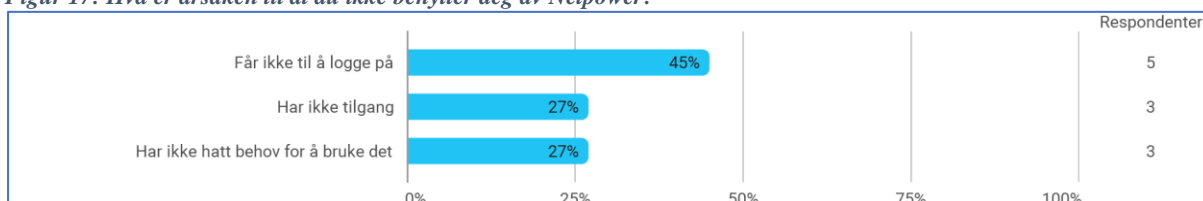
Figur 16: I hvilken grad benytter du deg av internkontrollsystemet Netpower?



Resultatet kan tilsa at internkontrollsystemet ikke er fullt ut implementert i pleie- og omsorgstjenestene i Målselv kommune.

De som på det foregående spørsmålet svarte at de i liten grad bruker Netpower, fikk et oppfølgingsspørsmål om hvorfor de ikke benyttet Netpower og vi oppstilte noen svaralternativer.

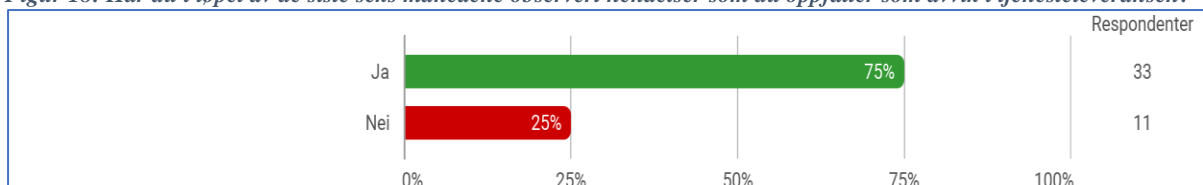
Figur 17: Hva er årsaken til at du ikke benytter deg av Netpower?



Fem av de elleve opplyste at årsaken er at de ikke får til å logge på, tre av elleve har ikke hatt behov for å bruke det, mens tre av elleve også sier de ikke har tilgang til Netpower.

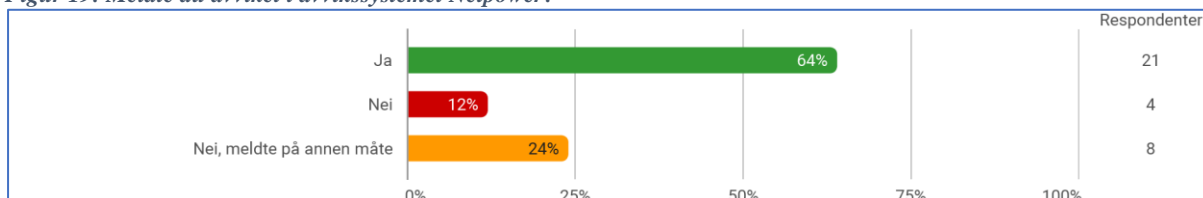
Vi spurte ansatte om de i løpet av de siste seks månedene forut for denne spørreundersøkelsen hadde observert hendelser som de oppfattet som avvik i tjenesteleveransen. Av de 44 som svarte på spørsmålet, var det 33 som svarte *ja* og 11 svarte *nei*.

Figur 18: Har du i løpet av de siste seks månedene observert hendelser som du oppfatter som avvik i tjenesteleveransen?



Avvik skal ifølge kommunen registreres i Netpower. Ansatte som i spørreskjemaet fra oss krysset av for at de hadde observert hendelse som de regnet som avvik, fikk spørsmål om de hadde meldt avviket i Netpower.

Figur 19: Meldte du avviket i avvikssystemet Netpower?

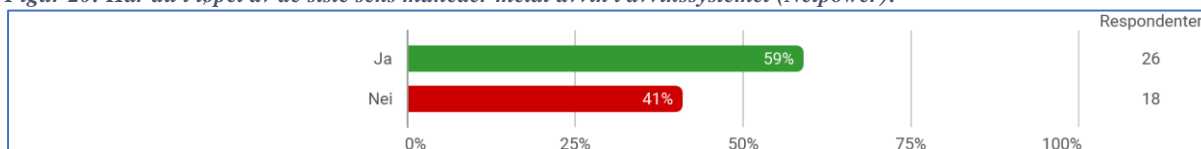


Av de 33 som hadde observert hendelser som de oppfattet som avvik meldte 21 dette i Netpower, fire meldte ikke avviket i det hele tatt, og de resterende åtte meldte avviket på en annen måte. Dette indikerer at rutiner for å melde avvik i tjenestene ikke følges konsekvent,

samtidig har det klare flertallet opplyst at de har meldt videre. Dette tilsier at det er en kultur for å melde avvik i organisasjonen.

Videre om Netpower spurte vi alle de ansatte om de i de siste seks måneder har meldt avvik i Netpower, sammenstillingen av svar er i figuren under.

Figur 20: Har du i løpet av de siste seks måneder meldt avvik i avvikssystemet (Netpower)?



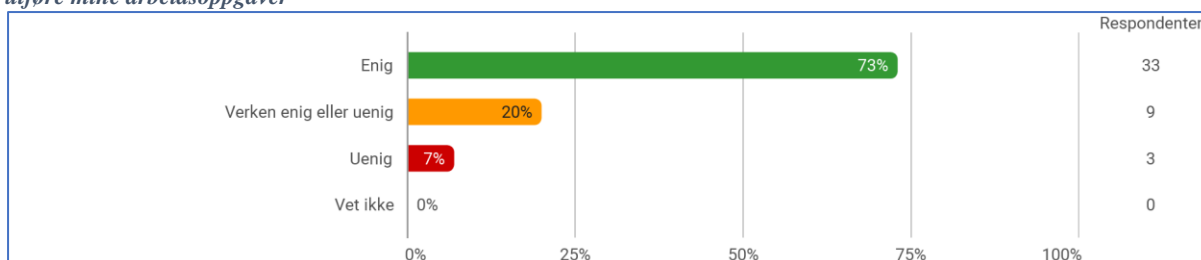
Flertallet av de 44 som har svart på dette spørsmålet har opplyst at de har meldt avvik i Netpower de siste seks måneder. Vi stilte dette spørsmålet for å fange opp om bruken av avvikssystemet de siste seks månedene.

Medarbeidere i helse og omsorg i Målselv kommune kan benytte seg av kursene i veilederen.no som Målselv kommune har avtale med. Gjennom dette systemet kan ansatte ved sykehjemmene og hjemmetjenestene gjennomføre kurs og opplæringsaktiviteter som er satt sammen av Målselv kommune for den konkrete målgruppen, eller som er utviklet og tilgjengeliggjort i løsningen.

De tre vikarbyråene som kommunen har knyttet til seg gjennom rammeavtale klarer ikke alltid å skaffe ansatte ved behov. For å løse noen av utfordringene i helse og omsorg knyttet til personale brukes kompetanse på tvers av avdelinger, dette løses i kompetansemøter. Revisor har fått beskrevet at det er særlig på natt de har utfordringer med å skaffe kompetanse.

I spørreundersøkelsen inngikk spørsmål til de ansatte om kompetanse og opplæring. Som det fremkommer i figuren nedenfor, var flertallet av respondentene enige i vår påstand om at vedkommende opplever å ha tilstrekkelig kompetanse til å utføre oppgavene sine.

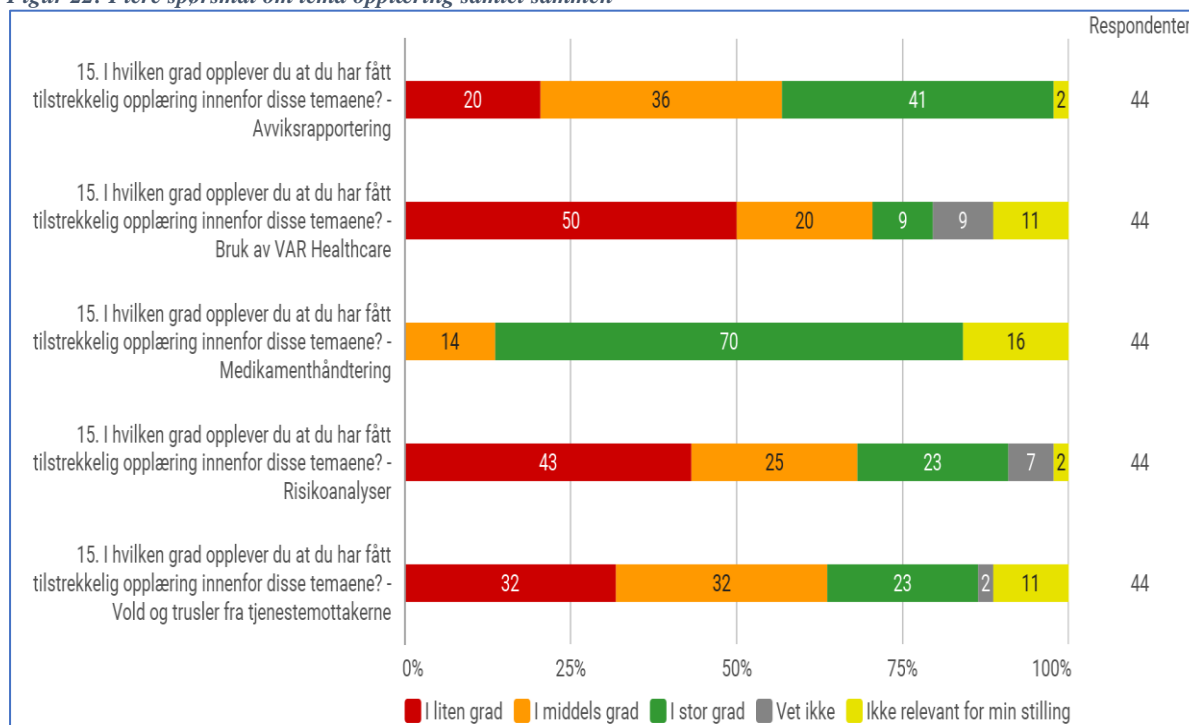
Figur 21: Angi hvorvidt du er enig eller uenig i følgende påstander: - Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig kompetanse til å utføre mine arbeidsoppgaver



Resultatet gir indikasjon på at ledelsen påser at ansatte får informasjon de trenger for å gjøre oppgavene de har. Vi ser også en andel svar på *verken enig eller uenig* og *uenig* som kan tilsi at det likevel kan være et behov for opplæring blant ansatte i tjenestene.

Vi spurte de ansatte om i hvilken grad de opplever at de har fått tilstrekkelig opplæring innenfor tema som avviksrapporing, bruk av VAR Healthcare, medikamenthåndtering, risikoanalyser og vold og trusler fra tjenestemottakere.

Figur 22: Flere spørsmål om tema opplæring samlet sammen



Svarene tilsier at opplæring har vært gitt, men svarene kan indikere at ikke alle har fått all den opplæringen som de selv opplever å ha bruk for. VAR Healthcare er system som kommunen selv har tatt i bruk og det er i dette systemet faglige rutiner skal være tilgjengelig. Vi ser på resultatene at en stor andel opplever i liten grad å ha fått opplæring i dette systemet. Når det gjelder medikamenthåndtering, tilsier resultatene at det er system for opplæring i dette.

### ***Utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen***

Vi har gjennomgått de rutiner som lå tilgjengelig i systemet per 01.07.2022 for både PRO Øvre, PRO Nedre og felles dokumenter som foreligger. Det er en samling dokumenter som omhandler både HMS-rutiner og faglige rutiner som hygienerutiner, rutiner ved dødsfall, legemiddelhåndteringsrutine, sjekklister ved hjemmebesøk, informasjon til ny beboer ved sykehjemmene og, diverse rutiner knyttet til brann og evakuering, samt andre HMS-rutiner.

Revisor har ikke blitt forelagt dokumenter som redegjør for kommunens vurderinger av hvilke rutiner som er nødvendig å ha lokalt. I kommunens driftsplan for PRO-tjenesten fremkommer det at rutiner i internkontrollsystemet Netpower skal revideres minst årlig.

### ***Medvirkning fra virksomhetens medarbeidere***

Driftsplanen for PRO-tjenestene inneholder informasjon om hvilke møter som skal avholdes, ansvarlige og tidspunkter for disse. Det skal være avdelingsmøter og personalmøter hvor det skrives sakslister og referater. Det skal være månedlige internundervisninger, årlige fagdager og ekstern undervisning etter kompetanseplan to ganger per år. Ansatte i helse og omsorg har medvirkning gjennom også tillitsvalgte og verneombud.

### ***Bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende***

På overordnet nivå er det etablert blant annet kommunalt råd for personer med funksjonsnedsettelse og elderråd. Vi har også fått informasjon om at det er etablert samarbeid med andre slik som Røde Kors, frivillighetssentralen, Lions og Sanitetsforening. Dette har

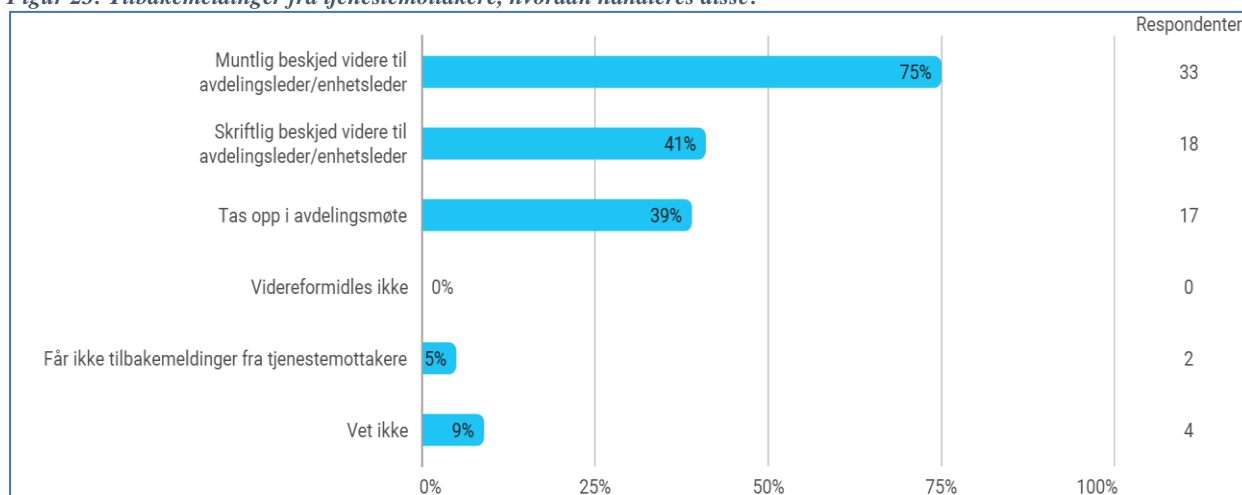
forankring i driftsplanen for PRO-tjenestene. Det har vært planer om å et pårørendeutvalg i kommunen, men dette har ikke blitt iverksatt.

I kommunens driftsplan er det et eget punkt om brukermedvirkning, og her nevnes blant annet brukerundersøkelser, og samarbeidsmøter med bruker og pårørende som aktuelle tiltak. Vi har fått opplyst at brukerundersøkelser ikke har vært gjennomført. Et tiltak som kommunen har hatt i flere år, er Kontaktutvalget. Kontaktutvalget kartlegger psykososiale og trivselsmessige forhold for beboerne i kommunens to sykehjem. Kontaktutvalgets rapport for 2022 ble behandlet av kommunestyret 08.11.2022, i sak 115/22. Kontaktutvalgets rapport er basert på kriteriene for «Livsgledehem<sup>15</sup>». Kommunestyret vedtok at det skal gjennomføres brukerundersøkelse blant beboere og pårørende hvert år.

I kommunens driftsplan fremkommer det at eventuelle klager skal behandles fortløpende og på lavest mulig nivå. Skriftlige klager skal sendes først til avdelingsleder og deretter til Koordinerende enhet.

I spørreundersøkelsen til ansatte spurte vi hvordan tilbakemeldinger fra tjenestemottakere blir håndtert. Vi hadde satt opp svaralternativer. Svarfordelingen tilsier at det er praksis for å videreformidle tilbakemeldinger som tjenestemottakere gir til enkeltansatte.

Figur 23: Tilbakemeldinger fra tjenestemottakere, hvordan håndteres disse?

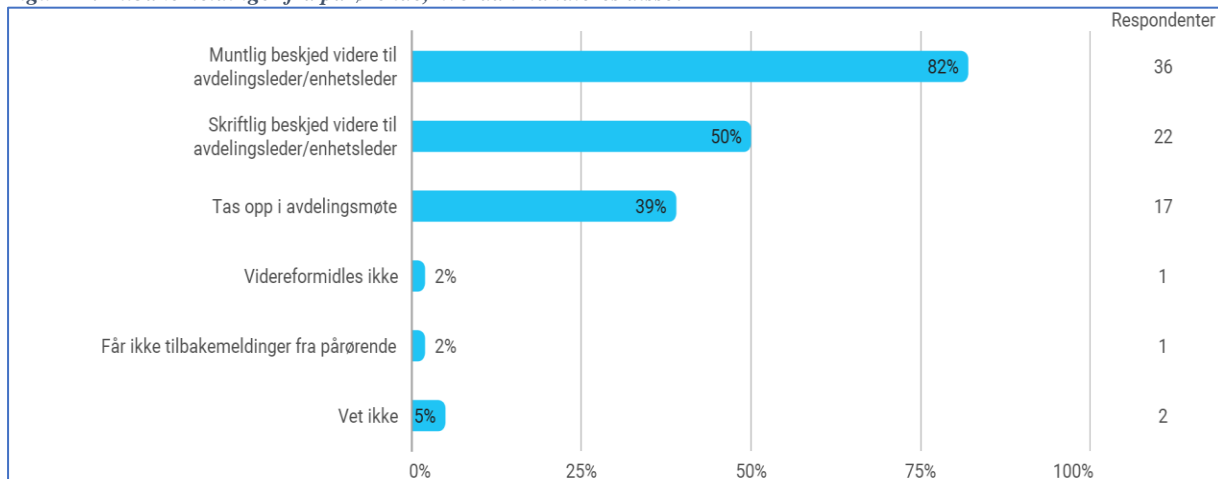


Når det gjelder tilbakemeldinger fra pårørende, ser vi ganske like resultater fra de ansatte på vårt spørsmål om dette.

<sup>15</sup> <https://livsgledeforeldre.no/vart-arbeid/sykehjem/>

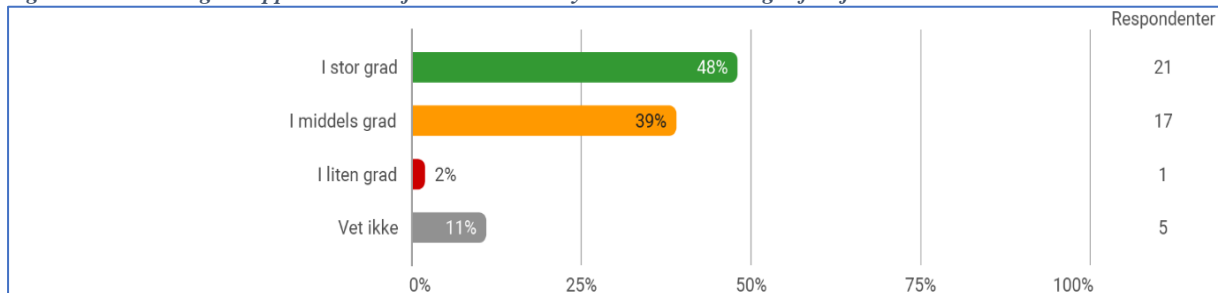


Figur 24: Tilbakemeldinger fra pårørende, hvordan håndteres disse?

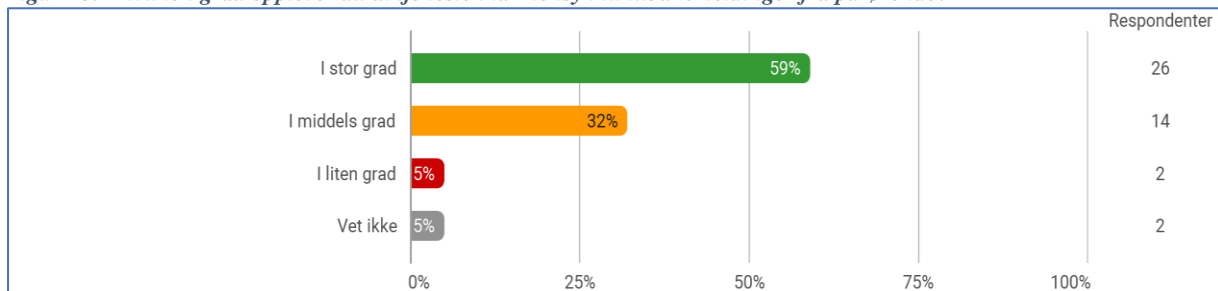


Vi spurte de ansatte om de opplever at tjenesten tar hensyn til tilbakemeldingene fra tjenestemottakerne og pårørende.

Figur 25: I hvilken grad opplever du at tjenesten tar hensyn til tilbakemeldinger fra tjenestemottakere?



Figur 26: I hvilken grad opplever du at tjenesten tar hensyn til tilbakemeldinger fra pårørende?



Resultatet tilsier at tjenestene i mange tilfeller tar hensyn til de tilbakemeldingene som kommer fra tjenestemottakere og pårørende. Resultatene kan også være en indikasjon på at tjenesten ikke har en systematisk tilnærming til å behandle tilbakemeldinger og bruke disse i forbedringsarbeidet.

#### 4.4 Evaluere

##### **Kontroll av at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres**

Vi har fått opplyst at enhetslederne har hatt regelmessige møter med helse- og omsorgssjefen hvor status på drift og økonomi, samt utfordringer i virksomhetene, er blant temaene. Informasjon og beslutninger som tas i disse møtene videreformidles til ansatte i virksomhetene i personalmøter.

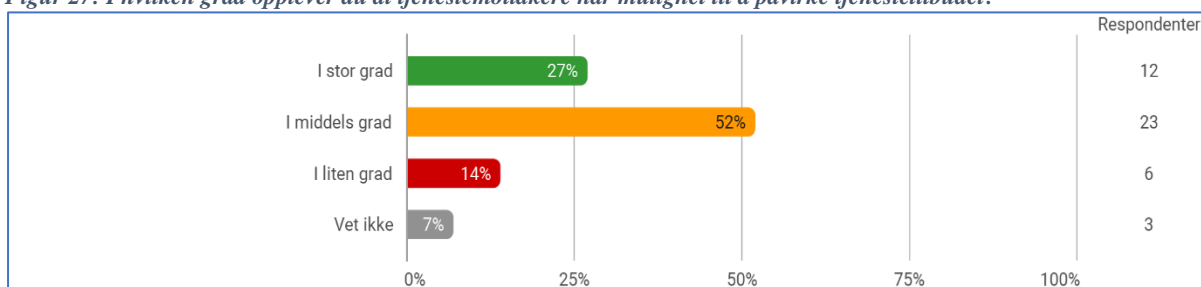
### **Vurdering av om gjennomføring av oppgaver, tiltak og planer er egnet til å etterleve krav i lovgivningen, og om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen**

Revisor har ikke fått forelagt noen skriftlige rutiner som beskriver hvordan evaluering opp mot krav i helse og- omsorgslovgivning skal systematisk gjennomføres, eller har blitt gjennomført. Ifølge kommunens driftsplan skal rutiner lagt inn i Netpower revideres årlig.

