

FORVALTNINGSREVISJON

Kvalitet og ressursbruk i pleie- og omsorgstjenestene

Bø kommune



Rapport 2023

Forord

På grunnlag av bestilling fra kontrollutvalget i Bø kommune har KomRev NORD gjennomført forvaltningsrevisjon rettet mot kommunens pleie- og omsorgstjenester herunder særskilt sykehjemstjenestene. 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 Bø kommune. Vi kjenner ikke til forhold som er egnet til å svekke tilliten til vår uavhengighet og objektivitet.

Vi takker Bø kommune for samarbeidet i forbindelse med forvaltningsrevisjonen.

Tromsø, 11. oktober 2023

Knut Teppan Vik

Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Prosjektleder f.o.m. 1. juli 2023

Bjørnar Johansen

Forvaltningsrevisor, prosjektleder f.o.m. 2.

juni 2021 t.o.m. 30. juni 2023

Helga Mæhlum Arntzen

Revisor, prosjektmedarbeider

Sammendrag

Denne rapporten bygger på forvaltningsrevisjon av Bø kommunes pleie- og omsorgstjenester som revisor har gjennomført etter bestilling fra kontrollutvalget. Forvaltningsrevisjonen tar utgangspunkt i følgende tre problemstillinger:

1. *Har Bø kommune dokumenterte rutiner og systemer som skal bidra til å sikre at kvaliteten i sykehjemstjenesten er i samsvar med krav i sentralt regelverk, anbefalinger og retningslinjer?*
2. *Hvor mye ressurser bruker Bø kommune innenfor pleie- og omsorgssektoren sammenlignet med sammenliknbare kommuner og landsgjennomsnittet?*
3. *Hvordan opplever ansatte, beboere og pårørende kvaliteten på tjenestene på sykehjemmene?*

Vår konklusjon på problemstilling 1 er at **Bø kommune i noen grad har dokumenterte rutiner og systemer** som skal bidra til å sikre at kvaliteten i sykehjemstjenestene er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer. Vi vurderer at Bø kommune:

- til dels oppfyller revisjonskriteriet om å ha et dokumentert styringssystem for sykehjemstjenestene
- til dels oppfyller revisjonskriteriet om å ha planlagt sine aktiviteter i sykehjemstjenesten i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- til dels oppfyller revisjonskriteriet om å gjennomføre sine aktiviteter i sykehjemstjenestene i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- i liten grad oppfyller revisjonskriteriet om å evaluere sine aktiviteter i sykehjemstjenestene i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- ikke oppfyller revisjonskriteriet om å korrigere virksomhetens aktiviteter i sykehjemstjenestene tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring

Vi har i våre vurderinger lagt betydelig vekt på at det ikke er gjennomført risiko- og sårbarhetsanalyser av sykehjemstjenesten de siste årene. Det foreligger, så vidt vi kan se, heller ingen skriftlige rutinebeskrivelser med henblikk på systematisk gjennomgang og evaluering av tjenestens styrings-/internkontrollsystem. Selv om kommuneadministrasjonen kan dokumentere at det foreligger skriftlige rutinebeskrivelser og sjekklister vedrørende større deler av den daglige tjenesteproduksjonen, fremstår internkontrollsystemet for tjenestene altså mangelfullt.

Bø kommune bruker generelt mer ressurser på pleie- og omsorgstjenester enn hva som er gjennomsnittlig, eller «normalt», i sammenliknbare kommuner og i landet ellers. Bakgrunnen for dette synes å være noe sammensatt, men den mest fremtredende årsaken er kommunens befolknings sammensetning – med en høyere andel innbyggere i alderen 67 år og over enn hva som er gjennomsnittlig i sammenliknbare kommuner og landet for øvrig. I Bø kommune er følgelig det relative antallet mottakere av hjemmebaserte tjenester, institusjonsbaserte tjenester og aktiviserings- og servicetjenester høyere enn i sammenliknbare kommuner og landet for øvrig. Antall kommunale årsverk som medgår til pleie- og omsorgstjenestene er også, relativt sett, tydelig høyere enn gjennomsnittlig i sammenliknbare kommuner og landet ellers. Kommunens drift av pleie- og omsorgstjenestene fremstår samlet sett, i de to siste årene det foreligger KOSTRA-tall for, under gjennomsnittlig produktiv – med et høyere antall årsverk pr. bruker enn gjennomsnittlig for både KOSTRA-gruppe 5 - som Bø inngår i - og landet for øvrig. Mer detaljerte data for 2020 og 2021 indikerer at dette særlig henger sammen med driften av kommunens hjemmetjenester.

Svarene fra ansatte på spørsmålene som inngikk i spørreundersøkelsene, er jevnt over nokså uensartede og gir et sammensatt bilde. Resultatene indikerer at det er relevant for kommuneadministrasjonen å vurdere tiltak for å videreutvikle tjenestetilbudet når det gjelder:

- Bemanningssituasjon
- Dialog mellom ansatte og pårørende
- Beboernes selvbestemmelse med hensyn til måltider, mat og døgnrytme
- Trivselstiltak for beboerne
- Intern kommunikasjon de ansatte imellom

Revisor bemerker at eventuelle forbedringer av bemanningssituasjonen i betydelig grad er et ressurs spørsmål. Svarene fra pårørende til beboere ved Bøheimen indikerer at tjenestekvaliteten på flere områder oppleves som relativt god. Dette gjelder blant annet:

- Praktisk bistand til beboerne ved måltider
- Privatliv og selvbestemmelse for beboerne med henblikk på døgnrytme
- Smertelindring for sykehjemsbeboerne
- Rydding og renhold på beboeres rom
- Lokalenes tilpasning til sykehjemsbeboeres behov
- Sykehjemsbeboernes trygghet

Svarene de ansatte og pårørende til tjenestemottakere ved sykehjemsavdelingene på Bøheimen indikerer god opplevd tjenestekvalitet blant begge grupper når det gjelder hjelpen sykehjemsbeboere får med personlig hygiene og naturlige kroppsfunksjoner.

I resultatene fra spørreundersøkelsen blant pårørende fremkommer også noen områder der tjenestekvaliteten ikke synes å bli opplevd som fullt så god, herunder:

- Beboernes selvbestemmelse med henblikk på måltider og tilfredshet med maten de får
- Beboernes tilgang til tannpleier/tannlege, fysioterapeut og lege
- Forekomst av trivselstiltak for beboerne
- Beboernes mulighet til å komme ut i frisk luft

På bakgrunn av våre funn, vurderinger og konklusjoner i denne forvaltningsrevisjonen anbefaler vi Bø kommune å videreutvikle sitt styrings-/internkontrollsystem for sykehjemstjenestene, herunder:

- Sørge for at risiko- og sårbarhetsanalyse gjennomføres og legges til grunn for risikoforebyggende tiltak
- Treffe tiltak for ytterligere å klargjøre ansvars- og oppgavefordelingen mellom de ansatte
- Videreutvikle praksisen for skriftlig rapportering av avvik
- Videreutvikle sin praksis for evaluering av tjenestetilbudet
- Foreta årlige gjennomganger av internkontrollsystemet for å vurdere om det fungerer som forutsatt

Vi anbefaler også Bø kommune å vurdere behovet for forbedringstiltak i lys av resultatene fra våre spørreundersøkelser blant ansatte og pårørende ved sykehjemsavdelingene.

1	BAKGRUNN OG BESTILLING	1
2	PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER.....	2
2.1	Problemstillinger.....	2
2.2	Revisjonskriterier.....	2
2.3	Utledding av revisjonskriterier - rutiner og systemer	2
3	METODE, DATAMATERIALE OG AVGRENŚINGER	7
3.1	Styringssystem for tjenestekvalitet i sykehjemstjenestene.....	7
3.2	Bø kommunes ressursbruk sammenliknet med andre kommuner	8
3.3	Opplevd tjenestekvalitet.....	9
4	PLEIE- OG OMSORGSSEKTOREN I BØ KOMMUNE	10
4.1	Organisering og bemanning	10
5	STYRINGSSYSTEM FOR SYKEHJEMSTJENESTENE	13
5.1	Revisors funn.....	13
5.2	Revisors oppsummering og vurderinger	20
6	RESSURSBRUK INNEN PLEIE- OG OMSORG	23
6.0	Innledning.....	23
6.1	Ressursbruk: Bø kommune og referansegruppene	24
6.2	Oppsummering	27
7	OPPLEVD TJENESTEKVALITET	28
7.1	Ansattes opplevelse av tjenestekvalitet	28
7.2	Pårørendes opplevelse av tjenestekvalitet	32
7.3	Oppsummering	37
8	KOMMUNEDIREKTØRENS UTTALELSE.....	38
9	ANBEFALINGER	39
9	REFERANSER	40

1 BAKGRUNN OG BESTILLING

Forvaltningsrevisjon med temaet *kvalitet i sykehjemstjenester* i Bø kommune er prioritert høyest i gjeldende plan for forvaltningsrevisjon, vedtatt av kommunestyret 10.12.2020, i sak 71/20. Kontrollutvalget i Bø kommune bestilte i møte 1.6.2021, i sak 12/21, forvaltningsrevisjon på nevnte område. I møte 21.09.2021, i sak 21/21, vedtok kontrollutvalget gjennomføring av forvaltningsrevisjon i tråd med forslag fra KomRev NORD i overordnet prosjektskisse.