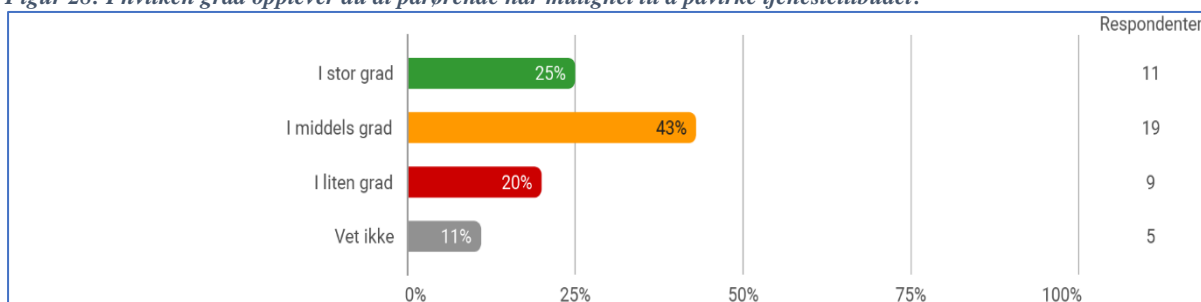
### **Vurdering av virksomheten på bakgrunn av tjenestemottaker og pårørendes erfaringer** **Gjennomgang av avvik og uønskede hendelser**

Vi har spurt de ansatte om i hvilken grad de opplever at tjenestemottakere og pårørende har mulighet til å påvirke tjenestetilbudet. For både tjenestemottakere og pårørende svarer flertallet av de ansatte med i middels grad og flere har også svart i stor grad.

Figur 27: I hvilken grad opplever du at tjenestemottakere har mulighet til å påvirke tjenestetilbudet?

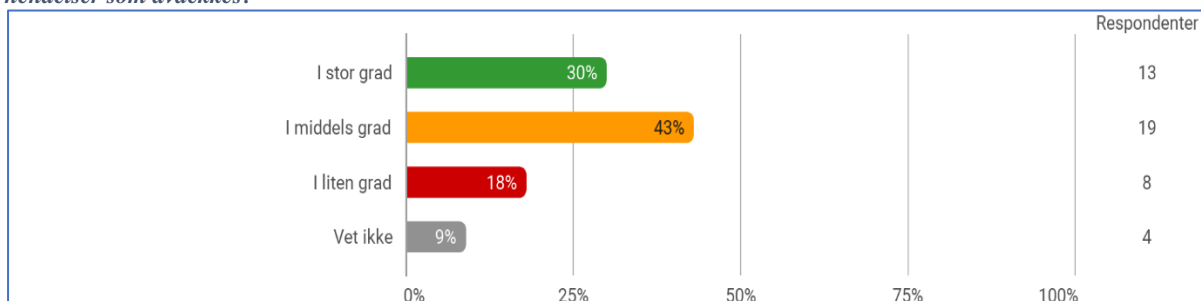


Figur 28: I hvilken grad opplever du at pårørende har mulighet til å påvirke tjenestetilbudet?



De ansatte fikk også spørsmål om de opplever at de som har det overordnede ansvaret tar tak i avvik og uønskede hendelser som avdekkes.

Figur 29: I hvilken grad opplever du at de som har det overordnede ansvaret i din avdeling tar tak i avvik og uønskede hendelser som avdekkes?



Svarfordelingen kan være en indikasjon på at de som har det overordnede ansvaret ikke er tydelig nok på hvordan de håndterer avvik og uønskede hendelser som meldes inn. Det kan også indikere at det ikke gis tilbakemeldinger om hvordan avviket ble håndtert.

### Årlig gjennomgang av styringssystemet

Netpower ble tatt i bruk gradvis fra 2020. Mange av de rutinene som utgjør internkontrollen for helse og omsorg er lagt inn i systemet i 2022. Det er derfor tidlig å si om funksjonaliteten og systemet fungerer som tiltenkt.

Helse- og omsorgssjef avholder månedlige møter med internkontroll som tema. I kommunens internkontrollsystem (Netpower) er det på hver rutine og dokument som ligger inne i internkontrollen anført når dette skal revideres. Mange rutiner som omhandler helse og omsorg er registrert inn i Netpower i april 2022, og skal revideres i løpet av april 2023 og 2024. Noen rutiner er satt med to års revideringsperiode, mens andre er satt med ett år.

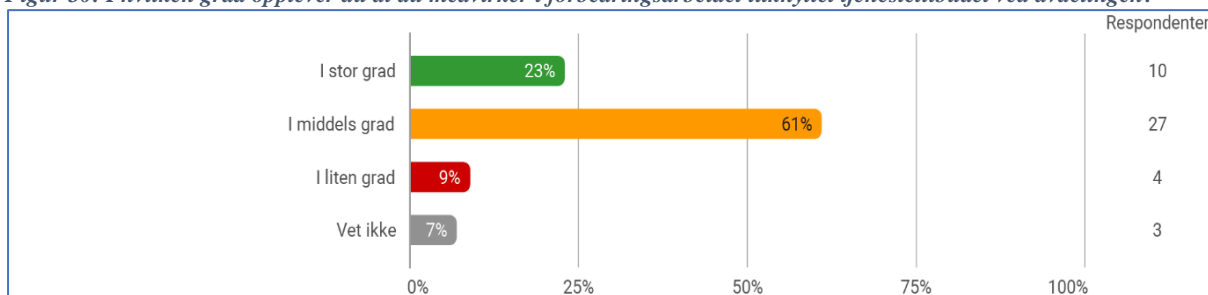
#### 4.5 Korrigere

##### **Rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold, korrigerende tiltak og forbedring av prosedyrer**

Revisor har fått beskrevet et tydelig fokus på internkontroll, rutiner og at mye av dette tas opp i de månedlige internkontrollmøtene, ledermøtene og avdelingsmøter som avholdes. Revisor har fått kopi av referater fra internkontrollmøter og pleiermøter.

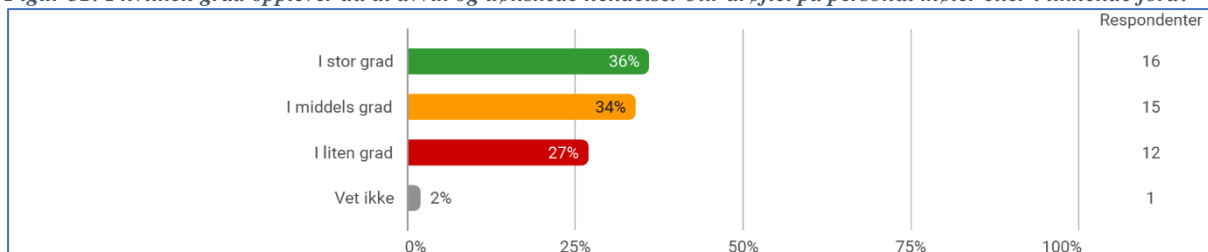
Avvik kan brukes til å forbedre tjenestetilbudet eller bidra til justering av rutiner slik at avvik av samme type er mindre sannsynlig at forekommer. Vi spurte de ansatte om i hvilken grad de opplever at de medvirker i forbedringsarbeidet tilknyttet tjenestetilbudet i avdelingen.

Figur 30: I hvilken grad opplever du at du medvirker i forbedringsarbeidet tilknyttet tjenestetilbudet ved avdelingen?



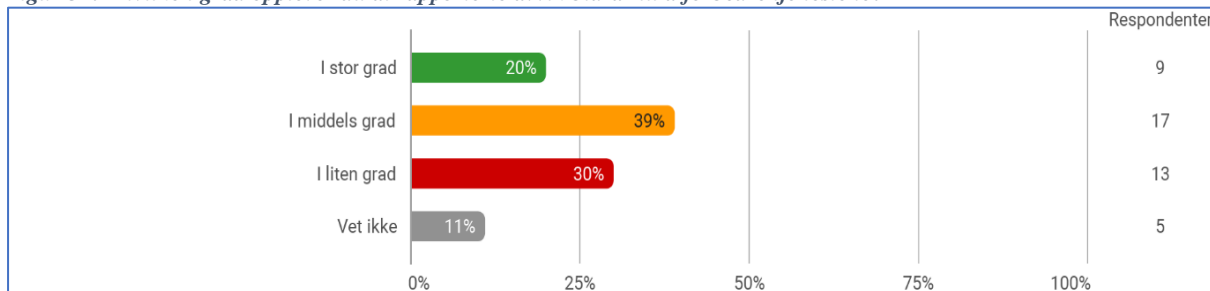
Det å lære av avvik som meldes inn kan gjøres i personalmøter, eller andre egnede fora, vi spurte de ansatte om de opplever at dette skjer.

Figur 31: I hvilken grad opplever du at avvik og uønskede hendelser blir drøftet på personal møter eller i liknende fora?

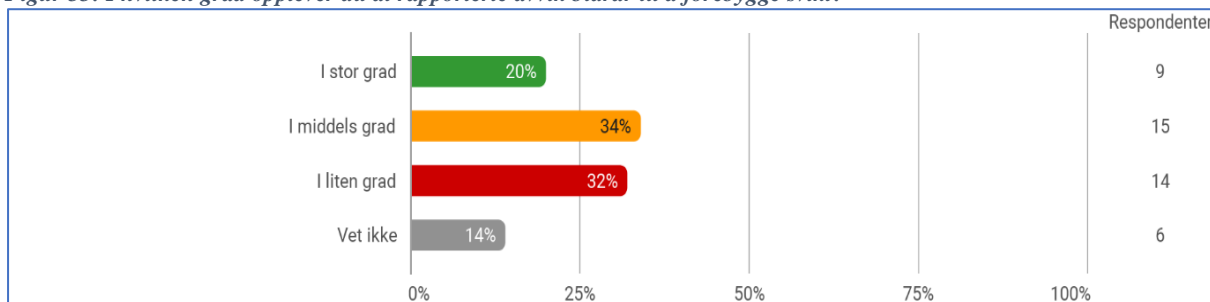


Som fremstilt foran fant vi avvik registrert i internkontrollsystemet Netpower og vi har fremstilt resultater på spørsmål til de ansatte om de melder avvik. Resultatene som vi presenterer nedenfor på spørsmål om håndtering av avvik, kan være indikasjon på de ansatte ikke har nok kunnskap om avvikene blir brukt i forbedringsarbeidet.

Figur 32: I hvilken grad opplever du at rapporterte avvik bidrar til å forbedre tjenestene?



Figur 33: I hvilken grad opplever du at rapporterte avvik bidrar til å forebygge svikt?



Helt avslutningsvis hadde vi et spørsmål i form av et tekstfelt hvor respondentene kunne komme med kommentarer. Det var syv respondenter som kom med kommentarer til undersøkelsen og de tema den omhandlet. Flere av kommentarene opplyser at avvik stort sett ikke blir rapportert på grunn av manglende tid til rapportering, samt at systemet oppleves som lite brukervennlig. En annen kommentar går på et ønske om å ha tilgang til fagsystemet Profil på mobil, slik at de har tilgang til relevante opplysninger når de er ute hos tjenestemottaker. Flere kommentarer nevner at bemanning og kompetanse er knapp ressurs, samt at det har vært utfordringer med tilgang til avvikssystemet og andre applikasjoner som krever pålogging.

#### 4.6 Revisors vurderinger

Forskrift om ledelse og kvalitetsforordning inneholder flere krav til kommunens styringssystem. Flere av revisors funn har relevans under flere av revisjonskriteriene vi har utledet fra forskriften og må ses i sammenheng. Det vil si at funn og vurderinger for noen av revisjonskriteriene blir vektlagt i vurderinger av øvrige revisjonskriterier.

Revisors vurdering er at Målselv kommune **i stor grad, men ikke fullt ut har oppfylt revisjonskriteriet om å ha et dokumentert styringssystem for pleie- og omsorgstjenestene.** Målselv kommune har kommunedelplan for helse og omsorg, og arbeidet med ny plan er igangsatt. Kommunen har etter at RO-rapporten ble utarbeidet, laget handlingsplaner for oppfølging av anbefalinger som kom i utredningen. Det er utarbeidet driftsplan for PRO-tjenestene som er et sentralt styrende dokument for virksomheten. Driftsplanen skal bidra til å ivareta kravene som gjelder etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Driftsplanen angir ansvar og oppgaver, samt definerer en del gjøremål. Det finnes dermed en del overordnede føringer for PRO-tjenestene i et overordnet dokument. Det er ikke alle føringer i driftsplanen som følges opp i praksis. Kommunen har anskaffet et internkontrollsystem som også kommunens PRO-tjenester skal bruke. Skriftlige prosedyrer for tjenestene som skal ytes i PRO-tjenestene skal legges inn i Netpower, og vår undersøkelse viser at det er skriftlige prosedyrer for PRO-tjenestene i systemet. Imidlertid er det ikke systematisk lagt inn i systemet, det er noe varierende bruk av systemet blant de ansatte og prosedyrer er ikke blitt oppdatert i tråd med

det tjenestene selv har forutsatt. Revisors vurdering er begrunnet i at overordnet planverk og systemer finnes, men at egne systemer ikke fullt ut etterleves. I revisors vurdering under dette revisjonskriteriet har det betydning at ikke samtlige av de øvrige utledete revisjonskriteriene kan anses som fullt ut oppfylt.

Revisors vurdering er at Målselv kommune **i liten grad har oppfylt revisjonskriteriet om å ha vurdert hvor omfattende styringssystemet som er nødvendig og i hvilken grad dette skal dokumenteres.** Det er utarbeidet overordnet planer, slik som driftsplan, som skal imøtekomme krav i forskriften samt at det er bestemt at Netpower gjelder som internkontrollsystem. Målselv kommune har på flere områder et styringssystem som oppfyller flere av kravene i forskrift om kvalitetsforbedring og ledelse. At kriteriet er vurdert som ikke oppfylt begrunner vi i at det ikke er dokumentert vurderinger av hvilket omfang styringssystemet for tjenestene skal ha og i hvilken grad det skal dokumenteres. Det har for vår vurdering betydning at det ikke er skriftlige risikovurderinger innenfor PRO-tjenestene som øvrige deler av styringssystemet synes å være bygget på og innrettet etter.

Revisor vurderer at Målselv kommune **i stor grad, men ikke fullt ut har oppfylt revisjonskriteriet om å ha planlagt sine aktiviteter i tjenester som ytes i pleie og omsorgstjenesten i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.** For denne vurderingen har det betydning at kommunen har overordnet planverk som kommunedelplan og arbeider med revidering av den samt at kommunen har oversikt over hvilke behov som kommunens tjenester må imøtekomme framover i tid. Flere av bestemmelsene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring fordrer at det er utarbeidet blant annet mål og oversikter over oppgaver, organisering, relevant regelverk, medarbeideres kompetanse og opplæringsbehov samt avvik i tjenesteproduksjonen. Mye av dette har kommunen, herunder inngår informasjon i driftsplan. Også under denne vurderingen vektlegger vi at det ikke er gjort risikovurderinger.

Revisor vurderer at Målselv kommune **i stor grad, men ikke fullt ut har oppfylt revisjonskriteriet om å gjennomføre sine aktiviteter i pleie og omsorgstjenester i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.** Våre undersøkelser viser at flere av planene til tjenestene, slik de er beskrevet i driftsplanen gjennomføres. Tilbakemeldingene fra ansatte som svarte på undersøkelsen tilsier at ansatte er kjent med ansvars- og oppgavefordelingen i tjenestene samt opplever å ha kunnskap om oppgavene de skal gjøre. Det er imidlertid også oppgaver i driftsplanen som ikke gjennomføres, og det ligger til grunn for vår vurdering av at kriteriet ikke er fullt ut oppfylt. Det blir ikke gjennomført brukerundersøkelse eller annen systematisk innhenting av erfaringer fra brukere og pårørende. Svarene fra de ansatte som har svart på undersøkelsen tilsier at tilbakemeldinger som de får, blir videreformidlet. Vi har i vår vurdering også lagt vekt på at internkontrollsystemet Netpower ikke er tatt i bruk slik som forutsatt, herunder tilbakemeldinger i spørreundersøkelse blant ansatte om hvorvidt de bruker internkontrollsystemet.

Revisors vurdering er at Målselv kommune **til dels har oppfylt revisjonskriteriet om å evaluere sine aktiviteter i pleie- og omsorgstjenestene i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.** Det er møter med jevne mellomrom mellom helse- og omsorgssjef og enhetslederne hvor blant annet utfordringer i virksomhetene og internkontroll er tema. I internkontrollsystemet Netpower er det anført at rutiner skal revideres. Revisors vurdering er begrunnet i at det ikke er formaliserte rutiner for evaluering for gjennomgang av avvik og korrigerende tiltak. Tilbakemeldinger fra ansatte som svarte på spørreundersøkelsen kan gi indikasjon på at eventuelle evalueringer og oppfølging av avvik og uønskede hendelser som avdekkes, ikke er kjent blant ansatte. Tjenestene har ikke systematisk innhentet informasjon

fra brukere og pårørende, og det er dermed ikke et grunnlag for å systematisk evaluere virksomheten på bakgrunn av slike tilbakemeldinger.

Ovennevnte er også lagt vekt på under revisors vurdering under plikten til å evaluere. Det er system for innmelding av avvik. Imidlertid kan informasjon fra ansatte som svarte på spørreundersøkelsen indikere at innrapporterte avvik ikke i tilstrekkelig grad bidrar til forbedring. Revisors vurdering er at Målselv kommune **til dels har oppfylt revisjonskriteriet om å korrigere virksomhetens aktiviteter i pleie- og omsorgstjenestene tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.**

**Revisors konklusjon er at Målselv kommune i stor grad har dokumenterte systemer som er egnet til å sikre etterlevelse av krav og målsetninger for kvaliteten i tjenestene innenfor pleie- og omsorg.** Styringssystemet som er etablert og gjennomføres tilfredsstillende flere, men ikke alle krav i forskrift eller kommunens egne målsetninger.

## 5 OPPLEVD TJENESTEKVALITET

*Hvordan opplever tjenestemottakere/pårørende kvaliteten på tjenestene?*

### 5.1 Innledning

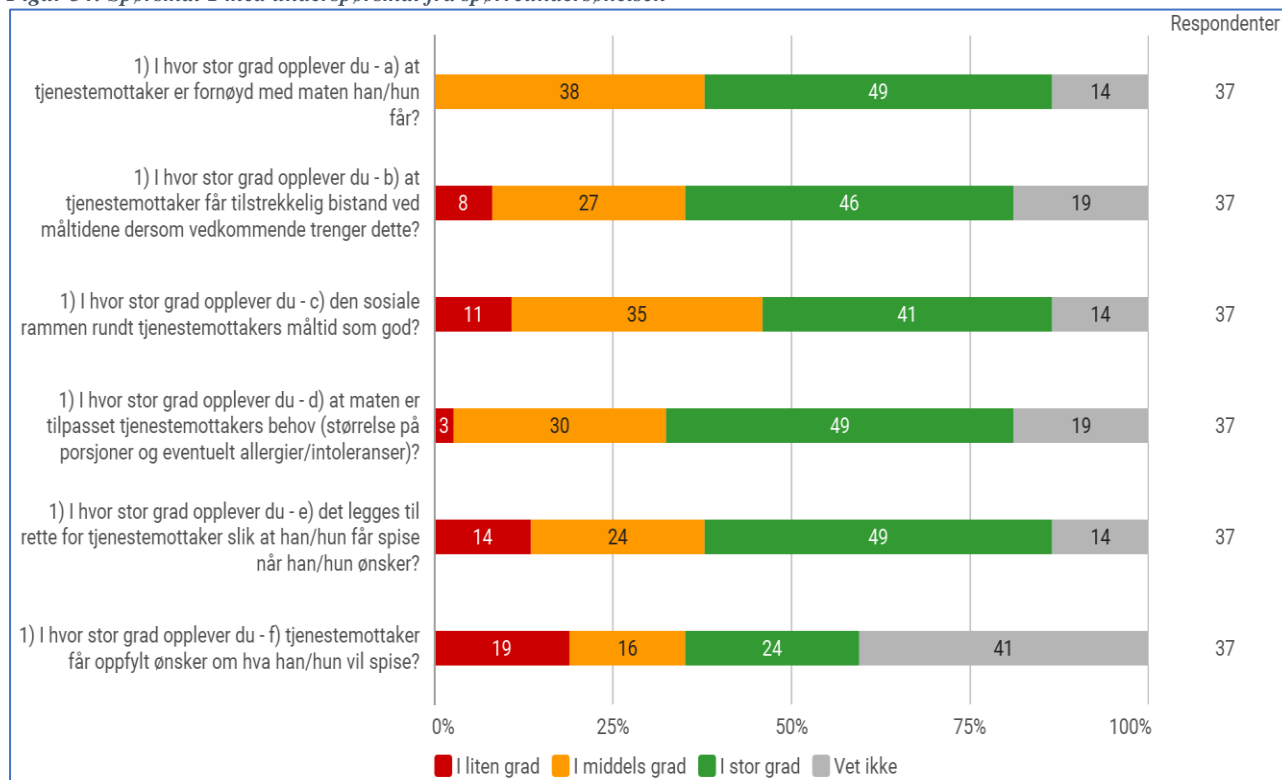
Kartleggingen av opplevd tjenestekvalitet er for sykehjemstjenestene gjort ved spørreundersøkelse til beboernes pårørende. Det var 37 pårørende som besvarte undersøkelsen. Det var ingen av de 37 som involverte tjenestemottaker i besvarelsen. For hjemmetjenester sendte vi spørreundersøkelse til de som mottar tjenester fra hjemmetjenestene minimum én gang pr. uke. Tallene i de horisontale grafene som vi presenterer videre illustrerer svarene i prosent på det aktuelle svaralternativet.

### 5.2 Sykehjemmene

#### **Mat og måltidsituasjon**

I spørreundersøkelsen stilte vi flere spørsmål som gjelder mat og tilpasninger rundt måltidene for beboerne ved sykehjemmet. Det var 37 av de pårørende som svarte på disse spørsmålene og resultatene for flere av spørsmålene er samlet i figur 34 nedenfor.

Figur 34: Spørsmål 1 med underspørsmål fra spørreundersøkelsen



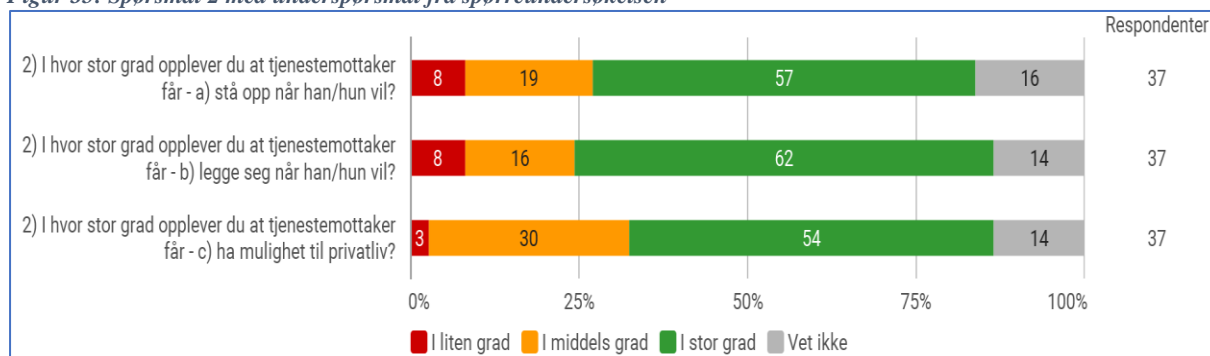
At det er en andel av de pårørende som svarte *vet ikke*, kan ha sammenheng med at de ikke er til stede i forbindelse med måltidene og/eller på andre måter ikke har noe inntrykk av dette. På flertallet av spørsmålene ser vi at omkring halvparten av de som kan ha kunnskap om mat- og måltidsituasjonen til beboer svarte *i svært stor grad*.