Kontrollutvalgets formål er i bestillingen formulert på følgende måte: *«Formålet med forvaltningsrevisjon innenfor dette området vil kunne være å bidra til å sikre at Bø kommune tilbyr sykehjemstjenester som kvalitetsmessig er i tråd med krav i gjeldende regelverk, samt føringer og anbefalinger på området. En sammenlignende analyse av kommunens ressursbruk innenfor området vil kunne bidra til et bedre beslutningsgrunnlag for de folkevalgte prioriteringer.»*

En kartlegging av opplevd kvalitet – blant beboere, pårørende og ansatte – vil kunne gi kommunens beslutningstakere oppdatert informasjon om hvordan sykehjemstjenestene kommunen tilbyr oppleves. Slik informasjon vil kunne styrke kompetansegrunnlaget knyttet til beslutninger om sykehjemstjenestene».

2 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER

2.1 Problemstillinger

For denne forvaltningsrevisjonen gjelder følgende tre problemstillinger:

1. **Har Bø kommune dokumenterte rutiner og systemer som skal bidra til å sikre at kvaliteten i sykehjemstjenesten er i samsvar med krav i sentralt regelverk, anbefalinger og retningslinjer?**
2. **Hvor mye ressurser bruker Bø kommune innenfor pleie- og omsorgssektoren sammenlignet med sammenlignbare kommuner og landsgjennomsnittet?**
3. **Hvordan opplever ansatte, beboere og pårørende kvaliteten på tjenestene på sykehjemmene?**

2.2 Revisjonskriterier

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. Problemstilling 2 knyttet til *ressursbruk* og problemstilling 3 om *opplevd tjenestekvalitet* er besvart beskrivende i vår rapport - uten revisjonskriterier og vurderinger.

Kildene for utledning av revisjonskriterier knyttet til problemstilling 1 om *rutiner og systemer for å sikre kvalitet i sykehjemstjenesten* har vært:

- Lov-2011-06-24-30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven – hol.)
- Forskrift-2016-10-28-1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten (Veileder til lov og forskrift, Helsedirektoratet)

2.3 Utledning av revisjonskriterier - rutiner og systemer

Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester er definert i helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 3, §§ 3-1 – 3-10. I § 3-1 vises det til at «[k]ommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.» For å oppfylle dette ansvaret skal kommunen blant annet tilby helsetjenester i hjemmet, plass i institusjon (herunder sykehjem) og personlig assistanse (herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt). Av tredje ledd i samme paragraf er det videre angitt at:

«Kommunens ansvar etter første ledd innebærer 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. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold.»

Hva som omfattes av plikten til å planlegge, gjennomføre evaluere og korrigere er nærmere spesifisert i *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.

Kvalitetsbegrepet innen helse- og omsorgstjenestene

Problemstilling 1 omhandler rutiner og systemer for å sikre at *kvaliteten* i kommunens sykehjemstjeneste er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer. Problemstilling 3 omhandler *opplevd tjenestekvalitet* på sykehjemmene.

I helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1 – *Lovens formål* – angis det i punkt 4 at et formål er å «*Sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud*». Av § 4-2 følger det at «*Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven her skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.*»

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten angir i § 1 at «*Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.*».

I Helsedirektoratets *veileder* til lov og forskrift, med tittel «*Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*»¹, er det både innledningsvis og i siste kapittel angitt begrepsdefinisjoner der *kvalitet* er definert slik: «*Tjenester av god kvalitet er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, er tilgjengelige og rettferdig fordelt.*» Videre er *kvalitetsforbedring* definert som:

«Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer. Prosessen innebærer å dokumentere at man faktisk har et problem, identifisere årsaker, teste ut mulige løsninger i liten skala og implementere de tiltak som viser seg å være effektive. Kvalitetsforbedring kan handle om alt fra å justere de små tingene i hverdagen, til å teste ut mer innovative og nytenkende ideer og tjenester.»

Det er vanlig å skille mellom ulike typer kvalitet slik som *strukturkvalitet*, *prosesskvalitet*, *produktkvalitet* og *resultatkvalitet*. I rapporten *Bedre måling av kvalitet i kommunene* argumenteres det for at det går et skille mellom struktur- og prosesskvalitet på den ene siden og produkt- og resultatkvalitet på den andre siden. Struktur- og prosesskvalitet fanger opp forhold som ressursbruk og organisering som har en mer indirekte effekt for tjenestemottakeren. Det vil si at struktur- og prosesskvalitet dreier seg om forhold som gjelder det å legge til rette for at tjenestemottakerne mottar tjenester av god kvalitet.

Produkt- og resultatkvalitet har større nærhet til tjenestemottaker og dreier seg om egenskaper ved tjenesten som er viktig for tjenestemottakeren og resultatet tjenesten har for tjenestemottaker. I tillegg til å skille mellom ulike typer kvalitet kan det også skilles mellom objektive og subjektive kvalitetsindikatorer. Subjektive kvalitetsindikatorer beskriver opplevd kvalitet basert på tjenestemottakere/pårørende/ansattes vurderinger av hvor fornøyde de er med en kommunal tjeneste. Objektive kvalitetsindikatorer er basert på målinger i henhold til bestemte prosedyrer og kriterier. Under problemstilling 1 har revisor undersøkt struktur- og prosesskvalitet med bakgrunn i objektive kvalitetsindikatorer utledet fra regelverk som blir utdypet i neste delkapittel. Problemstilling 3 innebærer en kartlegging av tjenestekvaliteten slik ansatte og pårørende /tjenestemottakere opplever den; altså deres subjektive vurderinger av tjenestenes produkt- og resultatkvalitet.

¹ Veilederen fra Helsedirektoratet publisert 17.02.2017, sist oppdatert 29.10.2018, lastet ned 04.03.2022 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>

Dokumentert styringssystem

Helse- og omsorgstjenestelovens § 4-2 første ledd angir at «*Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven her skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.*» Av andre ledd følger det at «*Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om plikten etter første ledd, herunder krav til politisk behandling av kvalitetskrav i kommunestyret eller annet folkevalgt organ.*»

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 4 definerer begrepet styringssystem:

«I denne 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.»

I Helsedirektoratets veileder² til forskriften er det i kommentar vist til at «*Begrepet styringssystem er i stor grad sammenfallende med kravene til internkontroll.*»

Krav til omfang og dokumentasjon av styringssystemet er angitt i forskriftenes § 5, der det av første ledd fremkommer at «*Styringssystemet, jf. pliktene i § 6 – § 9, skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig.*» I andre ledd heter det at «*Hvordan pliktene etter denne forskriften etterleves, skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut ifra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.*» Tredje og siste ledd angir at «*Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.*»

Ut fra det foregående har vi utledet som revisjonskriterium:

- **Bø kommune skal ha et dokumentert styringssystem for sykehjemstjenesten**

Planlegging, av aktiviteter

Med utgangspunkt i helse- og omsorgstjenestelovens § 3-1 tredje ledd, angir § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten plikten til å *planlegge* virksomhetens aktiviteter, noe som 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 medarbeideres kompetanse og behov for opplæring

² Helsedirektoratet: «Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift», først publisert 17.02.2017, oppdatert 29.10.2018.

- g) ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Ut fra det foregående har vi utledet som revisjonskriterium:

- **Bø kommune skal *planlegge* sine aktiviteter innen sykehjemstjenesten i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten**

Gjennomføring av aktiviteter

Med utgangspunkt i helse- og omsorgstjenestelovens § 3-1 tredje ledd, angir § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten plikten til å *gjennomføre* virksomhetens aktiviteter, noe som 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.

Ut fra det foregående har vi utledet som revisjonskriterium:

- **Bø kommune skal *gjennomføre* sine aktiviteter innen sykehjemstjenesten i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten**

Evaluering av aktiviteter

Med utgangspunkt i helse- og omsorgstjenestelovens § 3-1 tredje ledd, angir § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten plikten til å *evaluere* virksomhetens aktiviteter, noe som 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.

Ut fra det foregående har vi utledet som revisjonskriterium:

- **Bø kommune skal *evaluere* sine aktiviteter innen sykehjemstjenesten i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten**

Korrigerende av aktiviteter

Med utgangspunkt i helse- og omsorgstjenestelovens § 3-1 tredje ledd, angir § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten plikten til å *korrigere* virksomhetens aktiviteter, noe som innebærer følgende oppgaver:

- a) rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold
- b) sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen 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 omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Ut fra det foregående har vi utledet som revisjonskriterium:

- **Bø kommune skal *korrigere* sine aktiviteter innen sykehjemstjenesten i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten**

Revisjonskriteriene foran er også oppgitt i tekstboks innledningsvis i kapittel 5.

3 METODE, DATAMATERIALE OG AVGRENSINGER

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til gjeldende standard for forvaltningsrevisjon.³

Revisor fikk ved oppstart av forvaltningsrevisjonen oppnevnt pleie- og omsorgsleder som vår kontaktperson i gjennomføringen av forvaltningsrevisjonen. I innledende møte deltok i tillegg daværende Helse- og omsorgssjef og avdelingsleder (avdelingssykepleier) 1. etasje ved Bøheimen sykehjem. Avdelingsleder (avdelingssykepleier) 2. etasje ved sykehjemmet var forhindret fra å møte.

Revisor har i tillegg hatt ett oppfølgingsmøte med pleie- og omsorgsleder samt begge avdelingslederne ved Bøheimen. Høsten 2023 har det i tillegg vært noe e-postkorrespondanse mellom revisor og pleie- og omsorgsleder – for avklaring av enkelte spørsmål før utarbeidelse av endelig rapport.

3.1 Styringssystem for tjenestekvalitet i sykehjemstjenestene

Med utgangspunkt i problemstillingens ordlyd – som gir anvisning på at dokumenterte systemer og rutiner skal undersøkes og vurderes – har revisor innhentet skriftlige rutinebeskrivelser og sjekklister fra kommuneadministrasjonen. Revisor har også fått fjerntilgang til kommunens internkontrollsystem Compilo, og har i noen grad gjennomgått dette. Vi anser at disse kildene gir relevante (gyldige) data med henblikk på å få kunnskap om det dokumenterte styringssystemet for sykehjemstjenestene. En undersøkelse av dokumentert styringssystem er imidlertid av begrenset verdi dersom en ikke samtidig gjør visse undersøkelser av hvorvidt styringssystemet praktiseres. Revisor har – med henblikk på blant annet å kartlegge dette – gjennomført en spørreundersøkelse blant ansatte ved Bøheimen. På bakgrunn av tilsendt kontaktinformasjon sendte revisor i begynnelsen av april i år ut spørreskjema til samtlige 66 fast ansatte i 1. og 2. etasje ved Bøheimen sykehjem. Spørreundersøkelsen oppnådde en responsrate på 62,1 %. I alt 41 av 66 mottakere besvarte den. Da et flertall av de ansatte dermed besvarte spørreundersøkelsen, anser vi at spørreundersøkelsesresultatene må betraktes som viktige indikasjoner på opplevd tjenestekvalitet blant ansatte ved Bøheimen. Spørreundersøkelsesresultatene kan likevel ikke tillegges representasjonskraft utover de som har besvart spørreskjemaet.

Våre undersøkelser av styringssystemet for sykehjemstjenestene i Bø kommune er utover de ovennevnte metodene basert på muntlig og skriftlig dialog med avdelingsledere og pleie- og omsorgsleder.

Vi anser at dataene vi har samlet inn gjennom denne kombinasjonen av ulike metoder gir et relativt utfyllende datagrunnlag for å vurdere kommunens dokumenterte systemer og rutiner for å sikre kvalitet i sykehjemstjenestene. Dataene gir også indikasjoner med henblikk på praktiseringen av slike dokumenterte systemer og rutiner. Vi ser ingen umiddelbare indikasjoner på at noen av opplysningene vi har mottatt – skriftlige så vel som muntlige – er beheftet med vesentlige feil.

³ 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

3.2 Bø kommunes ressursbruk sammenliknet med andre kommuner

Problemstilling 2 om ressursbruk behandles i kapittel 6. Tallmaterialet som er lagt til grunn for sammenlikning av Bø kommune med andre (sammenliknbare) kommuner, er hentet fra Statistisk Sentralbyrå og KOSTRA.

Forkortelsen KOSTRA står for *Kommune-Stat-Rapportering*. Prosjektet ble startet i 1995 med formål om å få et mer relevant og aktuelt datagrunnlag for å måle ressursinnsats, prioritering og måloppnåelse i kommuner og fylkeskommuner. KOSTRA baseres på elektronisk innrapportering fra kommunene til SSB samt data fra andre kilder i og utenfor Statistisk Sentralbyrå. Grunnlaget for KOSTRA-publiseringsen er i stor grad kopling av data fra ulike kilder som for eksempel regnskapsdata, tjeneste- og personelldata og befolkningsdata.

I KOSTRA er kommunene delt inn i grupper. Fra og med år 2020 har Bø kommune tilhørt KOSTRA-gruppe nr. 5 som består av små kommuner med høye bundne kostnader⁵. Bø kommune er av Statistisk Sentralbyrå blitt vurdert til å være en kommune med middels frie disponible inntekter.⁶

Bø kommunes ressursbruk på pleie- og omsorgstjenester sammenlikner vi i kapittel 6 med to *referansegrupper*. Den viktigste av disse er KOSTRA-gruppa som kommunen tilhører; altså nr. 5. I tillegg sammenlikner vi Bø kommunes ressursbruk med referansegruppa «landet utenom Oslo»; som altså består av alle norske kommuner unntatt Oslo.

KOSTRA-publiseringsens kvalitet og nøyaktighet avhenger i betydelig grad av kvaliteten på innrapporteringen fra den enkelte kommune. Innrapporteringen av regnskapsdata fra kommunene skal gjøres i henhold til den til enhver tid gjeldende funksjonskontoplanen. For pleie- og omsorgstjenestene er følgende funksjoner i utgangspunktet de mest aktuelle:

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 256 Tilbud om øyeblikkelig hjelp (døgnopphold i kommunene)

Funksjon 261 Institusjonslokaler

En risiko ved å benytte seg av innrapporterte KOSTRA-tall er at det kan være variasjoner i kvaliteten i kommunenes rapportering til KOSTRA. Slike variasjoner kan svekke sammenliknbarheten kommuner imellom, med hensyn til de indikatorverdiene de «fremstår med» i KOSTRA. Dette vil hefte ved dataenes pålitelighet, og kan dermed også svekke relevansen av å bruke KOSTRA-tall som grunnlag for å vurdere en kommunes ressursbruk på for eksempel pleie- og omsorgstjenestene opp mot andre kommuners ressursbruk på samme tjenesteområde.

I dette konkrete tilfellet har vi støtt på utfordringer med henblikk på å sammenlikne Bø kommune med referansegruppene. Det foreligger ikke regnskapsbaserte KOSTRA-indikatorer for Bø kommune for 2022. De siste årene vi har å gå ut ifra er 2020 og 2021. Bø kommune var til og med 2019 plassert i KOSTRA-gruppe 6. Vi har av denne årsak – samt det generelle

hensynet til å ha mest mulig oppdaterte data – valgt å se bort fra årene fra og med 2019 og bakover.

Videre har vi ved vår analyse av Bø kommunes indikatorverdier i KOSTRA sammenliknet med referansegrupper fattet mistanke om – og deretter fått bekreftet – at kommunen har feil i sin funksjonsbruk med henblikk på bokføringen av refusjoner for direkte lønnsutgifter knyttet til særlig ressurskrevende tjenester. Dette svekker påliteligheten i flere av KOSTRA-indikatorene for Bø kommune i årene 2020 og 2021, noe som igjen svekker gyldigheten av disse indikatorene som relevante variabler i sammenliknende analyser av Bø kommunes ressursbruk på pleie- og omsorgstjenestene sammenliknet med andre kommuner. Vi redegjør nærmere for disse feilene i kapittel 6 nedenfor. På tross av de ovennevnte forholdene, fremsetter vi en relativt kortfattet og overordnet analyse av Bø kommunes ressursbruk sammenliknet med sammenliknbare kommuner i denne rapporten. Vi anser at dataene vi legger til grunn i våre analyser, gir dekning for de oppsummeringer og analyser som fremgår av kapittel 6 nedenfor.