### Selvbestemmelse, privatliv og respekt

I løpet av dagen er det ulike situasjoner, gjøremål, aktiviteter eller lignende hvor det kan være spørsmål om beboer selv kan bestemme tidspunkt eller fremgangsmåte.

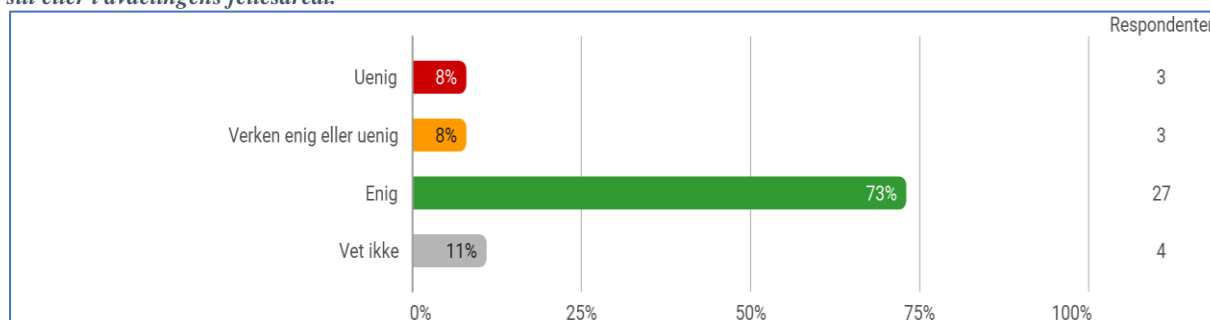
Flertallet av de pårørende opplever at tjenestemottaker får stå opp og legge seg når vedkommende selv vil. Dette gjelder også muligheten til å ha privatliv. Som vi ser av svarfordelingen nedenfor, er det også pårørende som har opplevelse av at beboere ikke alltid får bestemme dette selv eller ha tilstrekkelig mulighet til privatliv.

Figur 35: Spørsmål 2 med underspørsmål fra spørreundersøkelsen



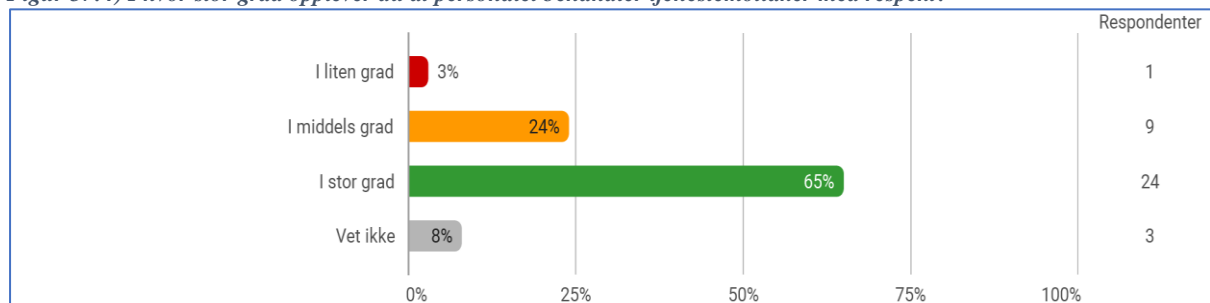
Flertallet av pårørende opplyser å være enig i vår påstand i spørreundersøkelsen om at tjenestemottaker får bestemme selv om vedkommende vil være på rommet eller i fellesarealet.

Figur 36:3) Angi hvor enig du er i følgende påstand: "tjenestemottaker bestemmer selv om han/hun vil være på rommet sitt eller i avdelingens fellesareal."



Respondentenes opplevelse av at personalet behandler tjenestemottaker med respekt fremkommer i figuren nedenfor.

Figur 37:4) I hvor stor grad opplever du at personalet behandler tjenestemottaker med respekt?

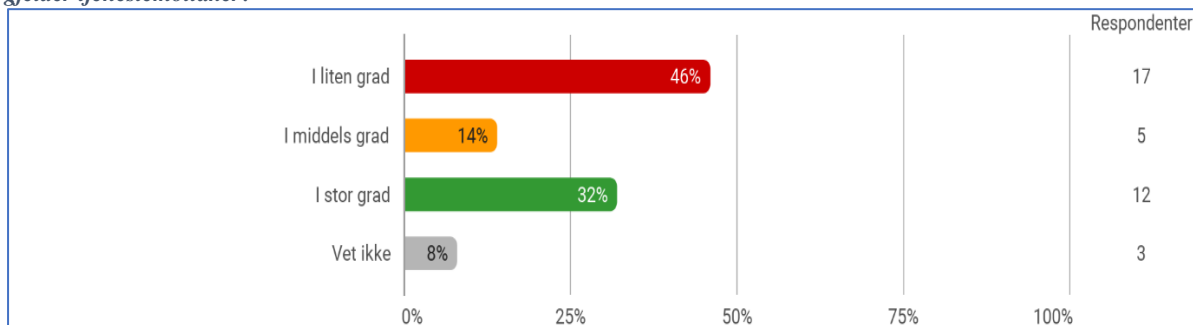




### Medvirkning

På vårt spørsmål om involvering av tjenestemottaker eller pårørende ved utarbeidelse av planer for tjenestemottaker har respondentene ulike opplevelser av det. Svarfordelingen kan være en indikasjon på at det er noe ulik praksis innad i tjenestene hva det angår involvering av den pårørende i utarbeidelse av planer.

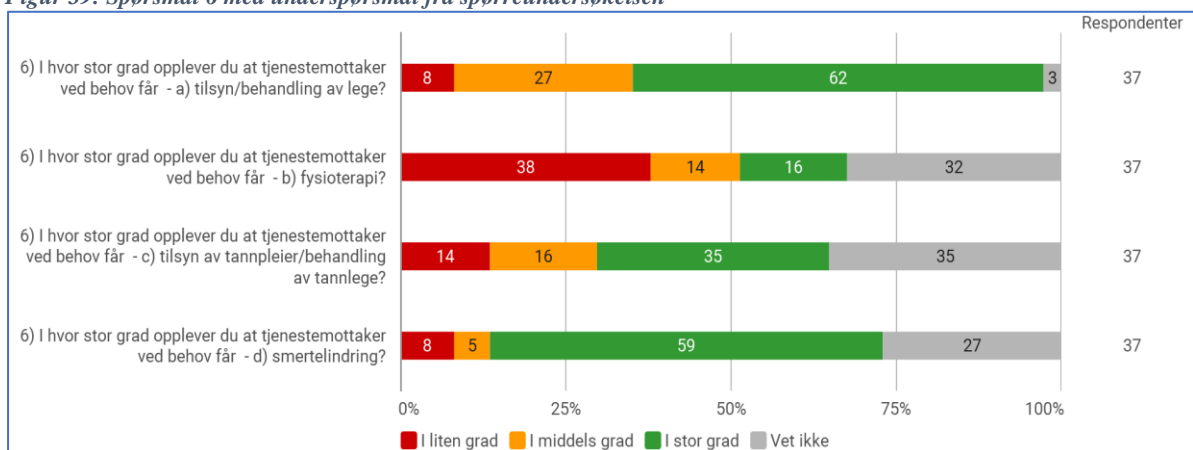
Figur 38: 5) I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker og eller du/dere involveres når det utarbeides planer som gjelder tjenestemottaker?



### Tjenestetilbud, tilfredshet og trivsel

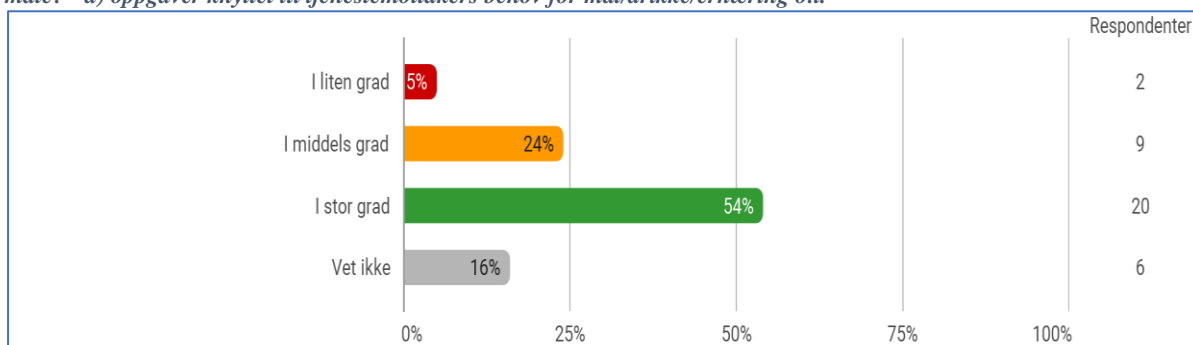
Vi stilte også spørsmål som omhandler hvordan den pårørende respondenten opplever at tjenestemottakeren ved behov får tilsyn/behandling av, lege, fysioterapeut, tannlege eller smertelindring.

Figur 39: Spørsmål 6 med underspørsmål fra spørreundersøkelsen

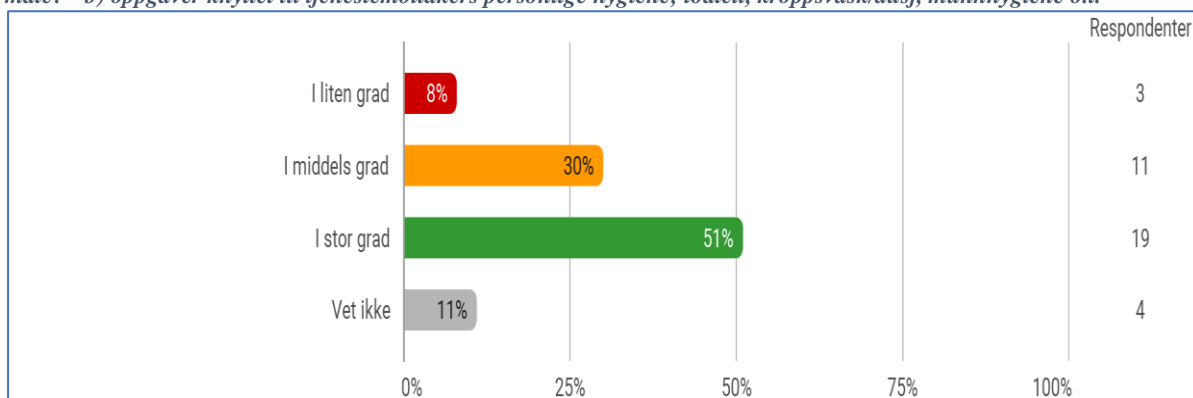


I det videre presenterer vi resultatene på spørsmålene knyttet opplevelse av utførelsen av konkrete arbeidsoppgaver som de ansatte har overfor tjenestemottakerne. Dette gjelder mat/drikke/ernæring, personlig hygiene, trivselstiltak og rydding/renhold.

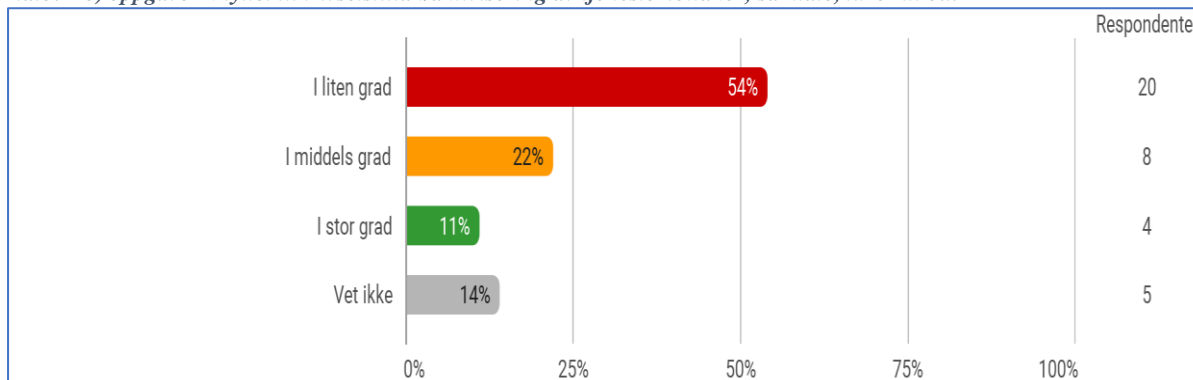
Figur 40: Spørsmål 7a) I hvor stor grad opplever du at personalet utfører følgende arbeidsoppgaver på tilfredsstillende måte? - a) oppgaver knyttet til tjenestemottakers behov for mat/drikke/ernæring o.l.



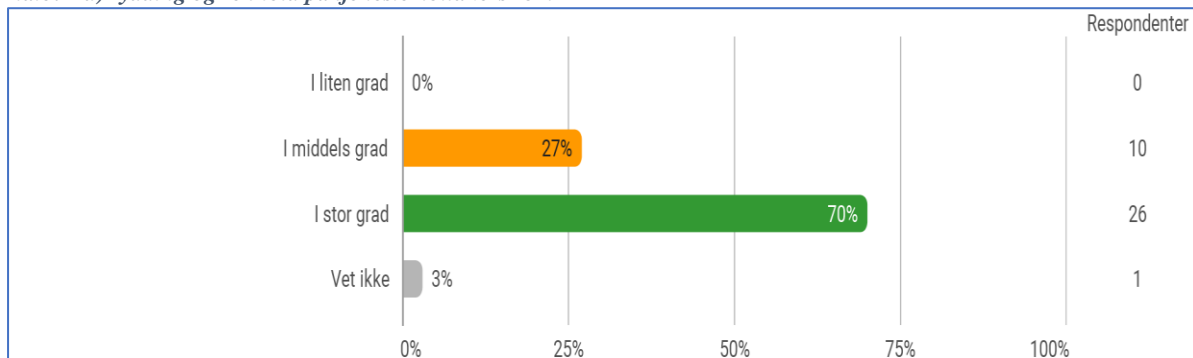
Figur 41: Spørsmål 7b) I hvor stor grad opplever du at personalet utfører følgende arbeidsoppgaver på tilfredsstillende måte? - b) oppgaver knyttet til tjenestemottakers personlige hygiene; toalett, kroppsvask/dusj, munnhygiene o.l.



Figur 42: Spørsmål 7c) I hvor stor grad opplever du at personalet utfører følgende arbeidsoppgaver på tilfredsstillende måte? - c) oppgaver knyttet til trivselstiltak/aktivisering av tjenestemottaker; samtale, turer ut o.l.



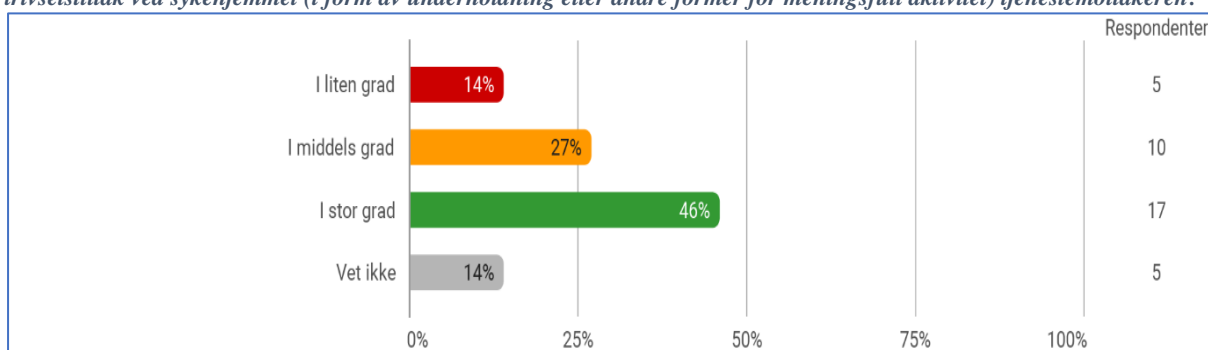
Figur 43: Spørsmål 7d) I hvor stor grad opplever du at personalet utfører følgende arbeidsoppgaver på tilfredsstillende måte? - d) rydding og renhold på tjenestemottakers rom



Flertallet av respondentene har valgt i stor grad på spørsmålene og svarfordelingen gir indikasjon på pårørende har inntrykk av at beboer får ivaretatt behov som mat/ernæring, hygiene og renhold. At flertallet av respondentene valgte svaralternativet i liten grad på spørsmål om aktivisering kan ha sammenheng med at det ikke er så mange ulike aktiviseringstilbud som beboer deltar på. Revisor har ikke undersøkt hvilke eventuelle aktiviteter som tilbys.

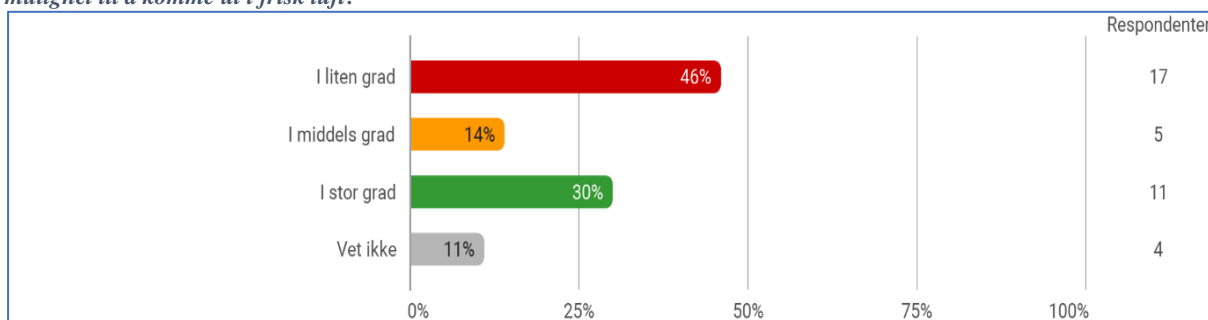
Flertallet av respondentene svarer at de opplever at tjenestemottaker i svært stor grad er fornøyd med at det gjennomføres trivselstiltak ved sykehjemmet.

*Figur 44: Spørsmål 9a) - I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker er fornøyd med - a) at det gjennomføres trivselstiltak ved sykehjemmet (i form av underholdning eller andre former for meningsfull aktivitet) tjenestemottakeren?*



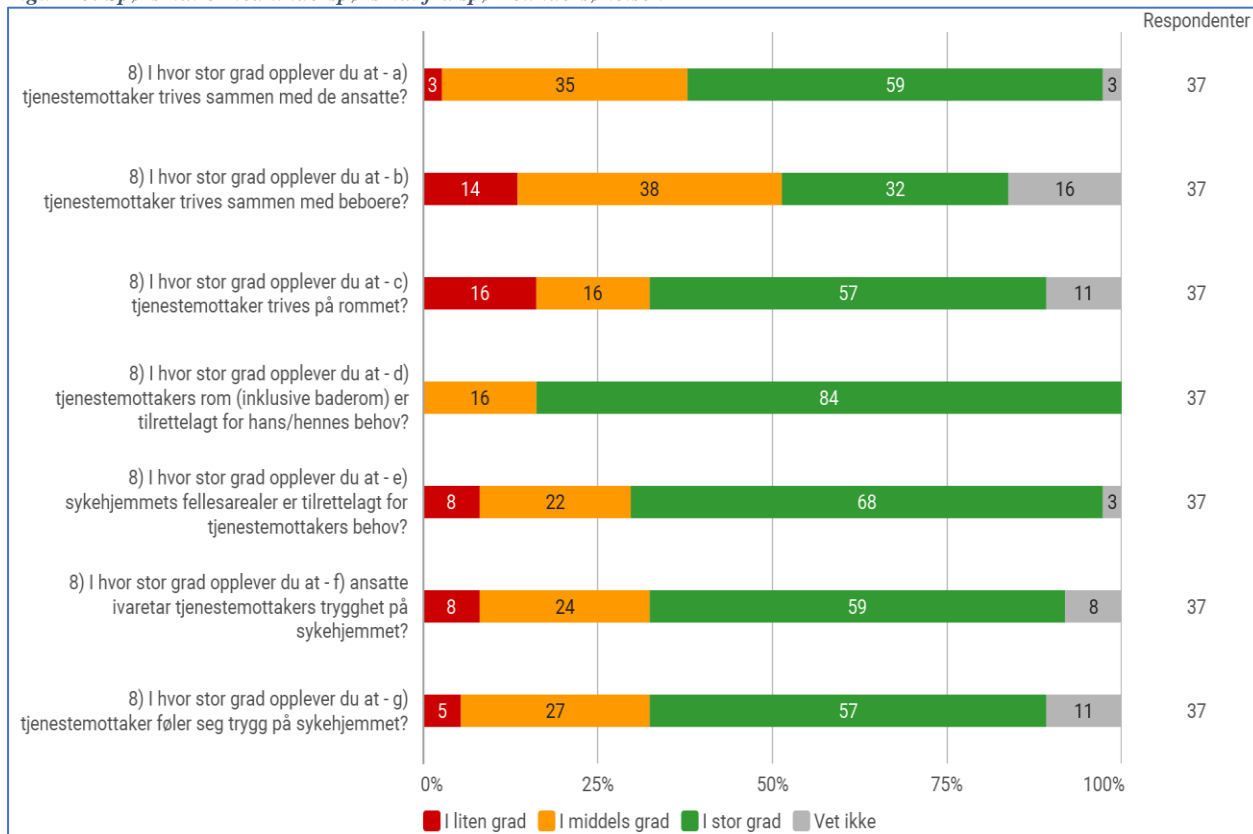
Svarfordelingen på vårt spørsmål om i hvor stor grad vedkommende opplever at tjenestemottaker er fornøyd med muligheten til å komme seg ut i frisk luft, er det samlet sett mindre gode resultater.

*Figur 45: Spørsmål 9b) I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker er fornøyd med - b) at han/hun jevnlig har mulighet til å komme ut i frisk luft?*



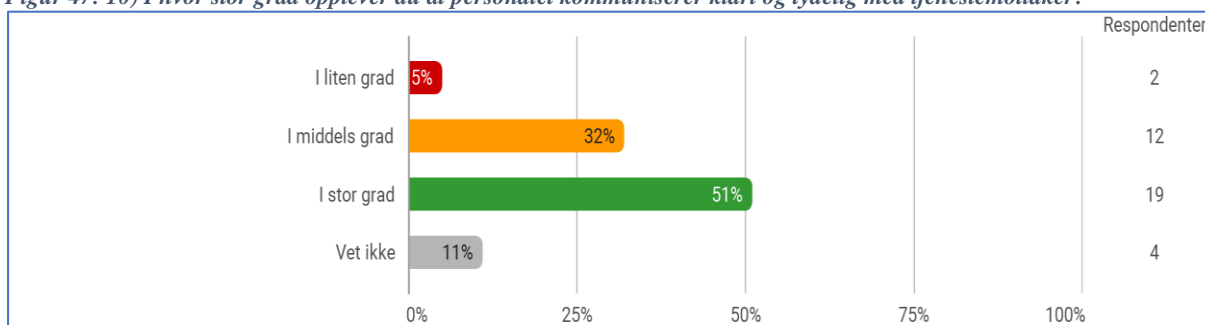
Øvrige spørsmål fra oss om trivsel gjaldt trivsel med ansatte, med andre beboere, trivsel på rommet samt hadde vi noen spørsmål om opplevelse av trygghet. Av svarfordelingen presentert i figuren nedenfor ser at vi hovedandelen av svar på alternativet i stor grad.

Figur 46: Spørsmål 8 med underspørsmål fra spørreundersøkelsen



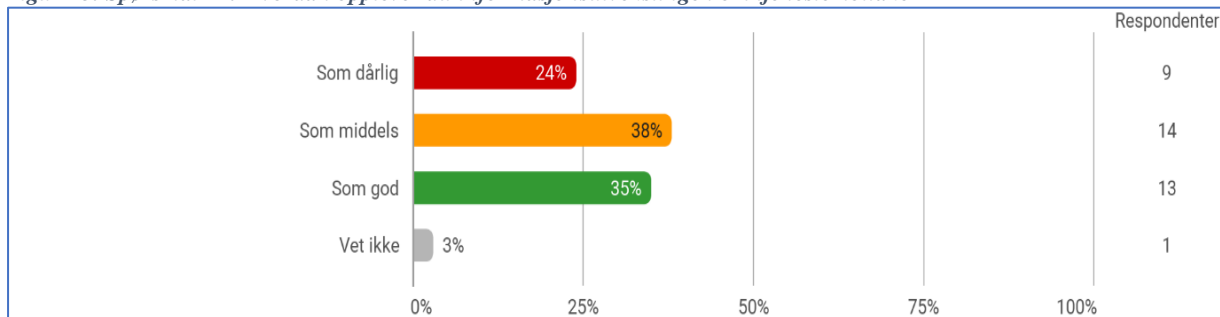
Figuren under viser resultatene fra spørsmålet om i hvilken grad respondentene opplever at personalet kommuniserer klart og tydelig med tjenestemottaker. Over halvparten har svart i stor grad på dette spørsmålet.

Figur 47: 10) I hvor stor grad opplever du at personalet kommuniserer klart og tydelig med tjenestemottaker?



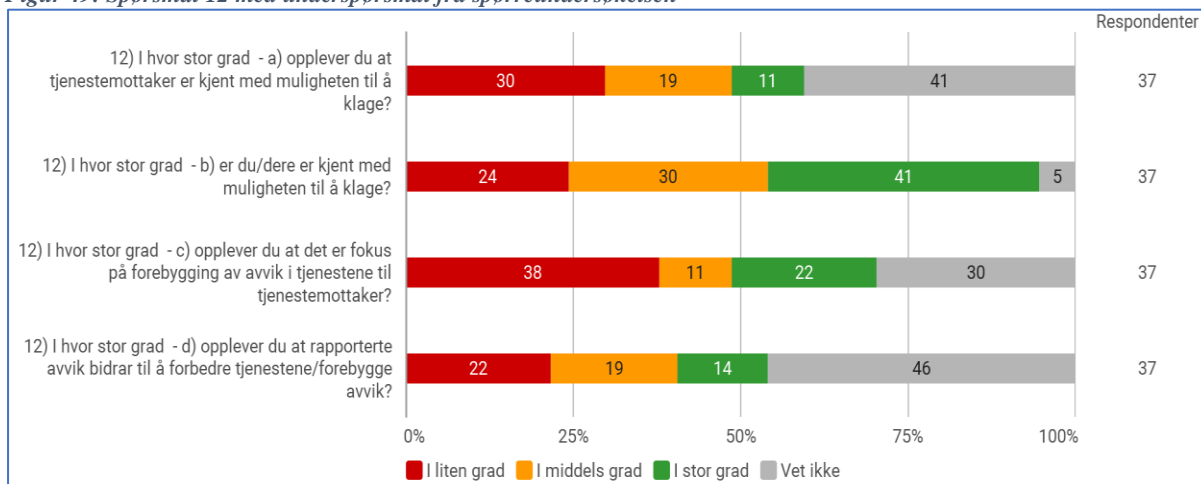
Respondentenes opplevelse av informasjonsutvekslingen om tjenestemottaker varierer, men samlet sett har over halvparten av respondentene valgt svaralternativene i liten eller i middels grad.

Figur 48: Spørsmål 11: Hvordan opplever du informasjonsutvekslingen om tjenestemottaker



I spørsmål tolv a – d spurte vi om hvordan både respondenten selv, og hvordan de opplever at tjenestemottakeren er kjent med klagemuligheter. Vi ser at flere av de pårørende kjenner til at de har mulighet til å klage, men andelen svar på i liten og middels grad kan tilsa at dette ikke er gjort tilstrekkelig kjent for samtlige. Også spørsmål om avvik inngikk her, og vi ser at mange av de pårørende ikke vet hvorvidt rapporterte avvik bidrar til forbedring og forebygging av avvik.

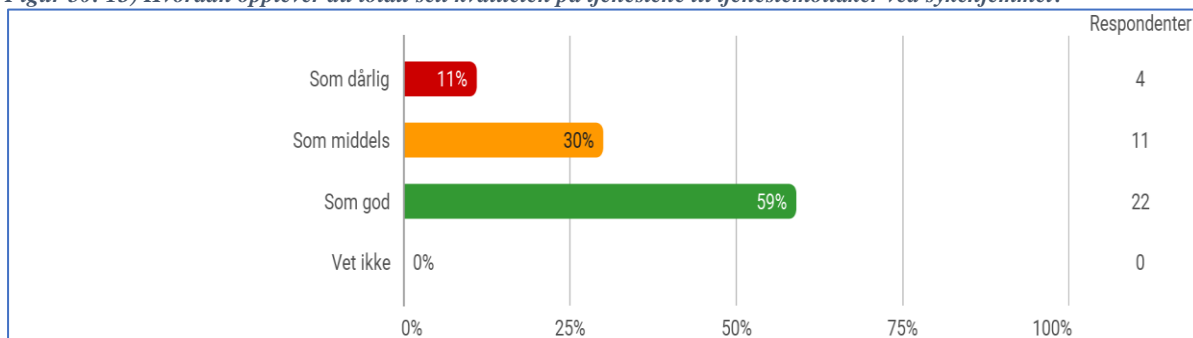
Figur 49: Spørsmål 12 med underspørsmål fra spørreundersøkelsen



### Samlet vurdering av kvalitet

Respondentenes samlede opplevelse av kvaliteten på tjenestene til tjenestemottaker ved sykehjemmet er presentert i neste figur.

Figur 50: 13) Hvordan opplever du totalt sett kvaliteten på tjenestene til tjenestemottaker ved sykehjemmet?



Over halvparten av respondentene kvaliteten på tjenestene i sykehjemmet som god.

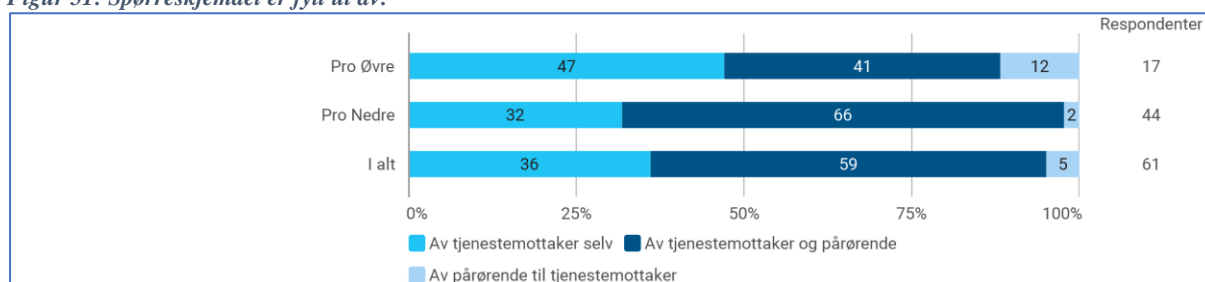
I undersøkelsen kunne de pårørende gi ytterligere kommentarer dersom de ønsket, og det var det flere som gjorde. Noen respondenter ga ros til de ansatte og forholdene ved sykehjemmene. Flinke, snille ansatte som gjøre en god jobb er ord som brukes. Andre respondenter setter søkelyset på at det er ønskelig med mer aktivitetstilbud for beboerne som skaper trivsel i hverdagen, både trimturer og andre aktiviteter trekkes frem. Flere kommentarer påpeker at oppleves at det er mangel på personale til å gjøre nødvendige pleieoppgaver, og at de som pårørende må bidra når de er på besøk hos tjenestemottaker. Manglende tilbakemelding fra ledelsen ved sykehjemmene når pårørende har gitt beskjed om at det er noe som er opplevd som kritikkverdig i forholdene ved sykehjemmet.

### 5.3 Hjemmetjenestene

For å innhente informasjon om opplevelser av tjenestetilbudet til mottakere av hjemmetjenester har vi også brukt spørreundersøkelse som metode. Spørreundersøkelsen er gitt til de som mottar tjenester fra kommunens hjemmetjenester minimum én gang pr. uke. Det er til sammen 63 mottakere av hjemmetjenester som har svart på undersøkelsen. Av disse er 19 av svarene fra mottakere tilhørende PRO Øvre og 44 av mottakere tilhørende PRO Nedre.

Som vi ser i figuren er nesten alle svar fylt ut av tjenestemottaker selv eller med bistand av pårørende.

Figur 51: Spørreskjemaet er fylt ut av:

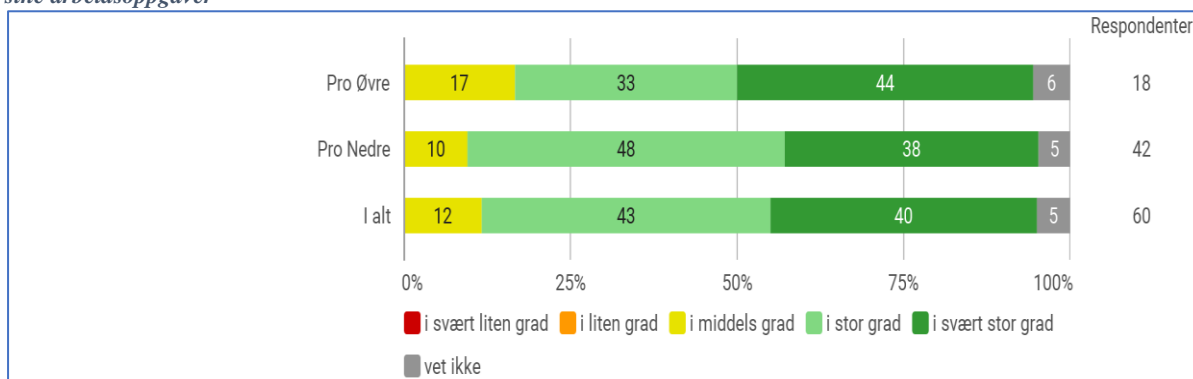


Under her presenteres de samlede resultatene for PRO Øvre og PRO Nedre. Revisor har undersøkt om noen resultater skiller seg ut mellom PRO Øvre og PRO Nedre, men har ikke sett at en av enhetene skiller seg vesentlig ut fra de samlede resultatene. Det er enkelte respondenter som ikke har svart på alle spørsmål i undersøkelsen, derfor vil antall svar variere fra spørsmål til spørsmål, dette illustrert med kolonnen til høyre «Respondenter».

#### ***Personalets kompetanse, kommunikasjon og trivsel***

I figuren nedenfor er resultatene på vår påstand i undersøkelsen om vedkommende opplever at personalet har tilstrekkelig kompetanse til å utføre sine oppgaver.

Figur 52: Angi hvor enig du er i følgende påstander: "Jeg opplever at 'personalet har tilstrekkelig kompetanse til å utføre sine arbeidsoppgaver'"

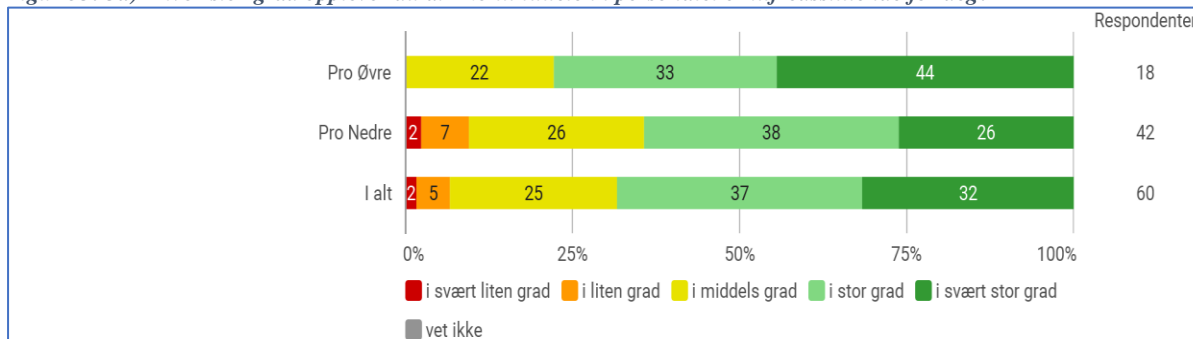


Samlet er det gode vurderinger tilknyttet opplevelse av kompetanse blant personalet som yter tjenester i hjemmet.

I det påfølgende spørsmålet kunne respondentene kommentere på spørsmålet om kompetanse hos personalet. Det er flere kommentarer som omtaler personalet på en god måte og beskriver tjenesteytere med god kompetanse, tålmodighet og godt humør. Det er også noen respondenter som har en oppfatning at tjenestene som ytes, ikke ytes av personer med tilstrekkelig kompetanse.

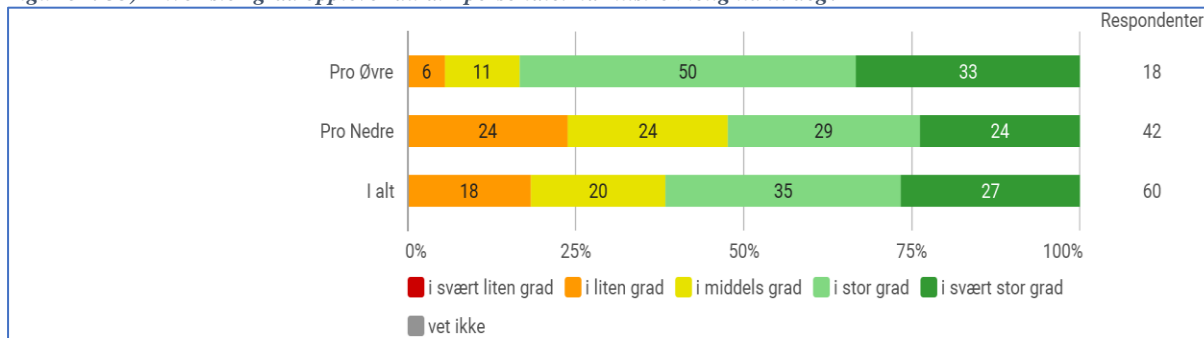
Med kontinuitet i personalet mener vi hvorvidt det er samme tjenesteytere eller om det varierer hvem som kommer til den enkelte mottaker av hjemmetjenester.

Figur 53: 3a) I hvor stor grad opplever du at - kontinuiteten i personalet er tilfredsstillende for deg?



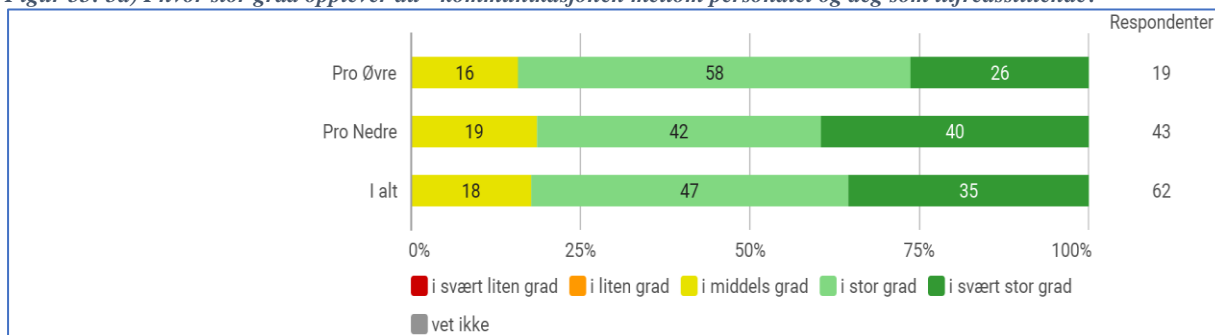
Hjemmetjenester er av ulikt omfang, avhengig av den enkeltes tjenestebehov og vedtak. Vi har likevel stilt spørsmål til mottakere av tjenestene om de opplever at personalet har tilstrekkelig tid til vedkommende. Også her ser vi at respondentene har ulike oppfatninger av dette. Flertallet gir positive score på spørsmålet.

Figur 54: 3b) I hvor stor grad opplever du at - personalet har tilstrekkelig tid til deg?



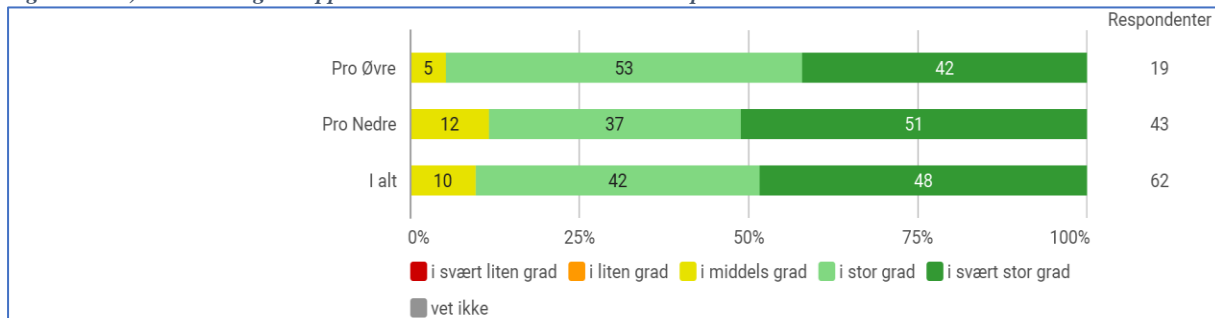
I figuren nedenfor er resultat på spørsmålet vi stilte om opplevelsen av kommunikasjonen mellom personalet og tjenestemottakeren. Svarfordelingen viser at i all hovedsak opplevs denne som tilfredsstillende, men et mindretall av respondentene har valgt i middels grad.

Figur 55: 5a) I hvor stor grad opplever du - kommunikasjonen mellom personalet og deg som tilfredsstillende?

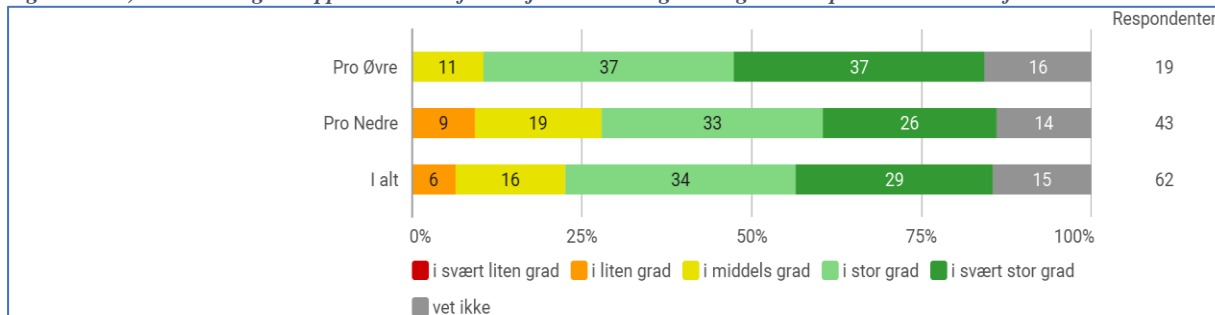


Resultatene på spørsmålet om trivsel sammen med personalet er tilsvarende.

Figur 56: 5b) I hvor stor grad opplever du - at du trives sammen med personalet?



Figur 57: 5c) I hvor stor grad opplever du - informasjonsutveksling om deg innad i personalet som tilfredsstillende?



I det påfølgende spørsmålet kunne respondentene kommentere på spørsmålet som er gjengitt i figuren over. En tilbakemelding fra en respondent er at de erfarne i hjemmetjenesten utfører

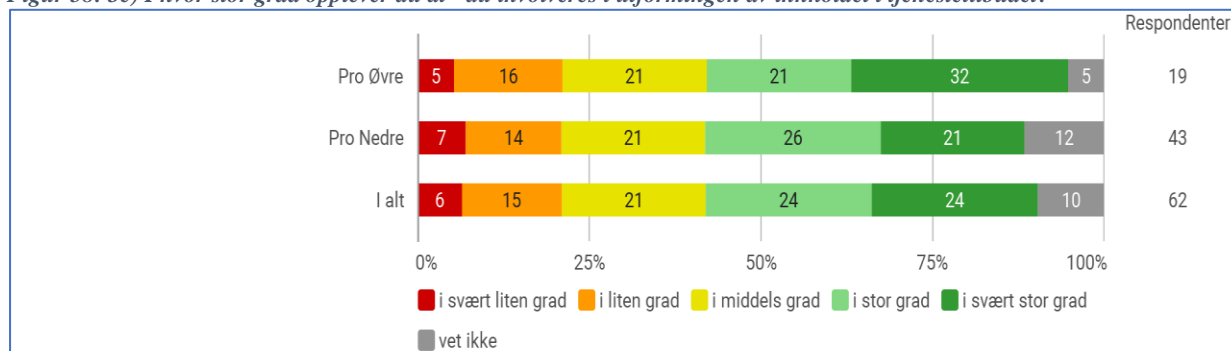


jobben tilfredsstillende. De mindre erfarne har det travelt. Utover dette beskrives god kommunikasjon med personalet, men at kommunikasjon/rapportering innad i personalgruppen kunne vært bedre. Flere av kommentarene fra respondentene viser at de trives med tjenesteyterne.

### Medvirkning

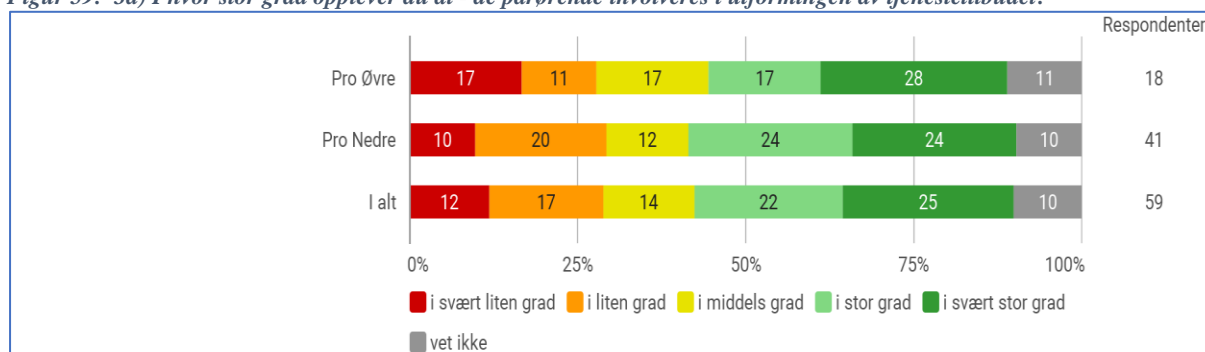
Nedenfor er resultatene på spørsmål til hjemmetjenestens tjenestemottakere om involvering i utforming av tjenestetilbudet. Vi ser at respondentene har ganske ulike opplevelse av i hvor stor grad de opplever å involveres i utformingen av innholdet i tjenestetilbudet.

Figur 58: 3c) I hvor stor grad opplever du at - du involveres i utformingen av innholdet i tjenestetilbudet?



Svarfordelingen er lik på spørsmålet om opplevelse av om pårørende involveres i utformingen av tjenestetilbudet.

Figur 59: 3d) I hvor stor grad opplever du at - de pårørende involveres i utformingen av tjenestetilbudet?