3.3 Opplevd tjenestekvalitet

Problemstilling 3 om opplevd tjenestekvalitet blant ansatte og pårørende/beboere behandles hovedsakelig i kapittel 7 i denne rapporten. Fremstillingene er basert på 1) ovennevnte spørreundersøkelse blant ansatte ved Bøheimen og 2) en spørreundersøkelse som ble sendt til 37 pårørende til beboere ved sykehjemsavdelingene – basert på oversikt og kontaktinformasjon som vi ble forelagt fra kommuneadministrasjonen. (Gjennom samtaler med leder av pleie- og omsorgstjenesten og de to lederne av sykehjemmets to avdelinger, fremkom det opplysninger som tilsa at det neppe ville være mulig å innhente tilstrekkelig relevante opplysninger direkte fra tjenestemottakerne.) Av spørreskjemaene til de 37 pårørende, ble 31 sendt per post og seks per epost. Til sammen fikk vi 16 svar, fordelt på 13 fysiske og tre digitale besvarelser. Dette gir en responsrate på 43,2 %.

Vi oppfordret pårørende til å involvere bruker/tjenestemottaker i besvarelsen dersom det var mulig. Tre respondenter opplyste å ha besvart undersøkelsen sammen med tjenestemottaker. I noen av de utfylte spørreskjemaene vi fikk tilbake, manglet det svar på enkelte spørsmål. Responsraten varierer derfor noe med henblikk på enkelte av spørsmålene i spørreundersøkelsen til pårørende og tjenestemottakere.

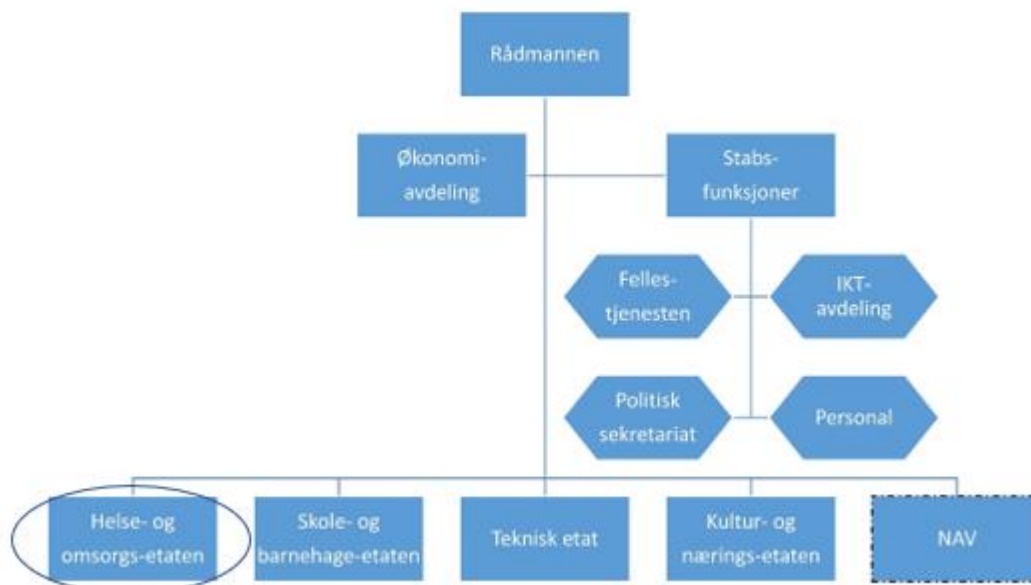
Undersøkeselsmetoden vi har benyttet for å innhente pårørende og tjenestemottakeres opplevelser av tjenestetilbudet ved Bøheimen, anser vi som gyldig. Den gir relevante data. Når det gjelder dataenes tilstrekkelighet, skulle vi naturligvis ha ønsket oss en høyere responsrate enn 43,2 %. Det at et flertall av de som mottok spørreskjemaet, ikke returnerte et utfylt spørreskjema til oss, hefter ved spørreundersøkelsesresultatenes representativitet. Like fullt må en responsrate på 43,2 % anses å innebære at vi har fått svar i et slikt omfang at resultatene gir viktige indikasjoner på hvordan pårørende – og indirekte – tjenestemottakere opplever kvaliteten på tjenestetilbudet.

4 PLEIE- OG OMSORGSSEKTOREN I BØ KOMMUNE

4.1 Organisering og bemanning

Bø kommune er organisert som vist i utklipp 1 nedenfor. **Helse- og omsorgsetaten** har egen helse- og omsorgssjef, som har ansvar for henholdsvis *pleie- og omsorgsavdelingen* og *helseavdelingen*. Avdelingene har hver sin avdelingsleder. Sykehjemstjenesten er underlagt pleie og omsorgsavdelingen, og har egne avdelingsledere (avdelingssykepleiere) for hver av de to sykehjemsavdelingene på Bøheimen (1. og 2. etasje).

Utklipp 1: Administrativt organisasjonskart Bø kommune



Helse- og omsorgsetaten omfatter ca. 132 årsverk organisert i ulike avdelinger. Kommunens årsmelding for 2021 har angitt at Helse- og omsorgsetatens to avdelinger har følgende underliggende virksomhetsområder:

Pleie og omsorgsavdelingen⁴

- Bøheimen avd. 1. og 2. etg
- Natttjenesten
- Hjemmetjenesten
- Hjemmesykepleien (HSP)
- Kjøkkentjenesten og kantine
- Vaskeri og renhold.
- Tjeneste for utviklingshemmede (TTF)
- Ergo-, hjelpemiddel- og velferdsteknologi
- Aktivitør - Dag aktivitetssenter for hjemmeboende demente.

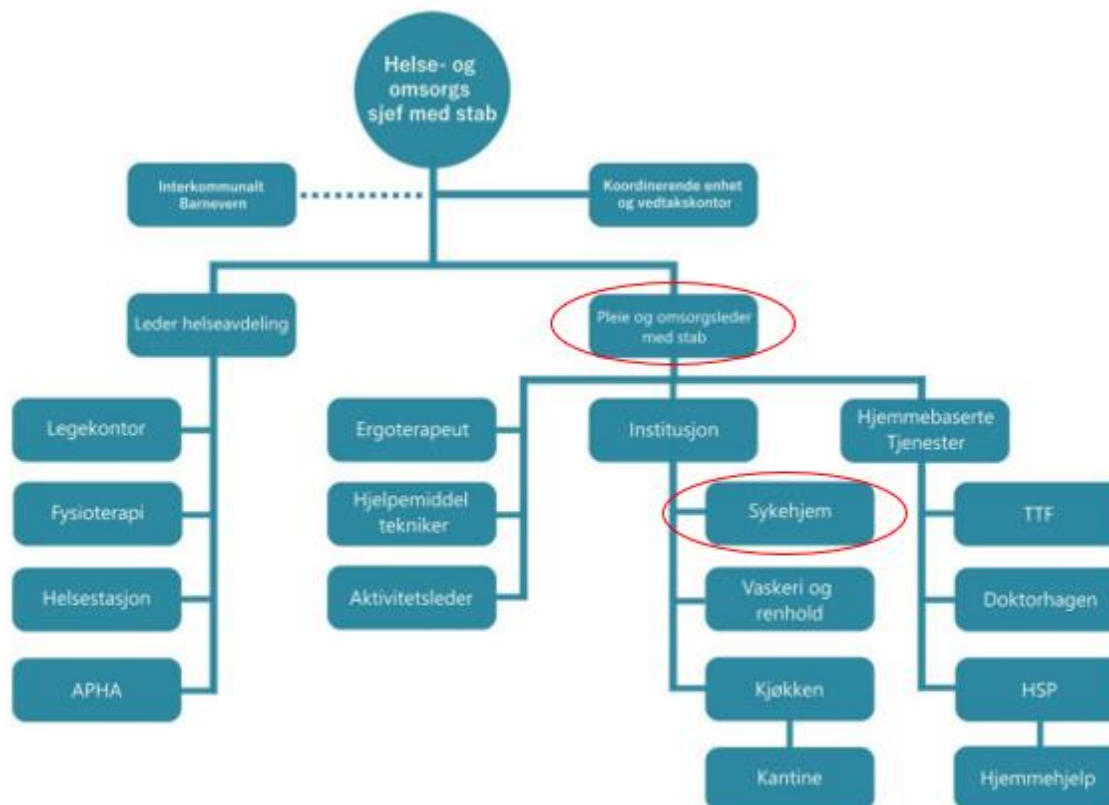
Helseavdelingen

- Legetjenesten
- Fysioterapiavdelingen
- Helsestasjon
- Avd. psykisk helse og rus

⁴ Oversikten er ikke helt i samsvar med organisasjonskartet under.