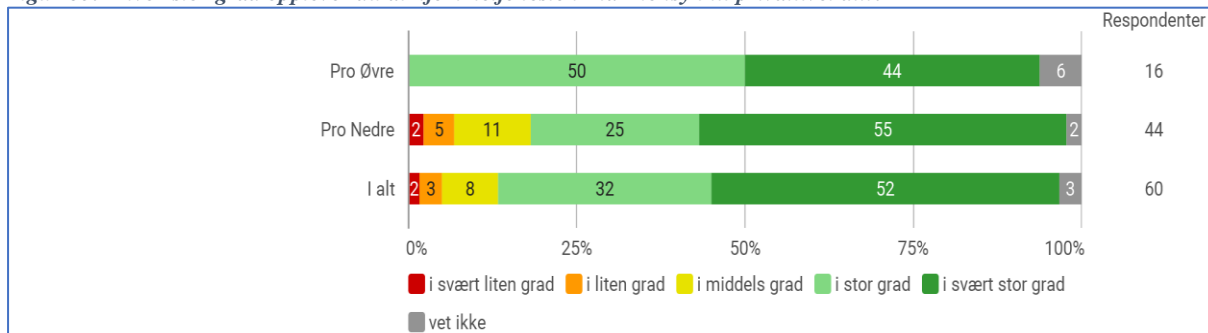


I det påfølgende spørsmålet kunne respondentene kommentere på spørsmål 3a) -3d) som er gjengitt i figuren over. Også her er tilbakemeldingene i kommentarene av blandet karakter. Noen er positive og viser at tjenestemottakerne setter pris på tjenestene de får. Flere av kommentarene går på at de pårørende får lite informasjon og at de må purre på dette fra hjemmetjenestene.

### Privatliv og respekt

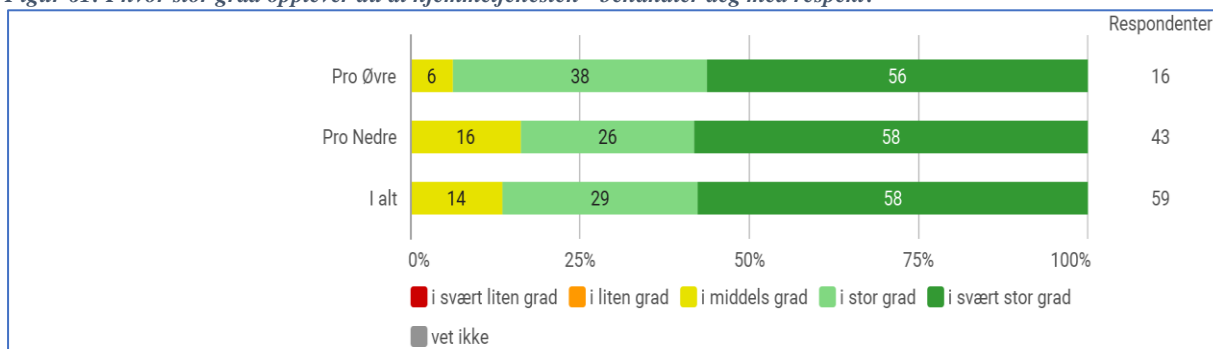
Resultatene fra spørsmålet om hjemmetjenesten tar hensyn til privatlivet til tjenestemottaker er gjengitt i figuren under.

Figur 60: I hvor stor grad opplever du at hjemmetjenesten - tar hensyn til privatlivet ditt?

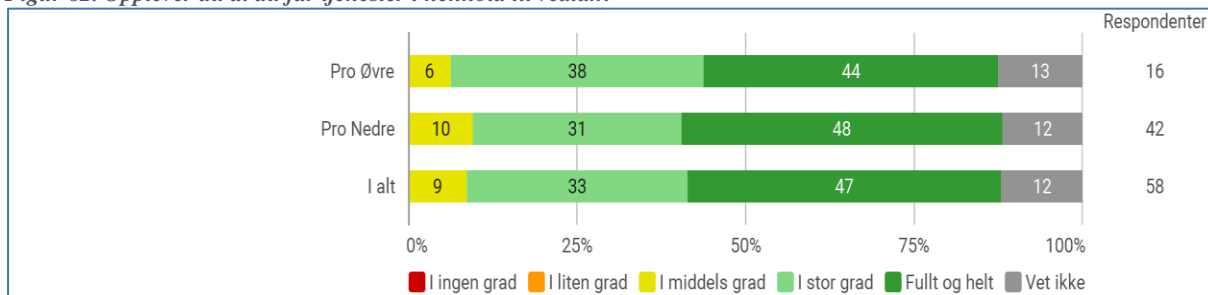


Også på dette spørsmålet som omhandler respekt er svarene i stor grad plassert i kategoriene «i stor grad og i svært stor grad». På dette spørsmålet er det ingen som har svart i svært liten, eller i liten grad. Dette kan være en indikasjon på at de ansatte i hjemmetjenesten i de aller fleste tilfeller behandler tjenestemottakerne med respekt.

Figur 61: I hvor stor grad opplever du at hjemmetjenesten - behandler deg med respekt?

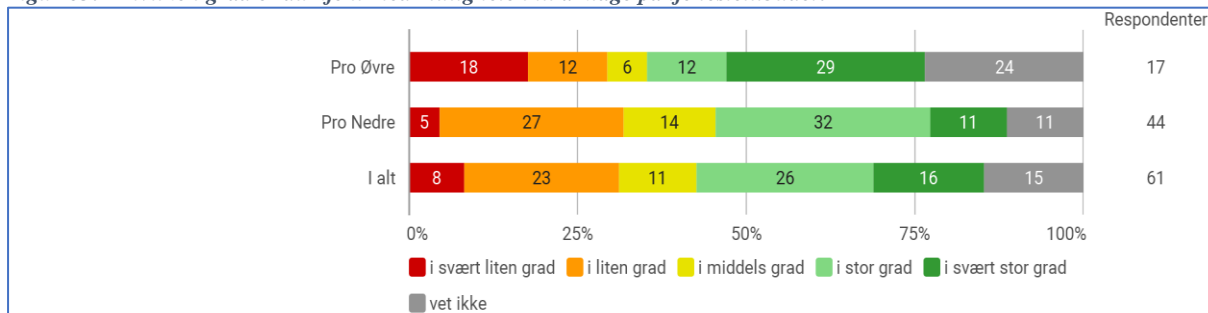


Figur 62. Opplever du at du får tjenester i henhold til vedtak?



I det etterfølgende spørsmålet kunne respondentene kommentere opp imot spørsmålet om de får tjenester i henhold til vedtak. Flere av respondentene viser til at de ikke har fått vedtak på tjenestene de mottar, dette kan være en forklaring på at det er syv som har svart «vet ikke» på spørsmålet.

Figur 63: I hvilken grad er du kjent med muligheten til å klage på tjenestetilbudet?

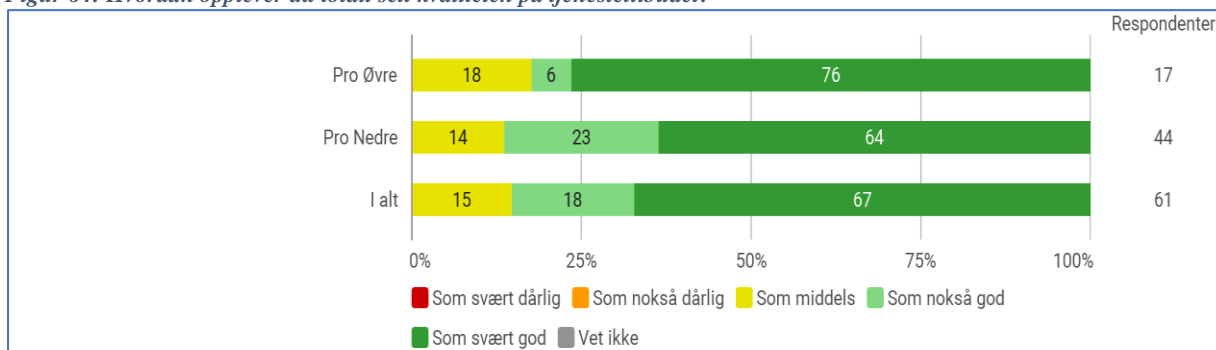


Spredningen i svar fra respondentene her er stor. Alle deler av skalaen er brukt og en relativt sett stor gruppe har svart «vet ikke». Svarfordelingen her kan indikere at tjenestemottakerne har i ulik grad fått informasjon om muligheten til å klage på tjenestetilbudet.

### Samlet vurdering av kvalitet

Det siste spørsmålet i spørreundersøkelsen til hjemmetjenestemottakerne gikk på hvordan de totalt sett opplever kvaliteten på tjenestetilbudet. Det er ingen respondenter som har benyttet seg av «svært dårlig» og «nokså dårlig» på skalaen. Det er ni respondenter som har svart at de opplever tjenestene som middels, men det klare flertallet av respondentene har benyttet «nokså god» og «svært god» som svaralternativer.

Figur 64: Hvordan opplever du totalt sett kvaliteten på tjenestetilbudet?



Også på dette spørsmålet kunne respondentene kommentere i fritekst. Positive kommentarer er i stort flertall blant kommentarene. Respondenter svarer at de er godt fornøyde med mat, personale, kvalitet på tjenesteutøvelse og at de oppleves som trygt å ha tjenester fra hjemmetjenesten. Andre kommentarer går på at det er ønskelig med mer aktivitetstilbud, involvering av de pårørende og fysioterapitilbud til mottakere. Flere tilbakemeldinger går på at det er utfordrende med manglende kommunikasjon opp imot ledelsen i hjemmetjenesten.

## 6 RESSURSBRUKANALYSE

*Hvordan er ressursbruken innenfor pleie- og omsorgstjenestene i Målselv kommune i forhold til sammenlignbare kommuner, og hva er hovedårsakene til eventuelle forskjeller?*

### 6.1 Innledning

I RO-rapporten fra 2019 er det vist til at Målselv kommune kom på 384. plass i kommunebarometeret for 2019. I rapporten står det videre at «Dommen er at nøkkeltallene er mye svakere enn den økonomiske forutsetningen skulle tilsi. Innenfor helse og omsorg ligger Målselv kommune på 401. plass på kommunebarometeret. Dyre helse- og omsorgstjenester i Målselv knytter seg først og fremst til sykehjemsdriften og manglende tilbud om omsorgsboliger. Dernest til strukturen i form av to parallelle organisasjoner for pleie, rehabilitering og omsorg (PRO) basert på geografisk inndeling. Til sist spiller tildelingspraksis en viktig rolle, både fordi det utløser kostnader og rettigheter, men ikke minst fordi tildelingen er ulik, uten helhet og retning». RO-rapporten inneholder en KOSTRA-analyse for årene 2015-2018. Etter at RO-rapporten ble ferdig er flere endringer gjennomført og revisor vil derfor ikke i KOSTRA-analysen som vi har gjort her gjøre sammenligninger med tidligere periode.

En sammenliknende analyse med KOSTRA-tall ser på ressursbruk på bestemte tjenesteområder. Ved å se på KOSTRA-grupper, kommunen selv og landet uten Oslo vil en få et bra sammenligningsgrunnlag.

Basert på befolkningssammensetningen i en kommune kan vi utlede forventninger om kommunens ressursbruk på, for eksempel, helse- og omsorgstjenester. Vi sammenligner Målselv kommune med gjennomsnittene i KOSTRA-gruppe 11 i 2019 og KOSTRA-gruppe 2 (i 2020, 2021 og 2022). KOSTRA-gruppene er det klart mest relevante KOSTRA-gruppene, men vi har også inntatt indikatorverdier for landsgjennomsnittet i tabellene og fremstillingene nedenfor. I denne konkrete sammenhengen, der Målselv kommune ble flyttet fra KOSTRA-gruppe 11 til KOSTRA-gruppe 2 f.o.m. 1.1.2020, utgjør landsgjennomsnittet u/Oslo den stabile KOSTRA-gruppen for sammenlikning gjennom fireårsperioden. Tallene for 2022 er foreløpige tall som ble publisert av Statistisk Sentralbyrå 15.03.2023. De endelige KOSTRA-tallene for 2022 blir publisert i juni 2023, det er ikke forventet avvik som vil være utslagsgivende for denne analysen.

Eldre innbyggere utgjør altså i utgangspunktet en hovedmålgruppe for pleie- og omsorgstjenester i Målselv kommune. Tabell 4 viser andelen av befolkningen som var 67 år eller eldre i Målselv kommune, de relevante KOSTRA-gruppene samt fordelingen i landet før øvrig – uten Oslo i 2019, 2020, 2021 og 2022.

Tabell 4. Andel innbyggere i alderen 67 år eller eldre, Målselv kommune og KOSTRA-grupper, 2018-2022

Andel innbyggere i alderen 67 år eller eldre				
	<u>2019</u>	<u>2020</u>	<u>2021</u>	<u>2022</u>
<b>Målselv kommune</b>	<b>17,9 %</b>	<b>18,2 %</b>	<b>18,7 %</b>	<b>18,4 %</b>
KG2	-	19,9 %	20,4 %	20,7 %
KG11	18,4 %	-	-	-
Landet u/Oslo	16,1 %	16,4 %	16,8 %	17,0 %

Kilde: Statistisk Sentralbyrå - KOSTRA tabell 11805.

Andelen innbyggere over 67 år i Målselv kommune er økende, den samme trenden ser vi i KOSTRA-gruppene Målselv sammenligner seg med i denne treårsperioden. Landet u/Oslo (LOU) har en lavere andel innbyggere over 67 år enn Målselv kommune, men øker også i om lag samme takt som Målselv. Andelen potensielle tjenestemottakere av pleie og omsorgstjenester i Målselv kommune har dermed gått opp i tre av de siste fire årene. Økningen avtok noe i 2022.

At en kommune har en relativt høyere andel av sine innbyggere i en hovedmålgruppe for et tjenesteområde er et forhold som ofte medfører en høyere prioritering av – eller større ressursbruk på – dette tjenesteområdet. Befolknings sammensetningen som fremgår av tabell 4 ovenfor, gir i utgangspunktet grunn til å forvente at Målselv kommunes ressursmessige prioritering av pleie- og omsorgstjenester generelt har vært litt lavere enn gjennomsnittet i KG11 i 2019 og KG 2 i 2020 -2022. Tallene i tabell 4 gir videre grunnlag for en forventning om høyere ressursbruk i pleie- og omsorgstjenestene i Målselv enn gjennomsnittlig for landet u/Oslo – i samtlige fire år.

## 6.2 Pleie- og omsorgstjenestene i Målselv kommune – og i referansegruppene

Brukere av pleie og omsorgstjenester per 1000 innbyggere er delt inn i tre kategorier, hjemmetjenester, institusjonsbaserte tjenester og aktiviserings- og servicetjenester.<sup>16</sup> Av tabell 5 nedenfor fremgår relative tall for brukere av pleie- og omsorgstjenester i Målselv kommune, relevante KOSTRA-grupper og landet u/Oslo i årene 2019, 2020, 2021 og 2022.

Tabell 5. Brukere av pleie- og omsorgstjenester, relative tall, Målselv kommune og KOSTRA-grupper, 2019-2022.

Brukere av pleie- og omsorgstjenester pr. 1000 innbyggere				
	<u>2019</u>	<u>2020</u>	<u>2021</u>	<u>2022</u>
<b>Hjemmebaserte tjenester</b>				
<b>Målselv kommune</b>	<b>59,8</b>	<b>58,1</b>	<b>60,3</b>	<b>51,6</b>
KG2	-	55,1	55,1	55,0
KG11	60,8	-	-	-
Landet u/Oslo	40,9	41,0	41,8	41,6
<b>Institusjonsbaserte tjenester</b>				
<b>Målselv kommune</b>	<b>10,8</b>	<b>10,0</b>	<b>11,2</b>	<b>9,6</b>
KG2	-	9,6	9,8	9,4
KG11	11,3	-	-	-
Landet u/Oslo	8,6	8,2	8,2	8,0
<b>Aktiviserings- og servicetjenester</b>				
<b>Målselv kommune</b>	<b>24,8</b>	<b>24,5</b>	<b>25,7</b>	<b>24,6</b>
KG2	-	27,7	29,7	31,9
KG11	32,8	-	-	-
Landet u/Oslo	22,8	25,2	25,7	26,3

Kilde: Statistisk sentralbyrå - KOSTRA tabell I2003.

<sup>16</sup> Aktiviserings- og servicetjenester kan være blant annet dagsenter for hjemmeboende, andre dagaktivitetstilbud, støttekontakt, transporttjenester, matombringing, velferdsteknologi, vask av tøy for hjemmeboende, vaktmester, ferietilbud og velferdstiltak samt frisør og fotpleie til eldre og personer med funksjonsnedsettelse. Kilde: Regjeringen, veileder til kontoplanen i Kostra.

Tabell 5 viser at det relative antallet mottakere av hjemmebaserte tjenester i Målselv kommune må betraktes som høyt sammenliknet med landsgjennomsnittet u/Oslo, men lavere enn i KOSTRA-gruppen i 2019 og høyere i 2020 og 2021. I 2022 snudde trenden for Målselv sin del og er nå lavere enn de sammenlignbare gruppene. Det at Målselv har flere mottakere av hjemmebaserte tjenester pr. 1000 innbyggere sammenliknet med landet u/Oslo, er i grunn som forventet i lys av at Målselv som nevnt har en eldre befolkning enn landsgjennomsnittet. Sammenliknet med referansegruppene, fremstår Målselv kommune som en relativt institusjonsorientert pleie- og omsorgskommune. De institusjonsbaserte tjenestenes dekningsgrader var høyere i Målselv enn gjennomsnittlig for referansegruppene i tre de fire årene sammenlikningene gjelder. Målselv kommune hadde i 2022 færre faktiske hjemmetjenestemottakere enn de foregående år.

Når det gjelder aktiviserings- og støttetjenester, var antall brukere pr. 1000 innbyggere lavere eller likt i Målselv kommune enn i de aktuelle KOSTRA-gruppene i perioden fra og med 2019 til og med 2022. Disse tjenestenes dekningsgrad steg deretter noe i Målselv, men mindre enn referansegruppene. Målselv kommune ligger likt med landet uten Oslo i 2021 og ligger noe under i 2022.

Tallene som fremgår av tabell 5 gir grunn til å forvente en noe høyere ressursbruk på hjemmebaserte tjenester i Målselv enn i sammenliknbare kommuner (i KOSTRA-gruppene), og en betydelig høyere ressursbruk i Målselv enn i landet for øvrig på det samme tjenesteområdet. Når det gjelder institusjonstjenestene, gir indikatorverdiene i tabell 5 grunn til å forvente en ressursbruk i Målselv kommune som er høyere enn i referansegruppene i de årene sammenlikningen gjelder.

Av den mer detaljerte statistikken som foreligger hos Statistisk Sentralbyrå, fremgår det at det i *aldersgruppen 0-66 år* hadde Målselv kommune i fire år – relativt sett – flere hjemmetjenestemottakere enn hva som var gjennomsnittlig for landet u/Oslo og KOSTRA-gruppene i samme periode. Målselv kommune har hatt stabilt antall hjemmetjenestemottakere per 1000 innbyggere siste tre år.

Også når det gjelder *aldersgruppen 67-79 år* hadde Målselv kommune flere hjemmetjenestemottakere pr. 1000 innbyggere enn gjennomsnittlig for KOSTRA-gruppene i perioden f.o.m. 2019 t.o.m. 2022. I hele perioden har Målselv relativt sett betydelig flere mottakere av hjemmetjenester enn landet uten Oslo, noe flere tjenestemottakere per 1000 innbyggere enn KOSTRA-gruppene.

*Dekningsgraden av hjemmetjenester i Målselv kommunes befolkning fremstår i lys av ovenstående data over gjennomsnittlig sett i forhold til både landet og sammenliknbare kommuner i perioden fra og med 2019 til og med 2022.*

Hva angår *institusjonsbaserte tjenester*, er det ikke tilgjengelige tall i KOSTRA for Målselv kommune i aldergruppene 0-66 og 67-79 for årene i utvalget. For aldersgruppen 80 år og over er det tilgjengelige data for alle fire årene. For 2019 lå Målselv kommune under KOSTRA-gruppen, men over landet uten Oslo. I 2020 har Målselv redusert volumet med institusjonsbaserte tjenester per 1000 innbyggere. Nivået er noe lavere enn landet uten Oslo i 2020, men høyere i 2021 og 2022. Samlet sett gir indikatorverdiene inntrykk av en dekningsgrad for institusjonsbaserte tjenester i Målselv kommunes befolkning som er ikke avviker markant fra KOSTRA-gruppene og landet for øvrig.

I tjenesteområdet «aktiviserings- og servicetjenester» inngår blant annet eldre- og dagsentra for hjemmeboende, aktivitetssentra for personer med utviklingshemming, transporttjenester, støttekontakt, matombringing, trygghetsalarm, vaktmester, vask av tøy for hjemmeboende og andre velferdstiltak.

I Målselv indikatorverdier for *aktiviserings- og servicetjenester* for gruppen under 67 år har vi data for alle tre år. I de tre årene vi har grunnlag har Målselv noe lavere antall brukere per 1000 innbyggere enn KOSTRA-gruppene og landet u/Oslo. Unntaket er i 2021 hvor Målselv kommune er marginalt høyere enn landet uten Oslo.

For gruppen 67-79 år ligger Målselv kommune under både KOSTRA-gruppen og landet uten Oslo på ressursbruk på aktiviserings- og servicetjenester, dette gjelder alle fire årene.

Aldersgruppen 80 år og over har Målselv færre brukere per 1000 innbyggere på aktivisering- og servicetjenester enn KOSTRA-gruppene og landet u/Oslo for årene 2019 – 2022.

### 6.3 Prioriteringsindikatorer – ressursbruk i pleie- og omsorgstjenestene

I tabell 6 nedenfor presenterer vi overordnede prioriteringsindikatorer for pleie- og omsorgstjenestene i Målselv.

Tabell 6. Overordnede prioriteringsindikatorer for pleie- og omsorgstjenestene, Målselv kommune og KOSTRA-grupper, 2019-2022.

Overordnede prioriteringsindikatorer				
	<u>2019</u>	<u>2020</u>	<u>2021</u>	<u>2022</u>
<b>Netto driftsutgifter til omsorgstjenester i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter</b>				
<b>Målselv kommune</b>	<b>37,7 %</b>	<b>39,2 %</b>	<b>37,9 %</b>	<b>36,9 %</b>
KG2	-	35,5 %	37,1 %	36,6 %
KG11	34,6 %	-	-	-
Landet u/Oslo	32,4 %	32,1 %	33,9 %	34,6 %
<b>Avtalte årsverk i omsorgstjenestene pr. 10 000 innbyggere</b>				
<b>Målselv kommune</b>	Ingen data	394,7	398,3	396,2
KG2	-	375,6	382,8	377,4
KG11	377,8	-	-	-
Landet u/Oslo	313,2	315,3	319,0	322,0

Kilde: Statistisk Sentralbyrå

Netto driftsutgifter til omsorgstjenester i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter indikerer at Målselv har en høyere ressursbruk (prioritering) enn KOSTRA-gruppene og landet uten Oslo i hele treårsperioden. Dette har nok sammenheng med at det i en periode ble driftet med flere sykehjem enn planlagt som følge av forsinkelse på ferdigstilling av Helsetunet.

Den andre delen av tabellen indikerer antall avtalte årsverk i omsorgstjenestene per 10.000 innbygger. Målselv kommune har flere avtalte årsverk i omsorgstjenestene enn KOSTRA-gruppene og landet uten Oslo i tre av de fire årene hvor vi har data. Tendensen som fremgår av tabellene, er økende og i 2021 og 2022 bruker Målselv betydelig mer ansatte per 10.000 innbyggere enn landet u/Oslo.

Av tabell 7 nedenfor fremgår prioriteringsindikatorer spesifisert for de ulike tjenesteområdene/funksjonene som i KOSTRA sorterer under det overordnede begrepet «omsorgstjenester».

Tabell 7. Funksjonsspesifikke prioriteringsindikatorer for pleie- og omsorgstjenestene, Målselv kommune og KOSTRA-grupper, 2019-2022

Netto driftsutgift pr. innbygger på de relevante funksjoner/tjenesteområder				
	2019	2020	2021	2022
<b>F 234. Aktiviserings- og servicetjenester til eldre og personer med funksjonsnedsettelse</b>				
<b>Målselv kommune</b>	<b>817</b>	<b>714</b>	<b>737</b>	<b>940</b>
KG2	-	1295	1362	1485
KG11	1190	-	-	-
Landet u/Oslo	1023	975	1062	1169
<b>F 253. Helse- og omsorgstjenester i institusjon</b>				
<b>Målselv kommune</b>	<b>9590</b>	<b>10 222</b>	<b>9925</b>	<b>10 090</b>
KG2	-	9451	10 233	10 727
KG11	8451	-	-	-
Landet u/Oslo	7532	7521	8123	8790
<b>F 254. Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende</b>				
<b>Målselv kommune</b>	<b>13 256</b>	<b>13 907</b>	<b>14 132</b>	<b>14 486</b>
KG2	-	12 823	14 041	14 543
KG11	12 622	-	-	-
Landet u/Oslo	10 457	10 625	11 762	13 031
<b>F 261. Institusjonslokaler</b>				
<b>Målselv kommune</b>	<b>1844</b>	<b>2485</b>	<b>2712</b>	<b>2877</b>
KG2	-	1324	1567	1632
KG11	1158	-	-	-
Landet u/Oslo	1051	1101	1199	1319

Kilde: Statistisk Sentralbyrå - KOSTRA tabell 12362.

Av tabell 7 ovenfor fremgår det at Målselv kommunes ressursbruk pr. innbygger på *funksjon 234* «Aktiviserings- og servicetjenester til eldre og personer med funksjonsnedsettelse» bruker Målselv kommune betydelig mindre per innbygger enn både KOSTRA-gruppene og landet u/Oslo i hele perioden.

Hva angår Målselv kommunes netto driftsutgifter for *funksjon 253* «Helse- og omsorgstjenester i institusjon», fremstår Målselv med høyere netto driftsutgifter pr. innbygger enn gjennomsnittlig for sammenliknbare kommuner (de relevante KOSTRA-gruppene) – i to av de fire årene. I 2021 og 2022 ligger Målselv marginalt under KOSTRA-gruppene. Målselv kommune bruker i hele perioden mer på institusjonstjenester per innbygger enn landet u/Oslo gjør.

*Funksjon 254* «Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende» er høyere enn i KOSTRA-gruppene i 2019 - 2021. Målselv fremstår dermed med relativt sett høy prioritering – altså høy ressursbruk – på dette tjenesteområdet i fireårsperioden vi ser på. Årsaken på den høye ressursbruken i Målselv kommune er etter all sannsynlighet de store geografiske avstandene i kommunen. Også når det gjelder *aktiviserings- og støttetjenester*, som primært ytes til hjemmeboende, ser vi at Målselv kommune har lavere indikatorverdier enn KOSTRA-gruppene i samtlige fire år.



Som tabell 7 illustrerer har Målselv kommune prioritert *funksjon 234* - aktiviserings- og servicetjenester til eldre lavere enn hva både KOSTRA-gruppene og landet uten Oslo har gjort, i hele fireårsperioden.

*Funksjon 253* som omtaler helse- og omsorgstjenester i institusjon ligger Målselv kommune lavere enn KOSTRA-gruppen de var del av i 2021, høyere enn KOSTRA-gruppene i 2019 og 2020, og høyere enn landet uten Oslo i hele fireårsperioden. Dette indikerer at Målselv kommune prioriterer institusjonstjenester høyere enn KOSTRA-gruppene og landet uten Oslo.

Også på *funksjon 254* som omfatter helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende er kostnadsnivået i Målselv kommune og KOSTRA-gruppene tett i 2021 og 2022. I 2019 og 2020 hadde Målselv høyere utgifter per innbygger enn gjennomsnittet av kommuner i KOSTRA-gruppen. Utgiftene på denne funksjonen i landet uten Oslo er betydelig lavere enn i Målselv.

Institusjonslokaler er det siste elementet i denne tabellen og er *funksjon 261*. Også her ligger Målselv kommune høyere enn KOSTRA-gruppene og landet uten Oslo. Økningen har vært betydelig siden 2019 sammenlignet med KOSTRA-gruppene. Målselv kommune bruker over dobbelt så mye per innbygger i 2021 og 2022 på institusjonslokaler som landet uten Oslo.

#### 6.4 Utdypende tjenstedata

KOSTRA-tallene for pleie- og omsorgstjenester inneholder en rekke utdypende tjenesteindikatorer som i mange tilfeller sier noe om bakgrunnen for hvorfor en kommune fremstår med høyere (eller lavere) ressursbruk enn sammenliknbare kommuner på dette tjenesteområdet.

Tabell 8. Utdypende tjenesteindikatorer for pleie- og omsorgstjenestene, Målselv kommune og KOSTRA-gruppene, 2019-2022

Utdypende tjenesteindikatorer				
	2019	2020	2021	2022
<b>Andel hjemmetjenestebrukere med høy timesats (%)</b>				
Målselv kommune	6,8 %	6,5 %	6,8 %	7,1 %
KG2	-	6,7 %	6,8 %	7,0 %
KG11	7,3 %	-	-	-
Landet u/Oslo	7,4 %	7,4 %	7,5 %	7,5 %
<b>Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken</b>				
Målselv kommune	12,80	12,20	12,00	13,70
KG2	-	10,80	10,70	11,20
KG11	11,20	-	-	-
Landet u/Oslo	10,80	10,80	10,90	10,9
<b>Andel hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov (%)</b>				
Målselv kommune	14,1 %	13,8 %	14,1 %	15,1 %
KG2	-	16,1 %	16,3 %	16,6 %
KG11	17,5 %	-	-	-
Landet u/Oslo	16,7 %	16,8 %	17,0 %	17,0 %
<b>Institusjon – beboere med omfattende bistandsbehov (%)</b>				
Målselv kommune	77,8 %	85,9 %	81,8 %	86,7 %
KG2	-	82,1 %	83,0 %	85,1 %

KG11	81,7 %	-	-	-
Landet u/Oslo	71,6 %	72,8 %	73,2 %	72,6 %

Kilde: Statistisk Sentralbyrå - KOSTRA tabell 12292.

De to første av disse tre indikatorene i tabell 8 sier noe om hjemmetjenestemottakere sett som en gruppe – og hvilket omfang disse trenger og får tjenester i. Det gjennomsnittlige totalantall timer tildelt i uken pr. hjemmetjenestemottaker, er i alle tre årene vi ser på som høyere i Målselv enn i KOSTRA-gruppene. Dette indikerer at hjemmetjenestemottakere i Målselv får flere timer med tjenester enn i sammenlignbare kommuner.

Målselv kommune hadde en lavere andel *hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov* sammenliknet med KOSTRA-gruppene i både 2019 og 2020. I 2021 økte andelen i Målselv noe, og lå da over KOSTRA-gruppen og på samme nivå som landet uten Oslo.

Målselv kommunes andel *institusjonsbeboere med omfattende bistandsbehov* var lavere i starten av fireårsperioden, så høyere i 2020 før den var lavere enn KOSTRA-gruppen i 2021 og 2022. Nivået i Målselv er betydelig høyere enn i landet uten Oslo. Dette har sammenheng med andelen med omfattende behov med tjenester i hjemmet. Det kan indikere at Målselv kommune har tilbudt de mest pleietrengende plass i institusjon.

## 6.5 Produktivitetsindikatorer

Produktivitetsindikatorer skal si noe om enhetskostnader i en bestemt tjeneste. I tabell 9 nedenfor er det for tre av indikatorene brukere/tjenestemottakere som er «enheter». I den siste indikatoren er oppholdsdøgn den aktuelle enheten.

Tabell 9. Produktivitetsindikatorer for pleie- og omsorgstjenestene, Målselv kommune og KOSTRA-grupper, 2019-2022.

Produktivitetsindikatorer, pleie- og omsorgstjenestene				
	2019	2020	2021	2022
<b>Årsverk pr. bruker av omsorgstjenester</b>				
Målselv kommune	0,51	0,53	0,51	0,58
KG2	-	0,52	0,53	0,53
KG11	0,57	-	-	-
Landet u/Oslo	0,58	0,58	0,58	0,58
<b>Utgifter pr. oppholdsdøgn i institusjon, i kr</b>				
Målselv kommune	3825	4208	4382	4580
KG2	-	4147	4507	4841
KG11	3850	-	-	-
Landet u/Oslo	3842	4032	4437	4752
<b>Korrigerte brutto driftsutgifter pr. mottaker av hjemmetjenester, i kr</b>				
Målselv kommune	190 179	188 378	200 307	241 820
KG2	-	250 811	278 138	289 858
KG11	289 562	-	-	-
Landet u/Oslo	286 125	283 682	307 953	328 563
<b>Korr. brutto driftsutgifter pr. mottaker av aktiviserings- og servicetjenester, i kr</b>				
Målselv kommune	33 642	30 519	30 751	40 940
KG2	-	43 967	45 102	43 139

KG11	14 433	-	-	-
Landet u/Oslo	51 391	43 209	46 709	48 680

Kilde: Statistisk Sentralbyrå - KOSTRA tabell 12209.

Av tabell 9 fremgår det at Målselv kommunes *antall årsverk pr. bruker av omsorgstjenester* var lavere enn i KOSTRA-gruppene i alle fire årene i utvalget. Tallene indikerer at produktiviteten i kommunens drift av *pleie- og omsorgstjenester samlet sett* har vært høyere enn KOSTRA-gruppene i fireårsperioden når vi ser på bemanningen.

Når det gjelder kommunes *utgifter pr. oppholdsdøgn i institusjon*, viser tabell 9 at Målselv har hatt noe økning i indikatorverdi som også KG2 og KG11 har hatt gjennom fireårsperioden. Dette indikerer om lag samme produktivitet i sykehjemsdriften som i sammenlignbare kommuner over de årene.

Målselv kommunes *korrigerte brutto driftsutgifter pr. mottaker av hjemmetjenester* økte noe fra 2019 til 2022. Målselv kommune fremstår med lavere korrigerte brutto driftsutgifter pr. mottaker av hjemmetjenester enn gjennomsnittlig for landet u/Oslo i hele fireårsperioden. I 2019 - 2022 fremstår Målselv med høyere produktivitet sammenliknet med KOSTRA-gruppen og klart høyere produktivitet enn landet u/Oslo.

Indikatorverdiene for *korrigerte brutto driftsutgifter pr. mottaker av aktiviserings- og servicetjenester* gir inntrykk av at Målselv kommunes drift av disse tjenestene i alle årene er lavere enn KOSTRA-gruppene og landet uten Oslo. Ut ifra rapporteringene i KOSTRA vil det fremstå som at Målselv kommune prioriterer aktiviserings- og servicetjenester i mindre grad enn KOSTRA-gruppene, utenom i 2019.

## 6.6 Revisors oppsummerende kommentarer

Som vist innledningsvis i dette kapittelet, har Målselv kommune i de tre siste hele kalenderårene hatt en høyere andel innbyggere i alderen 67 år sammenliknet med landsgjennomsnittet u/Oslo. Det er i lys av dette ikke overraskende at Målselv kommune i de tre årene har brukt mer ressurser på pleie- og omsorgstjenester enn hva som har vært gjennomsnittlig for landets kommuner (utenom Oslo).

At Målselv kommunes ressursbruk på dette tjenesteområdet også har vært høyere enn i de aktuelle KOSTRA-gruppene vi sammenlikner Målselv med for den aktuelle treårsperioden, er helt i tråd med de forventningene som kommunens befolkningssammensetning gir grunnlag for. Hovedårsaken til den høye ressursbruken på pleie- og omsorgstjenester i Målselv kommune, synes å være at kommunen relativt sett har hatt flere mottakere av hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester enn hva som har vært gjennomsnittlig i KOSTRA-gruppene i de tre årene. Med henblikk på *aktiviserings- og servicetjenester* fremstår Målselv kommune med noe lavere dekningsgrad i befolkningen sammenliknet med gjennomsnittet for KOSTRA-gruppene, i alle de tre årene vi ser på. Kommunen har altså gitt tjenester, og da særlig hjemmebaserte tjenester, til en større andel av sin befolkning enn hva som har vært gjennomsnittlig, men ikke med nevneverdig flere ansatte per tjenestemottaker enn KOSTRA-gruppene. De samlede netto driftsutgiftene til pleie- og omsorgstjenester har utgjort en marginalt større del av de totale netto driftsutgiftene i Målselv kommune enn hva som har vært gjennomsnittlig i sammenliknbare kommuner og landet for øvrig i de fire årene.

*Produktiviteten* i Målselv kommunes drift av institusjonstjenester fremstår på samme nivå som de sammenliknbare kommuner (i KOSTRA-gruppene), og den overordnede bemanningsnormen i pleie- og omsorgstjenesten fremstår samlet sett på gjennomsnittet i alle tre årene.

Driften av kommunens hjemmebaserte tjenester samt aktiviserings- og støttetjenester, fremstår med synkende produktivitet gjennom treårsperioden – og fremstår i alle fire år som over gjennomsnittet produktiv sammenlignet med KOSTRA-gruppene og landet uten Oslo.

Målselv kommune ser ut til å levere helse- og omsorgstjenester med gjennomsnittlig andel ansatte per tjenestemottaker, til en marginalt høyere kostnad på institusjonstjenester og institusjonstjenester sett opp mot KOSTRA-gruppene. I forhold til landet uten Oslo leverer Målselv kommune betydelig dyrere institusjonstjenester og hjemmetjenester.

Revisor vil være varsom med å «spekulere i» hvorfor tjenestene som tilbys til innbyggerne i Målselv er dyrere enn i andre kommuner, men flere forhold kan spille inn, herunder:

- Utfordrende å rekruttere kvalifiserte ansatte. I samtale med revisor har helse- og omsorgssjefen redegjort for situasjonen knyttet til utfordringer med å rekruttere ansatte til å arbeide i helse og omsorgstjenestene i Målselv kommune.
- Demografiske og sosiale forhold relatert til kommunens befolkning:
  - Variabler som vil påvirke det samlede pleiebehovet er, foruten befolkningens alderssammensetning generelt, forekomsten av sykdom og helseproblemer i befolkningen samt antall aleneboende pleietrengende og andre sosiale forhold. Små kommuner har høyere kostnader i institusjonsomsorgen som følge av mindre rom for å utnytte stordriftsfordeler. Dette i tillegg til en spredt bosetning som medfører kostnadsulemper innen hjemmetjenesten med tanke på lange reiseavstander bidrar til en forsterkende negativ effekt. Det gjenspeiles også i at små kommuner har en større andel av tjenestemottakerne boende hjemme.
- Aleneboende over 80 år:
  - Målselv kommune hadde i 2020, 50 personer over 80 år som var aleneboende, dette utgjør 5,7 % av den totale befolkningen i Målselv. Andelen for hele landet uten Oslo i samme gruppe er 4,6 %, andelen i KOSTRA gruppe 2 i 2021 var 5,6 %. Dette indikerer at Målselv kommune har en større andel av personer over 80 år som bor alene i hjemmet. Dette er faktorer som er med på å forklare den høye ressursbruken på hjemmetjenester, og i noen grad kan være «kamouflerte» institusjons-kostnader i hjemmetjenesten om disse mottakerne får mye tjenester i hjemmet. I rapporteringene til KOSTRA blir de innbyggerne som har heldøgns omsorgsplasser rapportert som hjemmeboende, dette kan også være noe av forklaringen.

## 7 ØKONOMISTYRING I PLEIE OG OMSORG

Har økonomistyringen innenfor pleie- og omsorgssektoren i Målselv kommune vært i henhold til krav i regelverket?

### Revisjonskriterier

#### Målselv kommune ved kommunedirektør:

- *må påse at forslag til budsjett for PRO-tjenestene baserer seg på de inntekter og utgifter som kan forventes i budsjettåret.*
- *skal minst to ganger i året rapportere til kommunestyret om utviklingen i inntekter og utgifter, sammenholdt med årsbudsjettet. Kommunedirektøren må påse at rapporteringene bygger på relevant informasjon fra rammeområdet PRO-tjenestene.*
- *skal gi beskjed til kommunestyret dersom det oppstår endringer som forrykker budsjettbalansen eller som nødvendiggjør forskyvning av budsjettmessige rammer avdelingene imellom.*
- *skal ha utarbeidet økonomireglement.*
- *bør ha utarbeidet et delegasjonsreglement.*

### 7.1 Innledning

Målselv kommune har i gjeldende økonomireglement definert økonomistyring på følgende måte:

*«Økonomistyring er blant annet å ha kontroll over verdiskapningen og pengestrømmene slik at ressursene utnyttes så effektivt som mulig. For å bedre økonomistyringen har kommunen utarbeidet hensiktsmessige økonomimodeller som benyttes i et økonomisystem».*

Kommunens økonomisystem består ifølge økonomireglementet av følgende moduler:

- Hovedregnskap/budsjett
- Lønns- og personalsystem
- Faktureringsystem
- Innlånssystem
- Innkjøp
- Anleggsregnskap

I tillegg er det en rekke fagsystemer ved de ulike avdelingene og enhetene.

Kommunen har flere rammeområder, og PRO-tjenestene er ett rammeområde. Enhetsledere i PRO-tjenestene har ansvar og roller i kommuneadministrasjonens utarbeidelse av forslag til budsjett og oppfølging av vedtatt budsjett. Det er to enhetsledere i PRO-tjenestene som følges opp av og rapporterer til kommunalsjef for helse og omsorg. Enhetsledere følger opp

avdelingsledere i de enhetene de har ansvar for. Avdelingsledere har ikke noe formalisert ansvar i budsjettarbeidet eller økonomirapportering i henhold til de styrende dokumenter som vi presenterer nedenfor.

Våre undersøkelser av økonomistyring innen PRO-tjenestene inkluderer også undersøkelser rettet mot kommunens økonomiavdeling. Økonomiavdelingen består av økonomisjef og fem ansatte. En ansatt jobber med startlån og gjeldsrådgivning, to ansatte jobber med fakturering og daglig drift. To kontrollere, en på oppvekst og kultur, og en på helse og omsorg. Utover dette har økonomisjef fagansvar for tre ansatte til, en som arbeider med kommunale avgifter og eiendomsskatt, og en kontrollerer på teknisk. Økonomisjef har fagansvar for innkjøp i kommunen. Kontrollere følger opp enhetene med hensyn til regnskap, rapportering og delvis budsjettering.

Undersøkelsen av økonomistyringen i PRO-tjenestene retter seg mot hvilke overordnede reglementer og rutiner som gjelder for budsjettarbeidet og budsjettkontrollen, samt hvorvidt dette etterlevs i praksis.

## 7.2 Interne reglementer og systemer

### Økonomireglement:

Målselv kommunes *økonomireglement* ble vedtatt av kommunestyret 07.12.2016, i sak 114/2016. Det er ikke utarbeidet nytt økonomireglement etter at kommunelovens økonomibestemmelser trådte i kraft 1.1.2020. Revisor har fått opplyst at årsaken til manglende oppdatering av reglementet er blant annet høy turnover i økonomiavdelingen. Reglementet skal oppdateres, og det er ønskelig å ha det på plass så snart som mulig.

I økonomireglementets kapittel 1 «Bakgrunn» er henvisninger til tidligere kommunelov. Formålet med kommunens økonomireglement er angitt å være:

- Å beskrive kommunens økonomi og regnskapssystem
- Å bidra til en effektiv og forsvarlig økonomiforvaltning i kommunen
- Å bidra til en god økonomistyring
- Å gi de folkevalgte et tilfredsstillende beslutningsgrunnlag
- Å dokumentere viktige økonomirutiner

Det er opplyst i reglementet at det er bygget opp etter Norges kemner- og kommuneøkonomers forbund (NKK) normalreglement som grunnlag og tilpasset Målselv kommunes spesielle behov.

Reglementet er delt inn i 13 kapitler med regler og rutiner for ulike deler av de kommunale oppgavene. De mest relevante kapitlene i denne sammenheng er kapittel 2 «Kommunens plan- og økonomisystem» og kapittel 6 «Rapportering».

Kapittel 2 omfatter blant annet en gjennomgang av kommunens plan- og økonomisystem, og års-syklus for utarbeidelse av økonomiplan og årsbudsjett. Kapittel 2 også tar for seg ansvarsfordeling, og det kommer frem at «Kommunedirektøren har overfor kommunestyret og formannskapet ansvar for at økonomireglementet følges. Enhetslederne har tilsvarende ansvar overfor kommunedirektøren at reglementet blir fulgt i egen avdeling.» Avdelingsledere har ikke et formalisert ansvar på området, ifølge økonomireglementet.

Kapittel 6 omhandler økonomiske rapporteringer slik som tertialrapporter, årsmelding og KOSTRA-rapporteringer.

#### Delegeringsreglement:

Dokumentet *delegasjon til rådmann i Målselv kommune* ble vedtatt av kommunestyret 2.12.2020. Delegasjonsreglementet er utarbeidet og vedtatt etter at någjeldende kommunelov trådte i kraft, og det henviser dermed til någjeldende kommunelov. Kommunedirektøren er delegert myndighet til å ta avgjørelser i driftssaker og løpende enkeltsaker så langt lov og forskrifter tillater. Alle prinsipielle saker skal fremmes politisk organ. Ifølge reglementet kan rådmannen delegerere videre fullmakter som nevnt i reglementet videre til sine underordnede som da utøver myndigheten på rådmannens vegne og ansvar.

I delegeringsreglementet er ansvar og roller innen økonomi omtalt, og dette samsvarer med bestemmelser i økonomireglementet. Det er enhetsleder som har budsjettansvar i PRO-tjenestene i henhold til delegasjonsreglementet i Målselv. Avdelingsledere har ikke delegert fullmakt. Vi har fått opplyst at avdelingsledere skal vite hva de har å disponere til drift, lønn osv slik at de vet hva slags effekter som slår inn om for eksempel man tar inn en vikar ved sykefravær.

#### Budsjettrundskriv

I kommunens økonomireglement er det skissert en tidsplan for arbeidet med økonomiplan og årsbudsjettet. Rådmannen skal ifølge økonomireglementet i mars sende ut budsjettrundskriv for utarbeidelse av økonomiplanen og årsbudsjettet. Tidsplanen for kommunens budsjettarbeid er ifølge økonomireglementet følgende:

Rundskriv fra rådmannen	Ultimo mars
Administrativ behandling i enhetene 1	April - mai
Administrativ behandling i enhetene 2	Juli - september
Frist avdeling	September
Rådmannens grunnlag presenteres	Oktober
Formannskapets innstilling	November
Kommunestyrets vedtak	Desember

Figur 65: Oversikt over viktige datoer i budsjettarbeidet. Kilde: Økonomireglementet fra 2016 for Målselv kommune

Budsjettrundskrivet redegjør for budsjettprosessen og hvilke data som skal legges inn i kommunens budsjettverktøy. Rundskrivet inneholder en detaljert plan for progresjon i budsjettarbeidet, med oversikt over hvem som er ansvarlig for de enkelte fristene. Prosessen med å utarbeide nytt budsjett er delt i tre faser. Fase en er detaljarbeid ute på enhetene (konsekvensjustert budsjett), fase to er tekstarbeid og tiltak (tiltaksdelen) mens fase tre er den politiske behandlingen (beslutningsprosessen) av budsjettet. Fase en går fra april til utgangen av september, fase to har varighet på om lag to uker i oktober. Fase tre startet i 2022 den 11. oktober og varer frem til budsjettet er vedtatt av kommunestyret før jul.