I dokumentet «**Helse- og omsorgstjenester i Bø kommune**»⁵ er **organiseringen** av helse- og omsorgstjenestene fremstilt med følgende organisasjonskart:

Utklipp 2: Organisering av Helse- og omsorgsetaten



Pleie- og omsorgsavdelingen⁶

Under pleie- og omsorgsavdelingen sorterer institusjonsomsorgen som består av to sykehjemsavdelinger på Bøheimen bo- og behandlingssenter (heretter Bøheimen); én i hver etasje. I tillegg inngår en renholdsavdeling og en kjøkkenavdeling i organisasjonsleddet «institusjon».

Sykehjemets 1. etasje har egen *avdelingssykepleier* (avdelingsleder 1. etasje) om lag 23 årsverk fordelt på sykepleiere, helsefagarbeidere, fagarbeidere og assistenter. Det er 23 *langtidsplasser*, korttidsavdeling med fire *korttidsplasser* med mulighet for til sammen åtte pasienter, og én *kommunal akutt døgnplass* (KAD) som også kan gjøres om til dobbeltrom. *Sykehjemslegen* – assistentlege i 70 % stilling – er ansatt for begge etasjer.

Sykehjemets **2. etasje** har også egen *avdelingssykepleier* (avdelingsleder 2. etasje), og til sammen ca. **17 årsverk**, fordelt på sykepleiere, helsefagarbeidere, fagarbeidere og assistenter. Her er kun *langtidsplasser* sykehjem, til sammen 16 plasser. I etasjen er det også *vaskeri og*

⁵ Dokumentet er utgitt 2021, med underoverskriften «Helhetlige vurderinger og kriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester».

⁶ Informasjon om pleie- og omsorgstjenestens organisering er i hovedsak hentet fra dokumentet «Helhetlige vurderinger og kriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester», ferdigstilt i 2021, årsmelding for 2021, og opplysninger gitt i Teams møter med kommunen.

renhold med avdelingsleder og 5,3 årsverk som renholdere, samt eget *kjøkken*, med avdelingsleder og til sammen 3 årsverk. *Kantine* med ett årsverk er også lagt hit.

Fordeling av fast ansattes kompetanse i 1. og 2. etasje Bøheimen er per slutten av mars 2023 opplyst å være.⁷

Tabell 1: Kompetansefordeling ansatte ved Bøheimen sykehjem

Kompetansebetegnelse	Antall
Avdelingsleder, sykepleier	1
Spesialsykepleier, sykepleier*	3
Sykepleier	10
Helsefagarbeider	27
Fagarbeider	2
Assistent	22
Fysioterapeut	1
SUM	66

* én av disse avdelingsleder (avdelingssykepleier) 1. etasje Bøheimen

Kommunens årsmelding for 2021 har følgende tabelloversikt over **antall brukere** av sykehjems plasser for perioden 2017 til og med 2021.

Utklipp 3: Utviklingstrend bruk av sykehjems plasser Bøheimen 2017-2021

	2017	2018	2019	2020	2021
Antall heldøgnsbeboere	47	54	48	37	42
-av dette langtidsopphold	42	46	44	36	35
-av dette korttidsopphold	5	8	4	1	6
- akutt plass	0	0	0	0	1
Totalt antall plasser i bruk	47	54	54	37	42

⁷ Kompetanseoversikt gjengitt med utgangspunkt i tilsendt Excel-dokument 31.03.2023

5 STYRINGSSYSTEM FOR SYKEHJEMSTJENESTENE

- *Har Bø kommune dokumenterte rutiner og systemer som skal bidra til å sikre at kvaliteten i sykehjemstjenesten er i samsvar med krav i sentralt regelverk, anbefalinger og retningslinjer?*

Revisjonskriterier

Bø kommune skal:

- ha et **dokumentert styringssystem** for sykehjemstjenesten
- **planlegge sine aktiviteter** innen sykehjemstjenesten i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- **gjennomføre sine aktiviteter** innen sykehjemstjenesten i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- **evaluere sine aktiviteter** innen sykehjemstjenesten i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- **korrigere sine aktiviteter** innen sykehjemstjenesten i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Kilde: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

5.1 Revisors funn

Virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering

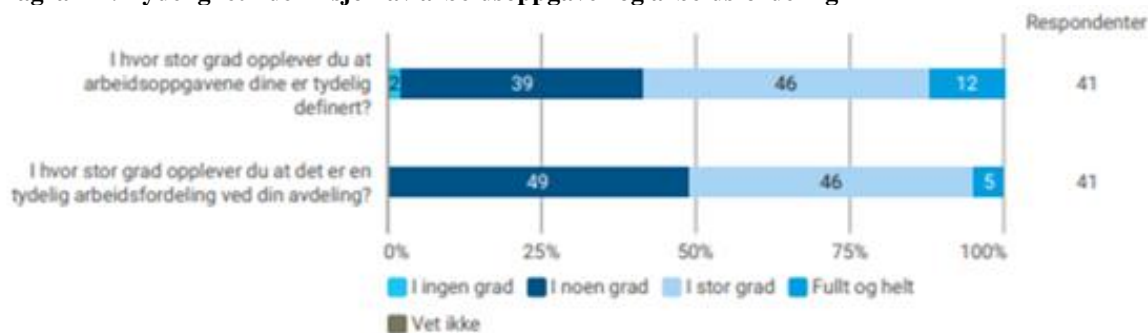
Som vist i kapittel 4 ovenfor, er den overordnede organiseringen av sykehjemstjenestene i Bø kommune beskrevet på kommunens nettsider og i offentlige dokumenter. Revisor oppfatter at det i skrivende stund ikke foreligger oppdatert, gjeldende planverk for kommunens helse- og omsorgstjenester. Det foreligger et dokument med tittelen «*Helse og omsorgstjenester i Bø kommune. Helhetlige vurderinger og kriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester.*» Dokumentet ble behandlet og vedtatt av kommunestyret den 11. november 2021 i sak 56/21. Fra innledningskapittelet hitsettes:

«Helse- og omsorgstjenestene i Bø kommune skal bidra til god helse og forebygge sykdom. Når sykdom rammer skal helsetjenestene behandle og lindre på best mulig måte. Det overordnede målet for kommunens helse- og omsorgsetat er flest mulig gode leveår for alle, samt å redusere sosiale helseforskjeller i befolkningen.»

I kommunens årsmelding for 2021 vises det videre til følgende:

«Bø kommune skal ha en helse- og omsorgstjeneste som er tilpasset innbyggernes behov, samfunnsutvikling og ressurser. Helse- og omsorgstjenesten skal invitere til samhandling mellom virksomheter, frivillige organisasjoner og integreres i folkehelsearbeidet for vår virksomhet.»

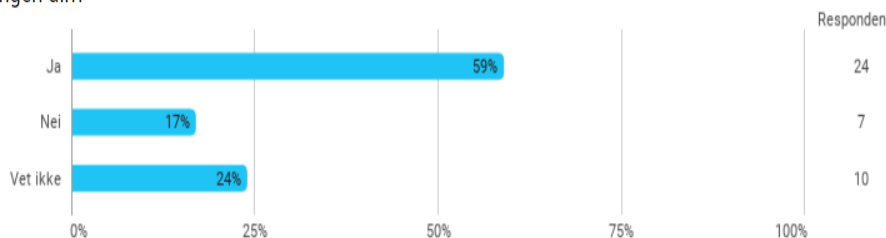
En sentral del av plikten til å planlegge og gjennomføre tjenesteproduksjonen i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, er å sørge for at arbeids- og ansvarsfordelingen i virksomheten er godt kjent blant medarbeiderne. Revisor stilte i spørreundersøkelse spørsmål til de ansatte ved Bøheimen relatert til nettopp dette:

Diagram 1. Tydelighet i definisjon av arbeidsoppgaver og arbeidsfordeling

Svarene indikerer at et opplevd forbedringspotensial når det gjelder å ha tydelig definerte arbeidsoppgaver og arbeidsfordeling, selv om betydelige andeler av respondentene gir uttrykk for å oppleve at arbeidsfordeling og arbeidsoppgaver er tydelig definerte. Vi spurte også de ansatte om det finnes stillingsbeskrivelser for stillingene deres. Svarene fremgår av diagram 2 nedenfor.

Diagram 2. Stillingsbeskrivelser

Finnes det stillingsbeskrivelse for stillingen din?