De som har ansvar i fase en er enhetsledere, økonomisjef, kommunedirektør, lønnsansvarlige og kommunalsjefer. I fase to er det enhetsledere, økonomisjef og kommunedirektøren som er ansvarlige for å drive prosessen videre.

I fase tre hvor det er presentasjon av budsjettet overfor formannskap er det økonomisjef og kommunedirektør som står ansvarlig.

Revisor har fått beskrevet at budsjettprosessen har blitt forbedret de senere år ved at enhetsledere, ansatte og tillitsvalgte involveres tidlig. Tidligere år skjedde denne involveringen rett før frister og ferdigstilling av budsjett. Blant anbefalingene i RO-rapporten rettet mot økonomistyring, var at ledelsen i helse og omsorg skulle få en større rolle i arbeidet. I tillegg til øverste administrative leder, enhetene og avdelingene selv, er kommunens økonomiavdeling sentral i kommunens økonomistyring.

### Budsjettverktøy

Budsjettarbeidet foregår i et fagsystem som heter Arena, dette har Målselv brukt noen år. Revisor har fått opplyst at kommunen ønsker å gå over til et annet budsjettverktøy (Framsikt<sup>17</sup>) som er mer interaktivt og beskrivende for både politikere og andre som deltar i budsjettprosessen. Ifølge økonomisjef oppleves Arena som noe utfordrende å bruke for de som ikke bruker det daglig.

### 7.3 Årsbudsjetter og årsregnskap for PRO-tjenestene i årene 2019-2022

Revisors undersøkelser av økonomistyring innenfor helse- og omsorgstjenesten PRO-tjenestene i perioden 2019 til 2022, og er således for årene etter at RO-rapporten ble ferdigstilt. Som tidligere nevnt medførte rapporten at kommunen fastsatte en handlingsplan med flere tiltak hvorav enkelte gjaldt konkrete investeringer mens andre gjaldt endringer i kommunens økonomiarbeid.

Da kommunens kommunedelplan for helse og omsorg 2017 -2029 ble vedtatt hadde Målselv kommune tre sykehjem. Planene for disse og ombygging av Målselvtun er omtalt i planen. Det fremkommer at *«Tiltakene i handlingsplanene skal finansieres innenfor de økonomiske rammene som er disponible i gjeldende økonomiplanperiode. Planen skal være bærekraftig og tjenesteområdene skal yte gode og forsvarlige tjenester. Lovpålagte tjenester gir stramme prioriteringer innen de økonomiske rammene. Samtidig vil man ved å prioritere tilrettelegging for å kunne bo lengst mulig i eget hjem, legge til rette for forebyggende og helsefremmende tiltak, øke grad av selvhjulpenhet og utsette behov for mer omfattende hjelpetiltak. Hverdagsmestring og - rehabilitering er eksempler på dette.»*

I RO-rapporten fremkom flere anbefalinger til kommunen, og flere av anbefalingene ble fulgt opp av kommunen gjennom handlingsplan. Som tidligere nevnt, er tiltak i kommunens helse- og omsorgstjenester blant annet strukturelle endringer slik som endring i hvor tjenester ytes og investeringer i omsorgsboliger. Kommunen skal tilrettelegge for at flere får tjenester på lavest mulig nivå, jf. omsorgstrappa. Disse tiltakene retter seg mot kommunens PRO-tjenester.

Rådmannen rapporterte følgende til kommunestyret i sak 52/20 *Budsjettkonferanse Økonomiplan 2021-2024*, i møte 10.6.2020:

*«Rådmannen har i ovenstående utredning gitt et bilde på kommunens økonomiske status for perioden 2021-2024. Skisserte investeringer vil bidra til å gi økt kvalitet i Målselv kommunes tjenester ved å tilrettelegge for bedre infrastruktur og hensiktsmessige bygg å drive tjeneste og aktivitet i. Dette henger både sammen med at en del av de planlagte investeringer innebærer at bygg saneres/avhendes som følge av tilstand og/eller planløsninger, og at det også innenfor helse og omsorg investeres i omsorgsboliger i tråd med anbefalinger fra utredningen og nasjonalt. Investeringene i omsorgsboliger er nullsum for Målselv kommunes drift, og forventes også gi positive økonomiske effekter i driften framover. Det samme gjelder for boliger*

<sup>17</sup> Framsikt virksomhetsstyringsverktøy <https://framsikt.no/>



med tjenestetilknytning som er tilnærmet nullsum. Investeringen i nytt sykehjem bidrar til at samlokalisert og samordnet tjenestene for PRO Nedre og ved utforming av bygg også kunne håndtere framtidig behov for tjenester til en lavere utgiftsvekst enn tilfelle var ved fortsatt drift MSAH. I dette ligger også samordningsmuligheter med miljøarbeidstjenesten og helsesenteret og potensielt nye omsorgsboliger i nærområdet. For en del andre investeringer gjennomført siste 4-5 år og også i skisse over, er det kvalitet i tilbud som ligger til grunn – således forventes disse investeringer nødvendigvis å gi positiv økonomisk effekt i drift.

Utfordringen ved høyt investeringsnivå ligger i økt gjeld og tilhørende rente – og avdragsbelastning som må finnes rom for i drift. Høyt gjeldsnivå medfører økt fokus på finansforvaltning og oppfølging gjeldsportefølje, og øker usikkerhet knyttet til ytre endringer som påvirker kommunens renteutgifter. Når en ser på utvikling lånegjeld utenom selvkost og omsorgsboliger, er utviklingen flat over 10 år hvor en ser en topp rundt 2026 før den går ned 54 mill. kr. over siste 4 årene som følge av lavt investeringsnivå. I denne utviklingen ligger flere muligheter hvis kommunen finner økonomisk handlingsrom. Med bakgrunn i ovenstående må det identifiseres omstillingstiltak hvor kommunen skaper et økonomisk handlingsrom for å kunne tilby forutsigbare og kvalitativt gode tjenester også i framtiden – omstillingsbehovet er om lag 15- 20 mill. kr. ut fra et måltall for netto driftsresultat på 1,5-1,75 % av driftsinntekter, og samsvarer med tilsvarende vist i inneværende økonomiplan. Rådmannen viderefører implementering av ulike tiltak fra helse – og omsorgsutredningen så snart det lar seg gjøre ift. nåværende koronasituasjon. Det vil videre så snart situasjonen tillater det bli innhentet anbud på tilsvarende utredning innenfor skole iht. inneværende økonomiplan og årsbudsjett for 2020. Framover må det i samarbeid med enhetene, tillitsvalgte og verneombud utarbeides tentative rammer for hvert enkelt rammeområde hvor omstillingsbehovet dekkes inn. Dette blir en del av pågående budsjettprosess fram mot neste økonomimøte i formannskapet 15. oktober.»

Det vises til at investeringer skal medvirke til mer effektiv drift, men også at investeringene med de lånekostnadene de medfører, legger begrensninger i handlingsrommet i driften. Vi ser også at rådmannen viser til at det på hvert enkelt rammeområde hvor omstillingsbehovet skal dekkes inn, skal være et samarbeid med enhetene, tillitsvalgte og verneombud.

I tabellen nedenfor fremstiller vi for årene 2019 til og med 2022 vedtatt budsjett, revidert budsjett og årsregnskap for PRO-tjenesten.

Tabell 10: Netto utgifter (sum utgifter minus sum inntekter) i PRO-tjenesten:

År	Opprinnelig budsjett	Revidert budsjett	Årsregnskap
2019	91 708 548	91 708 548	94 076 526
2020	91 245 186	91 245 186	100 067 690
2021	89 225 174	86 553 721	97 598 022
2022	87 655 946	87 545 546	102 521 971

Kilde: Målselv kommunes årsmeldinger

Vi ser at kommunen har hatt høyere forbruk enn budsjettet i alle de fire årene.

Negativt avvik på knappe kr 3 millioner for **2019** er i årsberetningen forklart med avvik lønn og kjøp vikartjenester. For **2020** er det rapportering i årsberetningen om at høyt merforbruk på PRO-tjenesten knytter seg til koronapandemien og at en ikke har kunnet drifte med de stordriftsfordeler som planlagt. Det vises til ca kr 9,4 millioner i merforbruk kun på kjøp av vikartjenester, da det har vært utfordrende å få tak i kvalifisert personell når eksisterende ansatte ikke har kunnet jobbe på tvers av avdelinger. I **2021** er merforbruk forklart til å knytte

seg i hovedsak til bemanning. Merforbruk i PRO Øvre knyttet til for optimistisk budsjettering på et tiltak, samt store utfordringer med å få tak i kvalifisert personell og dermed stor bruk av vikarbyrå. For 2022 er siste økonomirapport (økonomirapport 2) tilgjengelig. Merforbruk for 2022 er på kr 14,97 millioner. Merforbruket er i økonomirapport 2 forklart med utfordringer med rekruttering, noe som gir utslag i økt forbruk på vikarbyrå gjennom hele året. Det har også vært behov for vikartjenester på sommeren i begge enhetene. Utgifter knyttet til pandemien var høy i første kvartal. Reduksjon i statlig tilskudd for dagtilbud til hjemmeboende med demens medførte at dette tilbudet ble driftet innenfor eksisterende bemanning.

#### 7.4 Økonomiplan- og budsjettprosesser

Økonomiplanen skal gjelde for fire år, angi prioriteringer, danne grunnlag for budsjettene samt følge opp og videreføre satsningsområder som er trukket opp i kommuneplanens langsiktige del og sentrale vedtak som er gjort. Enhetene er ansvarlig for å utarbeide forslag til økonomiplan for sine rammeområder, og kommentere endringer som foreslås, med konsekvenser av endringene.

Når det gjelder kommende års budsjetter, har økonomisjef fortalt at arbeidet gjøres i tråd med det som er beskrevet i kommunens økonomireglement. Det gjelder både tidspunktene for prosessene og med hensyn til de som skal involveres på de ulike stadiene i prosessen gjennom året.

I kommunestyrets første møte i 2019, i sak 2/19, fremla rådmannen evaluering av budsjettprosessen fram mot handlingsdel med budsjett og økonomiplan 2019-2022

Rådmannen vil videreføre den administrative prosessen i tråd med et internt budsjetttrundskriv, og opprettholde høyt fokus på økonomistyring og budsjettarbeid gjennom året. En viktig justering vil være å gi tydeligere oppdrag til enhetsledere om igangsetting av enhetsanalyser eller tilsvarende forberedelser til å utrede omstillingstiltak. Dette vil gi bedre tid til utredning og medvirkning på enhetsnivå og potensielt høyne kvaliteten på alternative tiltak fra rådmannens side. En utfordring med å utvide prosessene i tid, er at det kan skape usikkerhet for medarbeidere over lengre tid. Samtidig vil det sikre størst mulig rom for medvirkning og kvalitetssikring, hvilket til syvende og sist vil være å foretrekke for alle involverte i slike prosesser.

En noe tidligere oppstart på det konkrete utredningsarbeidet i administrasjonen vil også gi en gunstig politisk effekt. Det vil være mulig å legge fram tiltaksbeskrivelsene for politisk vurdering omtrent en måned tidligere enn i 2018, og dette antar rådmannen er sterkt ønskelig fra politisk hold.

I sum vurderer rådmannen at arbeidet med handlingsdel med budsjett og økonomiplan 2019-2022 er gjennomført på en god måte, men at det finnes forbedringspunkter som bør følges opp i prosessen som skal være i 2019.

Kilde: Rådmannens fremlegg i kommunestyrets sak 2/19, i møte 13.2.2019

Enhetsledere er inkludert tidlig i prosessen fra april måned, i motsetning til tidligere budsjettprosesser hvor de har kommet sent med i arbeidet. Både økonomisjef og enhetsledere i PRO-tjenestene har beskrevet for revisor at det er tett samarbeid. Avdelingsledere er med i budsjettprosessen for å øke forståelsen og konsekvenser for driften av tjenestene ut ifra de valg

som gjøres i budsjettarbeidet. Lenger ut i budsjettprosessen blir de hovedtillitsvalgte informert. Dette gjerne i sammenheng med at politikere blir informert.

Behov som ønskes dekket gjennom driftsbudsjettet kan legges til i budsjettprosessen. Andre større behov som det kan være aktuelt å dekke utenfor driftsbudsjett tas direkte med kommunalsjef for helse og omsorg. Bruk av vikar legges inn i budsjettet som egen post. Refusjoner fra NAV som følge av sykefravær, foreldrepermisjon med mer tilfaller den enheten hvor fraværet har vært. Kommende års budsjetter forholder seg til inneværende års budsjetttramme og avtalte årsverk, men noen små justeringer gjøres normalt sett.

Revisor har fått tilsendt budsjetttrundskrivene som økonomisjef har sendt ut til enhetene.

Revisor har også bedt om informasjon om hvilke datagrunnlag som ligger til grunn for anslagene på inntekts- og utgiftssiden i forslag til årsbudsjett. Kilder som legges til grunn for å anslå inntektene er basert på foregående års budsjett for helse og omsorgstjenestene. Økonomisjef har opplyst til revisor at det har vært noe usikkerhet knyttet til endringer i vederlag fra beboere. Dette knytter seg til at det har vært justering i forholdet korttids-/langtidsplass.

Anslaget av utgifter baserer seg på reelle lønnskostnader, lønnsoppgjør inneværende år og anslag for neste års lønnsoppgjør. Når det gjelder sykelønn, budsjetteres det med både sykelønn, vikar og overtid.

## 7.5 Budsjettoppfølging, rapporteringer og årsregnskap

### 2019

For rammeområdet PRO-tjenesten ble det for **2019** budsjettert med **kr 91 708 548** til drift. Under konsekvensbeskrivelser driftsrammer er følgende opplysninger fra rådmannen:

*«Rådmannen vil gjennomføre nødvendige omstillinger for å tilpasse driften til vedtatt ramme, i tråd med delegert myndighet og økonomireglementets bestemmelser om rammestyring. Rammereduksjon vil hovedsakelig medføre behov for å gjennomføre følgende tjenesteendringer:*

- *Innsparingstiltak. Hvilke konkrete tiltak vurderes nærmere internt på rammeområdet. Det kan være aktuelt med reduksjon på innkjøp og/eller generell bemanning (for eksempel gjennom beregninger basert på pleiefaktor). Konsekvensene vil være redusert tjenestekvalitet. Personalmessig vil tiltaket medføre nedbemanning og overtallighet».*

I kommunens **Økonomirapport 1. tertial 2019**, fremlagt for kommunestyret 12.6.2019, i sak 47/19 rapporteres det om årsak til merforbruk knyttet til prognosen.

**PRO**

	Regnskap pr april	Bud. ink. endring	Avvik i NOK	Avvik i %	Budsjett 2019	Regnskap 2018
<b>Netto</b>	29 432 045	28 909 194	522 851	1,81 %	92 008 548	93 752 999
<b>Utgifter</b>	36 228 062	34 687 079	1 540 983	4,44 %	110 960 079	118 702 138
<b>Inntekter</b>	-6 796 017	-5 777 885	-1 018 132	17,62 %	-18 951 531	-24 949 139

RO ligger med merforbruk knyttet til prognose for korttidsopphold sykehus som følge manglende kapasitet på sykehjem. Prognose sier 1 mill over budsjett.

Vedtatt nedtrekk 3,33 mill. kr. hvor effekter 2019 for 2,3 mill. kr. er effektuert. Ytterligere 0,5 mill. for PRO Nedre effektueres 1/1.20 samt 0,45 mill. kr. for PRO Øvre jobbes det med.

**I økonomirapport 2. tertial**, fremlagt for kommunestyret 6.11.2019, i sak 84/19, ser vi at avviket mot vedtatt budsjett har økt fra forrige rapportering:

**PRO**

	Regnskap pr august	Bud. ink. endring	Avvik i NOK	Avvik i %	Budsjett 2019	Regnskap 2018
<b>Netto</b>	60 509 463	58 509 038	2 000 425	3,42 %	92 008 548	93 752 999
<b>Utgifter</b>	74 300 717	70 532 397	3 768 320	5,34 %	110 960 079	118 702 138
<b>Inntekter</b>	-13 791 254	-12 023 359	-1 767 895	14,70 %	-18 951 531	-24 949 139

Enheten styrer mot et merforbruk rundt 2-2,5 mill. kr. som følge av høyt overbelegg og ekstra innleie personell, svært begrenset kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter og et BPA tiltak som isolert utgjør ca 1 mill. kr. for 2019. Det er innført delvis innkjøpsstopp. BPA tiltak er del av grunnlag for søknad kriseskjønn fra Fylkesmannen som er under behandling.

I kommunestyrets møte 4.12.2019, i sak 90/19, var sak om budsjettreguleringer. Rådmannen viser i saksutredningen til at regelverket pålegger rådmannen å gjøre nødvendige budsjettreguleringer når kommunen blir kjent med endringer i forutsetninger fra vedtatt budsjett. Saken gjaldt reguleringer hovedsakelig på investeringssiden. Om driften viser vi til følgende opplysninger i saken fra rådmannen: «[...] I tillegg er det kommet endringer i forutsetninger på drift i forhold til budsjett. Rådmannen har gjennom to tertialrapporter synliggjort de utfordringer kommunen står overfor i driften, men finner ikke rom for å foreta reguleringer her utover justeringer knyttet til noen prosjekter finansiert ved disposisjonsfond inklusive kompetansemidler. De avvik som ligger på de ulike rammeområder representerer de utfordringer kommunen har i sin drift».

Kommunens årsregnskap viser forbruk på PRO i 2019 på **kr 94 076 526**, som innebærer et merforbruk på kr 2 367 978.

I årsberetningen for 2019 vises det til at økonomiarbeidet gjennom 2019 har vært fokusert rundt forbedring av budsjettprosess. I dette har også ligget forbedringsarbeid mot enhetene. Fortsatt gjenstår en del arbeid for at kvaliteten i prosess og grunnarbeid skal komme på ønsket nivå, og vise seg gjennom færre og mindre avvik både i drift og investering.

**2020**

I rådmannens fremlegg til kommunestyrets sak om kommuneplanens handlingsdel med budsjett og økonomiplan 2020 – 2023, i møte 4.12.2029, redegjør rådmannen for at «Den

omfattende helseutredningen som nå er i slutfasen vil gi noen gode svar på hvordan området kan drives i framtiden med god kvalitet og samtidig kostnadseffektivt. I dette ligger også at et helt nytt sykehjem samt boliger med tjenestetilknytning tas i bruk 1. kvartal 2020, hvor det allerede er lagt inn forventet økonomisk effekt innenfor ressurskrevende tjenester ifm dette. Rådmannen anser det ikke hensiktsmessig å foreslå ytterligere rammetrekk eller konkrete tiltak innenfor de store rammeområdene før pågående og nært forestående utredninger er gjennomført. For de mindre rammeområder er det gjennomført nedtrekk ifm inneværende økonomiplan, noe som gir begrenset mulighet for ytterligere effekter uten at det går konkret på tjenesteproduksjonen».

I 2020 ble det budsjettert med **kr 91 245 186** for PRO-tjenestenes drift.

I **Økonomirapport 1. tertial**, fremlagt for kommunestyret 10.6.2020, i sak 50/20, rapporteres det om merforbruk og årsak til merforbruk.

#### PRO

	Regnskap pr april	Bud. ink. endring	Avvik i NOK	Avvik i %	Budsjett 2020	Regnskap 2019
<b>Netto</b>	<b>33 330 010</b>	<b>31 772 381</b>	<b>1 557 629</b>	<b>4,90 %</b>	<b>91 165 186</b>	<b>94 994 906</b>
Utgifter	40 061 020	38 307 340	1 753 680	4,58 %	112 477 041	122 871 362
Inntekter	-6 731 010	-6 534 959	-196 051	3,00 %	-21 311 855	-27 876 456

Rammeområdet ligger med merforbruk ca. 1,5 mill. kr. Innsparingstiltak knyttet til effekter av nytt sykehjem påvirkes både av forsinket innflytting og koronapandemien som medfører at ny turnus ikke kan iverksettes foreløpig.

**Økonomirapport 2. tertial** ble fremlagt for kommunestyret i sak 79/20, i møte 28.10.2020, viser at merforbruk knyttes til pandemien. Etter opprinnelig plan skulle det vært igangsatt flytting til Målselvtun, men den prosessen var forsinket.

#### PRO

	Regnskap pr august	Bud. ink. endring	Avvik i NOK	Avvik i %	Budsjett 2020	Regnskap 2019
<b>Netto</b>	<b>68 553 855</b>	<b>58 588 566</b>	<b>9 965 289</b>	<b>17,01 %</b>	<b>91 165 186</b>	<b>94 994 906</b>
Utgifter	83 162 987	70 345 121	12 817 866	18,22 %	112 477 041	122 871 362
Inntekter	-14 609 132	-11 756 555	-2 852 577	24,26 %	-21 311 855	-27 876 456

Rammeområdet preges av et merforbruk som i stor grad knyttes til Covid-19. Budsjetterte besparelser, som for eksempel stordriftsfordeler, kunne ikke effektueres på grunn av forsinkelser i flytteprosessen til nytt sykehjem. Tiltak som dynamisk drift mellom avdelinger kunne ikke settes i kraft på grunn av restriksjoner som ble pålagt i forbindelse med smittevern. Restriksjonene gjorde det umulig å opprettholde faglig forsvarlighet uten ekstern innleie, og store deler av merforbruket kan knyttes til kjøp av ressurser fra vikarbyrå.

Det er nå åpnet opp for bruk av ressurser på tvers av avdelinger, forutsatt smitteutvikling lik det man har i regionen i dag. Ny turnus er iverksatt fra og med september, der enheten nå har iverksatt drift med planlagte stordriftsfordeler.

Årsregnskapet for rammeområdet PRO viste for 2020 driftsutgifter på **kr 100 067 690** som innebar et merforbruk på over kr 9 millioner.

### 2021

For rammeområdet PRO ble det budsjettet med **kr 89 225 174** for 2021. Balansen i Budsjett og økonomiplan 2021-2024 forutsetter videre effekter av de tiltak som er iverksatt innen helse og omsorg, vises det til i kommuneplanens handlingsdel med budsjett og økonomiplan, jf. kommunestyrets sak 104/20.

I **Økonomirapport nr. 1 for 2021**, i kommunestyrets sak 54/21, i møte 9.6.2021, er følgende opplysninger om rammeområdet PRO:

#### PRO

	Regnskap pr april	Bud. ink. endring	Avvik i NOK	Avvik i %	Budsjett 2021	Regnskap 2020
<b>Netto</b>	<b>30 749 908</b>	<b>32 771 796</b>	<b>-2 021 888</b>	<b>-6,17 %</b>	<b>88 807 674</b>	<b>96 151 071</b>
Utgifter	37 728 362	39 149 284	-1 420 922	-3,63 %	110 118 114	126 467 068
Inntekter	-6 978 454	-6 377 488	-600 966	9,42 %	-21 310 440	-30 315 997

Et foreløpig mindreforbruk på om lag 2 mill. kr. knyttet til lønn. Det er utfordringer med å få tak i kvalifisert personell, som fører til at det er behov for å ta inn folk fra vikarbyrå. Tiltak som vikarbyrå skal gjennomføres innenfor ramma.

I sak 54/21 om budsjettregulering skriver rådmannen at etter rapportering 1. tertial er det fortsatt mye usikkerhet i tallgrunnlaget og forutsetninger i forhold til drift, og slik sett anser kommunedirektøren det ikke hensiktsmessig å foreta budsjettregulering i ordinære driftsposter.

**Økonomirapport nr. 2 for 2021** ble fremlagt for kommunestyret i møte 22.9.2021, i sak 71/21. Der står følgende oversikt med forklaring:

#### PRO

	Regnskap pr august	Bud. ink. endring	Avvik i NOK	Avvik i %	Budsjett 2021	Regnskap 2020
<b>Netto</b>	<b>61 124 847</b>	<b>56 918 970</b>	<b>4 205 877</b>	<b>7,39 %</b>	<b>88 807 674</b>	<b>96 151 071</b>
Utgifter	78 386 525	70 316 034	8 070 491	11,48 %	110 118 114	126 467 068
Inntekter	-17 261 678	-13 397 064	-3 864 614	28,85 %	-21 310 440	-30 315 997

Foreløpig et stort merforbruk, i all hovedsak knyttet til PRO Nedre, hvor størstedelen dreier seg om lønn. Jobbes med å finne årsaken til avvik, og det drives streng kostnadskontroll. Minimalt med bruk av innleie vikarbyrå på helsetunet, mens det har vist seg å være vanskelig å rekruttere kvalifisert personell i Øverbygd. Der er det mindreforbruk på lønnsposter, men over budsjett på innleie. I rekrutteringsøyemed har det vært nødvendig å gi noe høyere årslønn til enkelte stillingsgrupper, noe som vil gi utslag på årsbasis.

Årsregnskapet for 2021 viser forbruk på rammeområdet PRO på **kr 97 598 022** som innebar et merforbruk på over kr 8 millioner.

### 2022

På rammeområdet til PRO-tjenestene ble det for **2022** budsjettet med **kr 87 655 946**.

I **Økonomirapport nr. 1 for 2022** vises det til risiko for merforbruk og at det er store forskjeller internt mellom PRO Øvre og PRO Nedre. Økonomirapporten ble fremlagt for kommunestyret i møte 9.6.2022, i sak 55/22.

#### PRO

	Budsjett 2022	Regnskap pr 30.04.22	Restbudsjett/ saldo	Prosent forbruk
<b>Netto</b>	<b>87 545 546</b>	<b>31 722 495</b>	<b>55 823 051</b>	<b>36,24 %</b>
Utgifter	110 030 960	39 497 493	70 533 467	35,90 %
Inntekter	-22 485 414	-7 774 998	-14 710 416	34,58 %

Store forskjeller internt mellom PRO Øvre og PRO Nedre, hvor det blant annet har vært utfordrende å rekruttere kvalifisert personell i Øvre. Dette gir utslag i budsjett på vikarbyrå. Foreløpig stans i byråbruk, men er behov for flere i sommerturnus. I første kvartal har det også vært store utgifter knyttet til pandemien og de utbrudd som har vært i begge distrikt. Risiko for merforbruk foreligger, men følges svært tett opp.

I kommunestyrets møte 22.9.2022, i sak 83/22, ble **Økonomirapport nr. 2** for året fremlagt.

#### PRO

	Budsjett 2022	Regnskap pr 31.08.22	Restbudsjett/ saldo	Prosent forbruk
<b>Netto</b>	<b>87 545 546</b>	<b>61 294 458</b>	<b>26 251 088</b>	<b>70,01 %</b>
Utgifter	110 030 960	75 843 277	34 187 683	68,93 %
Inntekter	-22 485 414	-14 548 819	-7 936 595	64,70 %

Forskjeller internt mellom PRO Øvre og PRO Nedre, hvor det blant annet har vært utfordrende å rekruttere kvalifisert personell i Øvre over lang tid. Dette gir utslag i budsjett på vikarbyrå gjennom hele året. I sommer har det også vært behov for vikarbyrå på begge enhetene, da det har vært særdeles krevende å få rekruttert kompetanse. De sykepleiere man har fått rekruttert kan ikke starte nå.

I første kvartal har det også vært store utgifter knyttet til pandemien og de utbrudd som har vært i begge distrikt. Risiko for merforbruk er svært høy, men følges tett opp av både økonomiavdeling og strategisk ledelse. Driften frem til neste budsjettår ser utfordrende ut, men det jobbes også godt med å møte dette uten at det skal gå ut over tjenestetilbudet.

Som særskilte utfordringer kan det nevnes korttidsavdeling hvor det er krav om sykepleierkompetanse til enhver tid, samt dagtilbud for hjemmeboende med demens hvor statlig tilskudd er kuttet og det må driftes innenfor eksisterende bemanning. Praktisk bistand er også et område som må nevnes hvor det er utfordringer med å få tak i personell, i Øvre har dette vært driftet med hjelp fra vikarbyrå i år.

Vi ser at det i alle økonomirapporteringene til kommunestyret vises til utfordringer knyttet til både rekruttering og vikarbruk. Pandemi har påvirket PRO-tjenestene.

Revisor har etterspurt informasjon fra kommuneadministrasjonen om rutinene for rapportering internt fram mot tertialrapporteringen til kommunestyret. Vi har muntlige opplysninger og har også fått tilsendt dokumenter som viser intern rapportering som er gjort for ulike tertial.

Revisor har fått opplysninger om hvordan det gjøres kontroll opp mot budsjett i kommuneadministrasjonen. Antall årsverk følges opp mot det faktiske antallet som har vært i jobb og det som det er budsjettet med i de foregående månedene. Dette gjennomgås ifølge økonomisjefen i månedlige møter mellom PRO-tjenesten og økonomiavdelingen. Oppfølgingen rettet mot årsverk ble påbegynt i slutten av 2020 da det var uklart hvorfor tjenestene hadde merforbruk på lønn. I den forbindelse utviklet økonomiavdelingen et eget oppfølgingsverktøy (lønnsark) for å analysere, og gi strategiske råd knyttet til bemanning blant annet i PRO-tjenestene. I de månedlige møtene går de gjennom lønnsarkene som har alle grunnlagsdata innmatet. Verktøyet er bygd opp av en rekke Excel-ark som baseres på rapporter tatt ut ifra Visma HRM. Dette er rapporter med informasjon om aktive arbeidsforhold, ferie, sykefravær og permisjoner med mer. Arket inneholder også rutiner for å hente ut de riktige rapportene for å mate inn data i verktøyet. Arket brukes for å beregne hvor mange årsverk de ulike ansvarsnummer bruker opp mot fastsatt budsjett den aktuelle måneden, og året for enheten og PRO Øvre /Nedre samlet sett. Dette sees opp mot budsjettet på måneds- og årsbasis. Er det avvik, skal det årsaksforklares i rapporteringen.

Tertialrapporteringer baseres på lønnsarket, og andre faktorer. Ekstrakostnader skilles også ut i regnskapet for å synliggjøre disse på en bedre måte, eksempel på dette er ekstrakostnader knyttet til terminalpleie tjenestemottakere i livets slutfase. Dette verktøyet medfører at helse og omsorg har bedre oversikt over hvor pengene brukes i løpet av året.

Til grunn for rapporteringene til kommunestyret er informasjon i månedlig rapportering i administrasjonen. Rapporteringen gjøres sammen med økonomikonsulenten for helse og omsorg. Enhetslederne rapporterer månedlig til kommunalsjefen for helse og omsorg. På de månedlige rapporteringsmøtene deltar avdelingsleder, enhetsleder og økonomikontroller for helse- og omsorg. Det er ikke noen rutine for rapporteringsmøtene, utformingen av de har blitt til underveis og var ønsket fra PRO-tjenestene. Kommunalsjefen baserer sine rapporteringer videre i linjen på det som hun mottar fra sine enhetsledere.

I tillegg til de ordinære månedlige rapportene som følges opp i forhold til økonomireglementet, ble det høsten 2021 innført egne internkontrollmøter i strategisk ledelse. I tillegg til møter på PRO og helse, diskuteres det regnskap, overtid, variabel lønn, vikarbruk og andre økonomiske temaer i strategisk ledelse. Deretter lages det en kort rapport som sendes til formannskapet. Det er med andre ord ikke bare de månedlige tertialrapportene som følges opp, men også egne internkontrollmøter.

I sak om budsjettregulering i desember 2022 i kommunestyret viser kommunedirektøren til at den økonomiske statusen i kommunen er synliggjort gjennom tertialrapporteringene. Kommunedirektøren viser til at det velges å ikke budsjettregulere mellom rammer. De avvik som ligger på de ulike rammeområder representerer de utfordringer kommunen har i sin drift.



## 7.6 Revisors vurderinger

Revisor vurderer det slik at Målselv kommune ved kommunedirektør **i stor grad har oppfylt** revisjonskriteriet om å ha forslag til budsjett for PRO-tjenestene som baserer seg på de inntekter og utgifter som kan forventes i budsjettåret. Kommunen har redegjort for budsjettarbeidet herunder hvilke opplysninger som ligger til grunn for forslag for budsjett for PRO-tjenestene. Budsjettene baserer seg på foregående års budsjett. Rapporteringer og årsregnskap viser utgifter som ikke har vært inkludert i forslaget for PRO-tjenestene.

Målselv kommune ved kommunedirektør **har oppfylt revisjonskriteriet** om å minst to ganger i året rapportere til kommunestyret om utviklingen i inntekter og utgifter, sammenholdt med årsbudsjettet, og herunder å påse at rapporteringene bygger på relevant informasjon fra rammeområdet PRO-tjenestene.

Administrasjonen har tertialrapporteringer per 30. april og 30. august. Som en del av rapporteringene har administrasjonen forklart i tekstform hva avviket fra budsjett for PRO skyldes. Vi vurderer kriteriet som oppfylt med bakgrunn i våre funn og hvordan det internt i administrasjonen er rutiner for å fremskaffe informasjon fra PRO-tjenestene.

Revisor vurderer at Målselv kommune ved kommunedirektør **har oppfylt revisjonskriteriet** om å ha rapportert til kommunestyret dersom det oppstår endringer som forrykker budsjettbalansen eller som nødvendiggjør forskyvning av budsjettmessige rammer avdelingene mellom. Kommunedirektøren har rapportert til kommunestyret i økonomirapport 1 og i økonomirapport 2, og det inngår informasjon om avvik og hva disse kommer av. Det følger av kommuneloven § 14-5 tredje ledd siste setning at hvis utviklingen viser vesentlige avvik, skal kommunedirektøren foreslå endringer i årsbudsjettet. Vår undersøkelse viser at budsjettreguleringer ikke har blitt foreslått i tilfeller hvor det er rapportert om avvik. Dette synes ikke å være i tråd med nevnte bestemmelse. Revisor ser imidlertid – og legger vekt på i vurderingen – at kommunedirektøren i sine rapporteringer forholder seg til lovkravet om budsjettregulering. Avvikene forklares og det utdypes hvorfor det på det aktuelle tidspunktet ikke foreslås til kommunestyret å gjøre regulering for PRO-tjenestene.

Revisors vurdering er at Målselv kommune v/kommunedirektør **ikke fullt ut har oppfylt revisjonskriteriet** om å ha utarbeidet et økonomireglement. Som det fremkommer under funn, har kommunen et økonomireglement. Begrunnelsen for revisors vurdering er at reglementet er fra 2016 og dermed henviser til opphevet kommunelov. I gjeldende kommunelov § 14-2 er det lovkrav å ha et økonomireglement. Revisor legger derfor til grunn at gjeldende økonomireglement bør oppdateres i henhold til at det kom ny kommunelov.

Revisors vurdering er at Målselv kommune **har oppfylt revisjonskriteriet** om at kommunen bør ha utarbeidet et delegasjonsreglement. Reglementet er fra 2020.

**På bakgrunn av de ovenstående vurderinger er revisors konklusjon er at økonomistyringen innenfor pleie- og omsorgssektoren i Målselv kommune i stor grad har vært i henhold til krav i regelverket.**

## 8 UTTAELSE

Revisor sendte utkast til rapport til Målselv kommune v/kommunedirektør 2.5.2023 for uttalelse. Innenfor fristen vi hadde satt, mottok vi følgende tilbakemelding:

VS: Forvaltningsrevisjon om "Tjenestekvalitet, ressursbruk og økonomistyring i pleie,- og omsorg" - til uttalelse hos rådmann



Frode Skuggedal <Frode.Skuggedal@malselv.kommune.no>

Til Margrete Mjølhus Kleiven

Kopi Elin Carina Aas; Lene Cecilie Lettrem



↩ Svar

↩ Svar til alle

➔ Videre send



tir. 16.05.2023 09:52



Rapportutkast Målselv kommune - til uttalelse hos kommunedirektør.pdf  
4 MB



Brev om rapport til uttalelse Målselv.pdf  
29 KB

Hei

Viser til forvaltningsrevisjonsrapporten "Tjenestekvalitet, ressursbruk og økonomistyring i pleie,- og omsorg".

Kommunedirektøren vil først takke for et meget godt samarbeid i arbeidet med rapporten. Rapporten er grundig, omfattende og trekker på en god måte frem helt sentrale elementer knyttet til driften innen PRO. En intern gjennomgang av rapporten viser at kommunedirektøren helt klart kjenner seg igjen i beskrivelsene og de slutningene som er trukket.

Kommunedirektør har over år prioritert forbedringsarbeid knyttet til tjenestene. Denne rapporten er derfor meget verdifull for å dokumentere faktisk situasjon og status. Rapporten peker samtidig på de områdene som fortsatt kan forbedres. Rapporten er dermed et sentralt verktøy som vil bli brukt aktivt i det pågående forbedringsarbeidet for denne tjenesten.

Vennlig hilsen

Frode Skuggedal  
Kommunedirektør

## 9 ANBEFALINGER

---

Med bakgrunn i revisors funn, vurderinger og konklusjon på problemstilling 1 anbefaler vi Målselv kommune å videreutvikle styringssystemet innenfor helse- og omsorgstjenestene, herunder særskilt å

- Gjennomføre risikovurderinger innenfor kommunens PRO-tjenester
- Gjøre vurderinger av nødvendig omfang og innretning av styringssystemet
- Påse at internkontrollsystemet er kjent, tilgjengelig og benyttes slik som forutsatt
- Sikre systematisk gjennomføring, evaluering og korrigerende av virksomhetens aktiviteter

Revisor har ikke gjort vurderinger basert på tilbakemeldinger fra tjenestemottakere og tjenestemottakernes pårørende. Vi anbefaler Målselv kommune å se hen til resultatene i sitt forbedringsarbeid. Vi anbefaler kommunen å jevnlig innhente synspunkter fra tjenestemottakere/tjenestemottakernes pårørende, og å benytte disse i arbeidet med styringssystemet.

Med bakgrunn i revisors funn, vurderinger og konklusjon på problemstilling 4 anbefaler vi Målselv kommune å revidere gjeldende økonomireglement.

## 10 REFERANSER

---

- Lov 24.6.2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Forskrift 28.10.2016 nr.1250 om ledelse og kvalitetsforbedring
- Lov 2.7.2011 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter
- Lov 22.6.2018 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)
- Forskrift 7.6.2018 nr. 714 om økonomiplan, årsbudsjett, årsregnskap og årsberetning for kommuner og fylkeskommuner mv.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementets veileder, Internkontroll i kommunesektoren, kravene i kommuneloven, 2021
- Kommunesektorens organisasjons veileder for internkontroll, Orden i eget hus, Kommunedirektørens internkontroll 2020
- Rapport om gjennomgang av Bardu interkommunale legevakt Bardu IKL, Rapport fra RO-Stjørdal, desember 2019
- Rapport Strukturell utredning helse- og omsorg i Målselv kommune
- Kommunedelplan for helse og omsorg 2017-2029

## VEDLEGG

### Vedlegg 1: Nærmere beskrivelse av KOSTRA-funksjoner

Kommunal- og moderniseringsdepartementet har veileder til kontoplanen i KOSTRA, hvor det inngår nærmere informasjon om hva som skal rapporteres på den enkelte funksjon. Veilederen oppdateres årlig. Informasjonen nedenfor er hentet fra veileder for rapporteringsåret 2021 (regnskapsåret 2020). Det har vært noen mindre endringer i hva som inngår i de fire aktuelle funksjonene fra 2017 til 2020, men disse er ikke vesentlige.

#### **Funksjon 234 Aktiviserings- og servicetjenester til eldre og personer med funksjonsnedsettelse mv.**

1. Aktiviserings- og servicetjenester til eldre, personer med funksjonsnedsettelse, psykiske lidelser, utviklingshemming, personer med rusproblemer mv.:
  - a. eldresentre og dagsentre for hjemmeboende,
  - b. aktivitetssentre for personer med utviklingshemming m.m.,
  - c. aktivisering av barn med funksjonsnedsettelse utover aktivisering i forbindelse med grunnskoleundervisning,
  - d. andre dagaktivitetstilbud
  - e. transporttjenester
  - f. støttekontakt,
  - g. matombringing,
  - h. velferdsteknologiske innretninger som trygghetsalarm (kjøp, installering, vedlikehold og drift av teknologien, men ikke utgifter som er knyttet til utrykninger, som føres på funksjon 254,
  - i. vaktmester,
  - j. vask av tøy for hjemmeboende utført av institusjon eller privat foretak,
  - k. ferietilbud og andre velferdstiltak for eldre og personer med funksjonsnedsettelse
  - l. frisør og fotpleie til eldre og personer med funksjonsnedsettelse
2. Eldresentre/dagsentre er aktivitetstilbud der brukerbetaling ikke er hjemlet i forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester. Utgifter til dagopphold på institusjon, dvs. tjenester innvilget ved enkeltvedtak, med betaling/egenandel hjemlet i denne forskriften kapittel 1 om egenandeler for kommunale helse- og omsorgstjenester i institusjon mv. føres på funksjon 253.
3. Vertskommunetilskudd HVPU skal inntektsføres på funksjon 840.

#### **Funksjon 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon**

1. Direkte brukerrettede oppgaver i forbindelse med helse- og omsorgstjenester i institusjon, jf. helse- og omsorgstjenesteloven §3-2 første ledd nr. 6 bokstav c) og forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon § 1 bokstavene a, c og d (institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for tjenester (barnebolig), herunder avlastningsbolig, aldershjem og sykehjem).
2. Inntekter fra egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester i institusjon, jf. forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 1.
3. I tillegg til døgnopphold inkluderer dette også dag- og nattopphold, samt tidsbegrenset opphold på slike institusjoner, f.eks. re-/habilitering og avlastning. Omfatter også servicefunksjoner som:
  - a. husøkonom,
  - b. kjøkken,

- c. kantine/kiosk,
  - d. vaskeri,
  - e. aktivitør.
4. Dersom institusjonens servicefunksjoner (for eksempel kjøkken og vaskeri) yter tjenester overfor hjemmeboende, skal disse utgiftene fordeles mellom funksjon 253 og funksjon 234. Renhold, drift og vedlikehold av institusjonslokaler føres på funksjon 261.
  5. Utskrivningsklare sykehuspasienter (somatikk, psykisk helsevern og spesialisert behandling av rusavhengighet), føres på funksjon 253, art 300.
  6. Funksjonen omfatter videre:
    - a. medisinske forbruksvarer,
    - b. tekniske hjelpemidler,
    - c. inventar og utstyr,
    - d. administrasjon/ledelse av institusjonen (forutsetningen er at eventuelle ledere ved avdelinger/poster ikke har fullstendig lederansvar),
    - e. inntekter på oppholdsbetaling
    - f. utgifter til hjelp i og betjening av avlastningsboliger
    - g. betalinger utskrivningsklare sykehuspasienter.
  7. Kommunale institusjoner knyttet til rusomsorg føres på funksjon 243.
  8. For bokstavene b og e i forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon gjelder følgende:
    - a. Bokstav b: Institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige føres på funksjon 243.
    - b. Bokstav e: Døgnplasser som kommunen oppretter for å sørge om tilbud døgnopphold for øyeblikkelig hjelp føres på funksjon 256.

#### **Funksjon 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende**

1. Praktisk bistand og opplæring
2. Brukerstyrt personlig assistent
3. Avlastning utenfor institusjon
4. Omsorgsstønad
5. Helsetjenester i hjemmet, herunder sykepleie (hjemmesykepleie) og psykisk helsetjeneste
6. Tiltak til rusmisbrukere som bor i egen eller kommunalt tildelt bolig («hjemmeboende») som faller innunder hjemmesykepleie, praktisk bistand og avlastning.
7. Inntekter fra egenandel for praktisk bistand og opplæring, jf. forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 2.
8. Avlastningsopphold i avlastningsopphold eller på institusjon registreres under funksjon 253.
9. Vertskommunetilskudd HVPU skal inntektsføres på funksjon 840.

#### **Funksjon 261 Institusjonslokaler**

1. Utgifter til drift og vedlikehold av institusjoner (hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven, jf. funksjon 253 og forskrift om kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner) med tilhørende tekniske anlegg og utendørsanlegg. Driftsutgifter for boliger vedrørende tjenester regulert etter ovennevnte lov skal føres under funksjon

261 uavhengig av valgt løsning på boform. Dette omfatter lønn mv. til eget drifts-/vedlikeholdspersonell, innkjøp av materiell og utstyr til drift og vedlikehold, og kjøp av drifts-/vedlikeholdstjenester (eksempelvis vaktmestertjenester, snøryddingsavtaler, renholdsavtaler, serviceavtaler på tekniske anlegg, avtaler om vakt hold og tilsyn mv.) som er knyttet til institusjonslokaler. Dessuten avskrivninger av egne bygg. Som driftsaktiviteter regnes løpende drift, renhold, vakt hold, sikring, energi og vann, avløp og renovasjon. Renhold av institusjonslokaler (dette føres ikke lenger på funksjon 253). Skillet mellom vedlikeholdsutgifter og utgifter til påkostning/investering er beskrevet i Kommunal regnskapsstandard (F) nr. 4. Avgrensningen mellom driftsregnskapet og investeringsregnskapet, se [www.gkrs.no](http://www.gkrs.no).

2. Forvaltningsutgifter knyttet til institusjonslokaler (administrasjon, forsikringer av bygg og pålagte skatter og avgifter knyttet til institusjonslokaler) føres på funksjon 121.
3. Investeringer i og påkostning av institusjonslokaler.
4. Husleieutgifter og -inntekter ved leie/utleie av institusjonslokaler.
5. Inventar og utstyr (innbo/løsøre) knyttet til pleie- og omsorgstilbudet inngår ikke her, men føres på funksjon 253.

## Om selskapet og vår forvaltningsrevisjonskompetanse

KomRev NORD IKS utfører helhetlig revisjon av kommuner og fylkeskommuner, kommunale foretak, interkommunale selskaper, offentlige stiftelser, kirkeregenskap og legater. Selskapets eiere og oppdragsgivere er Troms og Finnmark fylkeskommune, Nordland fylkeskommune, tolv kommuner i Nordland og 28 kommuner i Troms og Finnmark.

Vårt hovedkontor ligger i Harstad, og vi har avdelingskontorer i Tromsø, Narvik, Finnsnes, Bodø, Sortland, Leknes og Svolvær.

Vi har 45 medarbeidere som samlet innehar lang erfaring fra og god kunnskap om offentlig sektor og revisjon.

Selskapet er uavhengig i forhold til kommuner, stat, privat næringsliv og andre institusjoner i samfunnet.

Vårt forvaltningsrevisjonsteam består av 14 medarbeidere med høyere utdanning innen ulike fag:

- Rettsvitenskap
- Sosiologi
- Statsvitenskap
- Samfunnsøkonomi

## KomRev NORD har tidligere gjennomført følgende forvaltningsrevisjoner og eierskapskontroller i Måselv kommune:

<i>Eierskapskontroll Polarbadet AS</i>	2022
<i>Kvalitet i grunnskolen</i>	2020
<i>Inneklima og fysisk arbeidsmiljø i barnehagene</i>	2018
<i>Samhandlingsreformen</i>	2016
<i>Barneverntjenesten</i>	2015