Til sammen svarte 41 % av respondentene at det enten ikke foreligger stillingsbeskrivelse for stillingen deres, eller at de ikke vet om det gjør det. Pleie- og omsorgsleder har overfor revisor bekreftet at det ikke foreligger stillingsbeskrivelser for alle ansatte ved Bøheimen.

Overordnet informasjon om kvalitetsarbeidet

Bø kommune bruker det digitale kvalitetssystemet *Compilo*. I sin årsmelding for 2021 opplyser kommuneadministrasjonen blant annet følgende:

«Bø kommune benytter seg av COMPILO internkontrollsystem. Hensikten med internkontroll er å sikre at problem blir oppdaget og tatt hånd om i tide. Internkontroll er en kontinuerlig prosess som gjennom etablerte oppfølgingsystemer skal sikre måloppnåelse og effektiv drift, pålitelig rapportering og overholdelse av lover og regler.

Alle fast ansatte og faste vikarer i Bø kommune legges inn i COMPILO-internkontrollsystem og har dermed tilgang til dokumentarkivet som inneholder aktuelle planer, reglement, retningslinjer og prosedyrer som de ansatte forholder seg til innen de ulike fagområder. Systemet brukes også til avviksbehandling og varsling som en vesentlig del av internkontrollen.»

Kommuneadministrasjonen opplyser at bruken av Compilo varierer ved sykehjemmet, og at dette til dels skyldes manglende opplæring av ansatte i bruken av programmet. Pleie- og omsorgsleder viser til at alle ansatte har fått opplæring i Compilo. Ansvaret for dette er delegert til avdelingslederne.

Revisor oppfatter at programmet *VAR Healthcare* brukes ved sykehjemmet. *VAR Healthcare* er et nasjonalt, nettbasert kvalitetssystem med oppdaterte faglige prosedyrer.

Kommuneadministrasjonen opplyser videre at *Veilederen* fra VISMA brukes – for orientering i gjeldende regelverk.

Styringssystemet og gjeldende regelverk: Rutinebeskrivelser

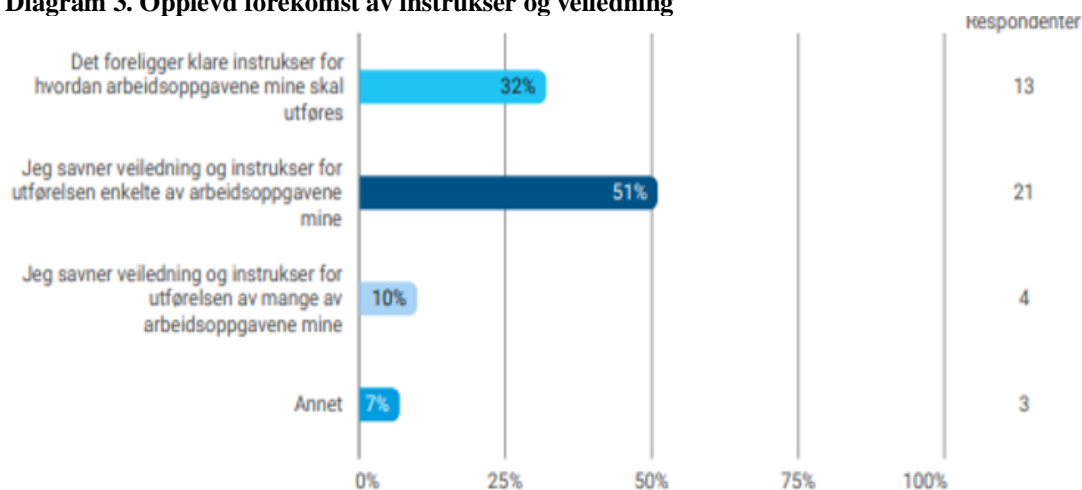
Revisor finner at det i noe utstrekning foreligger dokumentasjon og rutinebeskrivelser som definerer innholdet i sykehjemstjenesten og arbeidsoppgaver som inngår i denne. I dokumentet *Helse- og omsorgstjenester i Bø kommune* inngår kortfattede beskrivelser av tjenestene avlastningsopphold i sykehjem, korttidsplass i sykehjem og langtidsplass i sykehjem samt hjemmel for disse tjenestene. Revisor har videre fått tilsendt:

- *Sjekkliste for opplæring nyansatte*: Dokumentet inneholder sjekklister for hhv. nyansatte helsefagarbeidere og sykepleiere. Sjekklisene gir anvisning på at opplæring i konkrete arbeidsoppgaver og HMS-relaterte rutiner skal gjennomføres.
- *Bruk av huskeliste ved innkomst av ny beboer*: Dokumentet gir en kortfattet instruks for hva som skal gjøres for å sikre et godt mottak av nye beboere ved sykehjemmet
- *Håndhygiene*: Dokumentet gir beskrivelse av hvordan god håndvask skal gjennomføres og når håndvask skal gjennomføres.
- *Ro og verdighet rundt spisesituasjonen*: Dokumentet beskriver hvordan måltider skal gjennomføres for å sikre rolige og verdige omgivelser
- *Smitteregime*: Dokumentet angir som uttalt formål å «hindre smittespredning». I dokumentet angis ulike typer smitte og rutinebeskrivelse for omgang med smittebærende pasienter.
- *Stell av døde*: I dokumentet angis følgende uttalte formål: «Å gjøre dødsøyeblikket og tiden etter til en verdig stund.» Videre angis retningslinjer for stell av døde og forberedelse av rom før syning og bisettelse.

Kommuneadministrasjonen opplyser at ansatte må underskrive taushetserklæringer. Videre benyttes ovennevnte veileder fra Visma samt digital opplæring fra Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser (Noklus). Ved endringer i gjeldende regelverk formidles dette i avdelingsmøter med ansatte og unntaksvis gjennom tekstmeldinger til telefoner. Ofte henges det oppslag på oppslagstavler ved avdelingene ved slike regelendringer.

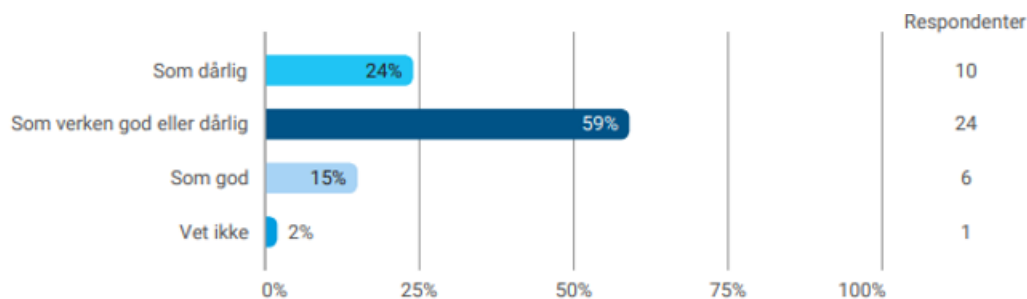
Videre foreligger det fysiske rutinebeskrivelser og sjekklister – i permer – ved de to avdelingene. Rutinebeskrivelsene og sjekklisene er relatert til medisinrom, bruk av apparater, dusjing og bading av pasienter samt andre arbeidsoppgaver. Pleie- og omsorgsleder viser til at disse fysiske rutinebeskrivelsene og sjekklisene brukes i det daglige. Revisor har ikke undersøkt innholdet i disse fysiske permene. Bakgrunnen for dette er for det første at vi anser at det i lys av øvrige funn i denne forvaltningsrevisjonen er av begrenset relevans å gjøre det. Videre registrerer vi at kommunen selv legger til grunn at det er Compilo som skal benyttes som internkontrollsystem. Se ellers delkapittel 5.2 nedenfor.

I vår spørreundersøkelse til ansatte ved Bøheimen ba vi dem ta stilling til hvilken beskrivelse (venstre kolonne i diagrammet nedenfor) som best passer til deres opplevelse av arbeidshverdagen deres:

Diagram 3. Opplevd forekomst av instruksjer og veiledning

Svarene indikerer noe ulike oppfatninger av omfanget av instruksjer og veiledning med henblikk på arbeidsoppgavene ved sykehjemsavdelingene. Om lag halvparten av respondentene har valgt svaralternativet «jeg savner veiledning og instruksjer for utførelsen av enkelte av arbeidsoppgavene mine». Dette indikerer at det er et udekket behov blant de ansatte med henblikk på slike instruksjer og veiledning.

I vår spørreundersøkelse stilte vi også de ansatte et spørsmål relatert til informasjonsflyt innad i personalgruppen. Et flertall av respondentene har valgt svaralternativet «verken bra eller dårlig», og dette må ses som en indikasjon på at praksisen kan bli bedre på området.

Diagram 4. Respondentenes opplevelse av informasjonsflyten i personalgruppen

Risiko- og sårbarhetsanalyser – risikoforebyggende tiltak

Sykehjemsledelsen viser til at de mest fremtredende risikoene ved Bøheimen er relatert til fall, medisiner, smitte og vold. Det er iverksatt konkrete tiltak for å forebygge fallrisiko blant beboerne; herunder bruk av antisklisokker, hoftebeskyttere og gjennomføring av balansetrening. Det er kjøpt inn bevegelsessensorer, og installert et kamerasystem er koplet opp mot et signalanlegg. Fallulykker skal registreres på et eget skjema. Smittevernrutiner ble betydelig innskjerpet i forbindelse med koronapandemien.

Videre viser sykehjemsledelsen til risiko forbundet med intern og ekstern samhandling. Det vises til utfordringer i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten rundt utskrivningsklare pasienter. I enkelte tilfeller kommer ikke de nødvendige kliniske opplysningene frem til sykehjemmet samtidig som selve pasienten ankommer.

Andre former for risiko er knyttet til informasjonsoverføring i forbindelse med vaktskifte og bruk av vikarer i forbindelse med avvikling av sommerferie.

Det er ikke gjennomført noen risiko- og sårbarhetsanalyse ved Bøheimen i løpet av de tre siste årene.

Oversikt over foreliggende og tiltrengt kompetanse

Revisor har blitt forelagt en *kompetanseplan* for 2022. Planen ble utarbeidet høsten 2021 og var i praksis en videreføring av tilsvarende plan for 2021. Årsaken til dette er at planlagte kursaktiviteter ble utsatt som følge av koronapandemien. Kompetanseplanen angir – i prioritert rekkefølge – bestemte kurs/tema, målgruppe, omfang/nivå, estimert deltakerantall, foreslåtte tilbydere, kontaktperson og tidspunkt for gjennomføring. Revisor oppfatter at det de siste årene ikke er foretatt noen systematisk kartlegging av hvilken kompetanse de ansatte ved sykehjemmene bør ha, mangler, eller ønsker å (videre)utvikle. Pleie- og omsorgsleder opplyser at det har vært diskutert hvilken kompetanse ansatte på Bøheimen bør ha eller mangler. På denne bakgrunn har det vært gjennomført opplæring i miljøarbeid med temaet alderspsykiatri.

Når det gjelder ovennevnte kompetanseplan for 2022, viser pleie- og omsorgsleder til at følgende er gjennomført:

- HMS-kurs for ledere
- Lederutdanning
- ABC musikkbasert miljøbehandling
- Opplæring i Compilo
- SOR-konferanse
- Innsatsteamet
- Palliativ eldreomsorg
- Demensomorgens ABC

Revisor oppfatter dermed at noen av –men ikke på langt nær alle – opplæringstiltakene som sto på kompetanseplanen for 2022, ble gjennomført det året.

Den enkelte medarbeiders formalkompetanse er registrert i «personalbanken», og den enkeltes mappe oppdateres ved gjennomførte kurs. Regionalt kompetansekontor (RKK) Vesterålen og Lødingen bistår med planlegging og gjennomføring av kompetansetiltak for kommunalt ansatte, herunder også for ansatte ved sykehjem. Seks ansatte ved Bøheimen har nylig gjennomført «Demensomsorgens ABC». For sykepleiere har det vært gjennomført videreutdanning innen kreftsykepleie.

Kommuneadministrasjonen viser til at rekruttering av sykepleiere og andre med relevant helsefaglig utdanning over tid har vært en utfordring for kommunen. Det har vært få søkere til utlyste sykepleierstillinger de siste årene, og kommunen har måttet ty til bruk av vikarer for å kunne tilby tjenester i tråd med krav i helselovgivningen. I kommunens årsmelding for 2021 vises det til følgende:

«Bø kommune har tidligere og i likhet med andre kommuner hatt vanskeligheter med å rekruttere sykepleiere og vernepleiere. Ved utgangen av 2021 hadde vi 3 ledige sykepleier stillinger på sykehjemmet og 3 ledige vernepleierstillinger. Ved utlysning var ingen eksterne søkere på sykepleierstillingene. En intern søker ble flyttet fra natt tjenesten til stilling i turnus med arbeid på dag/aften. Det var en kvalifisert søker på vernepleierstillingene. Hun takket nei på tilbudt stilling fordi hun [fikk] bedre vilkår i annen kommune.»

Det vises videre til at det foretas «kontinuerlige disponeringer av kvalifiserte sykepleiere og innleie av sykepleiere fra rekrutteringsbyrå for å sikre en mest mulig forsvarlig drift.»

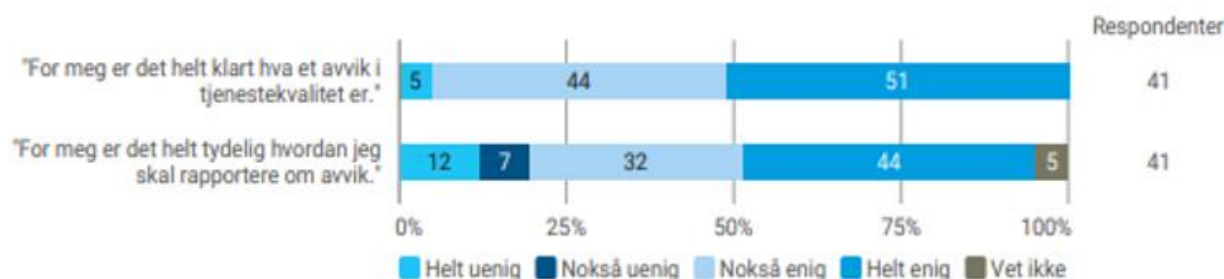
Generelt er responsen på utlyste stillinger nedadgående, opplyser kommuneadministrasjonen, og det vises til at utviklingen trolig henger sammen med at det er færre unge innbyggere i kommunen enn før.

Avvik, klager og brukererfaringer

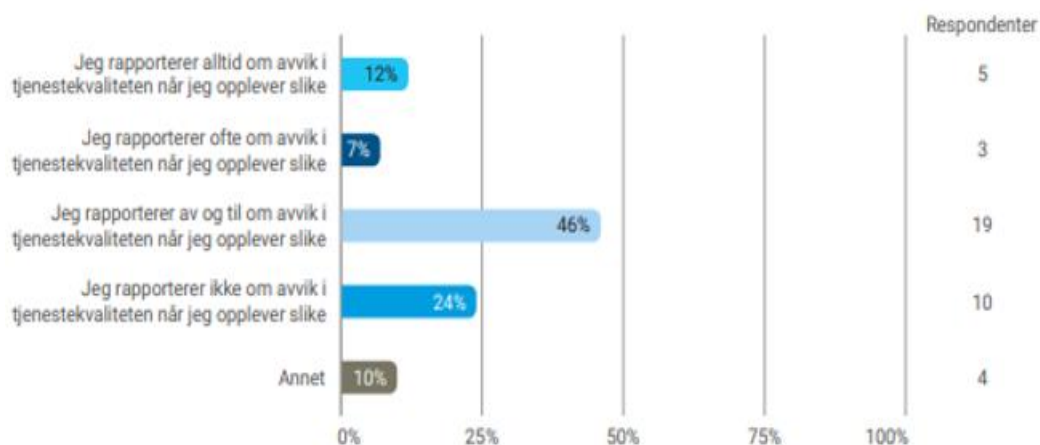
Praksisen for rapportering av avvik ved Bøheimen beskrives av kommuneadministrasjonen som mer muntlig enn skriftlig basert. I utgangspunktet skal avvik meldes skriftlig; enten i Compilo (ved systemavvik), i digital pasientjournal (ved avvik knyttet til enkeltbrukere) eller begge steder. Avvik som krever rask respons, blir normalt gitt muntlig til avdelingsleder, men skal nedtegnes på ett senere tidspunkt. Ifølge tidligere helse- og omsorgssjef skal avvik meldes til egen avdeling, og til nærmeste leder og kan eventuelt løses her, men kan også være at det er noe som bør tas opp med resten av personalgruppen – eventuelt at avdelingsleder melder videre til sin nærmeste overordnede leder. Avdelingslederne viser til at det er ønskelig med mer skriftlig rapportering av avvik. Det er gitt opplæring i skriftlig avviksregistrering, men avdelingslederne har likevel inntrykk av at det er flere medarbeidere som ikke registrerer avvik skriftlig.

I vår spørreundersøkelse stilte vi flere spørsmål til de ansatte med henblikk på temaet *avvik*. I diagram 4 nedenfor fremgår respondentenes svar på to av disse. Over 90 % av respondentene anga at de er «nokså enige» eller «helt enige» i påstanden «For meg er det helt klart hva et avvik i tjenestekvalitet er». Et klart flertall av respondentene har benyttet disse svaralternativene også for påstanden «For meg er det helt tydelig hvordan jeg skal rapportere om avvik». Et mindretall har benyttet seg av de andre svaralternativene.

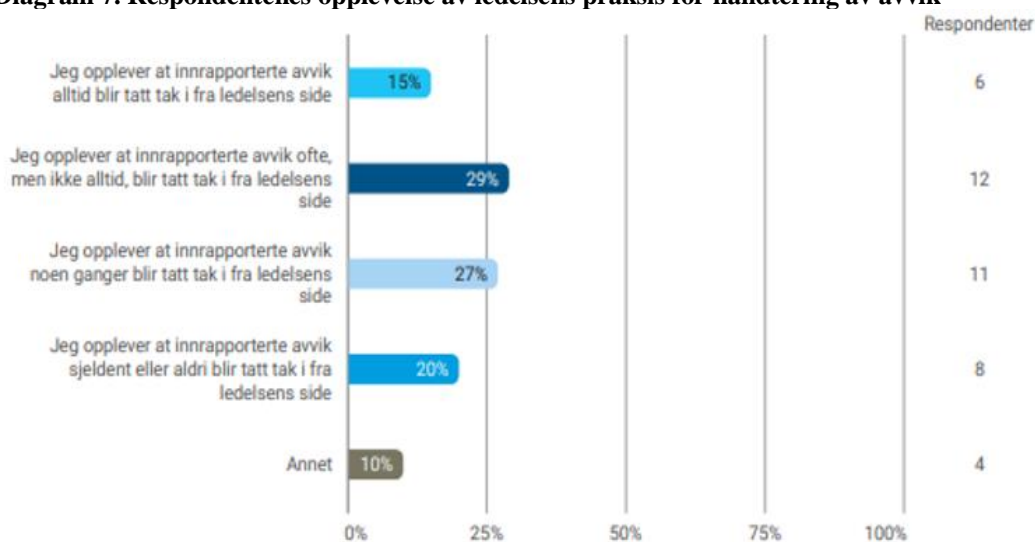
Diagram 5. Begrepsforståelse og bevissthet med henblikk på rapportering



I diagram 6 nedenfor fremstiller vi svarene på et spørsmål relatert til de ansattes praksis for avviksrapportering. Igjen ble de ansatte bedt om å ta stilling til påstander; altså hvor godt disse beskrev den enkeltes egen praksis. Svarene indikerer at bare et mindretall av respondentene alltid eller ofte rapporterer om avvik i tjenestekvaliteten når de opplever slike. Resultatene fremstår som en klar indikasjon på et rapporteringsunderskudd; altså at antallet avvik i tjenesteproduksjonen er vesentlig høyere enn hva muntlige og skriftlige rapporteringer til ledelsen tilsier.

Diagram 6. Respondentenes praksis for avviksrapportering

De ansatte som besvarte spørreundersøkelsen, fikk også spørsmål om hvordan de opplevde ledelsens håndtering av avvik ved sykehjemmet. Svarene fremgår av diagram 7 nedenfor.

Diagram 7. Respondentenes opplevelse av ledelsens praksis for håndtering av avvik

Resultatene indikerer delte oppfatninger blant respondentene, og det er ingen klar tendens i svarene. Om hvordan avviksmeldinger håndteres opplyser avdelingslederne at slike først og fremst behandles og lukkes ved den enkelte avdeling. Avvik som har relevans og betydning for flere – noe som ofte er tilfellet - blir normalt tatt opp i avdelingsmøter. Avdelingsmøter avholdes cirka hver sjettede uke. Avvik som er meldt inn, men som ikke lukkes innen en gitt frist, blir «sendt videre» til høyere ledernivå i kommunen.

Pleie- og omsorgsleder opplyser pr. høsten 2023 at det i vår har vært en prosess med opprettelse av egne HMS-grupper på hver avdeling. Gruppene har regelmessige møter hvor verneombud deltar, og hvor en fokuserer på arbeidsmiljø og gjennomgang av avvik. «Vi har fokus på at avvik meldes skriftlig i *Compilo*», opplyser pleie- og omsorgsleder. Innmeldte avvik skal gjennomgås i HMS-gruppen og refereres på personalmøter. Med tanke på HMS-relatert arbeid, har revisor videre blitt tilsendt et «Årshjul for lokalt HMS-arbeid». I årshjulet angis det at flere aktiviteter skal gjennomføres, herunder blant annet:

- Utforming av lokale HMS-mål for virksomheten
- Kartlegging av problemområder
- Risikovurdering
- Vernerunde(r)
- Utarbeiding av handlingsplan
- Medarbeidersamtaler
- Valg av verneombud
- Gjennomgang av internkontrollsystem og HMS-plan

Kommuneadministrasjonen opplyser at det ikke er etablert noe system for å sikre medvirkning fra tjenestemottakere og pårørende. Kontakten med pårørende er mer sporadisk, slik revisor oppfatter det. Det er ikke etablert noe brukerutvalg med henblikk på kommunens sykehjemstjenester.

Det ble sist i 2013 gjennomført brukerundersøkelse rettet mot sykehjemsbeboerne. Kommuneadministrasjonen viser til at nytteverdien var lav, ettersom få beboere var i stand til å delta på meningsfull måte.

Tilbakemeldinger fra tjenestemottakere eller pårørende blir notert i pasientjournalssystemet – særlig hvis tilbakemeldingene tar form av en klage – opplyser kommuneadministrasjonen. Klager fra pårørende blir ikke registrert som avvik. De blir som regel formidlet til tjenesten muntlig. Det er, ifølge pleie- og omsorgsleder, i skrivende stund ikke brukerrepresentant på Bøheimen.

Medvirkning fra ansatte

Kommuneadministrasjonen opplyser at ansatte i sykehjemstjenesten ofte kommer med forslag som blir implementert i rutiner og måter å gjøre ting på. På personalmøtene blir det stadig tatt opp forhold som ikke fungerer, og diskutert hvordan disse alternativt kan gjøres bedre. Avdelingslederne betrakter denne typen tilbakemeldinger som en løpende dialog mellom dem og ansatte. I tillegg medvirker ansatte gjennom innmelding av avvik. Pleie- og omsorgsleder opplyser at det ble gjennomført medarbeidersamtaler i 2022. I 2023 er det så langt gjennomført medarbeidersamtaler ved avdelingen i 2. etasje.

Systematisk gjennomgang av styringssystemet

Kommuneadministrasjonen opplyser at det ikke er etablert noen praksis for systematisk gjennomgang av styringssystemet, og heller ingen rutiner for revidering av skriftlige rutinebeskrivelser. Det vises videre til at det over tid har vært et ønske hos sykehjemsledelsen om en stillingsressurs til denne typen utviklings- og kvalitetsarbeid. Avdelingslederne på sykehjemmet viser til et oppgavemangfold som gjør at de ikke har kapasitet til å følge opp denne typen arbeidsoppgaver. Kompetanseplanen evalueres og oppdateres imidlertid årlig.

5.2 Revisors oppsummering og vurderinger

Et internkontrollsystem skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold – og ha det omfang som er nødvendig. Hvordan pliktene etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten etterleves, skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut fra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Omfanget av og innholdet i styringssystemet, og i hvor stor grad dette skal dokumenteres, er forholdsmessig og opptil ansvarlig ledelses skjønn. Dette innebærer at vi ikke kan oppstille absolutte krav til omfanget av styringssystemet for sykehjemstjenestene i Bø kommune. Vi kan

heller ikke oppstille absolutte krav til hvordan dette skal dokumenteres. Likevel gir bestemmelsene i ovennevnte forskrift klare føringer for *hvilke hensyn et styringssystem skal ivareta*.

Vi oppfatter å ha blitt forelagt de sentrale, digitaliserte skriftlige rutinene og beskrivelsene som foreligger med henblikk på tjenesteutøvelsen ved sykehjemsavdelingene på Bøheimen. Videre har vi fått beskrevet – men ikke selv sett igjennom – fysisk internkontrolldokumentasjon av et visst omfang. De skriftlige rutinene, slik disse foreligger digitalt og i fysisk format, dekker et relativt stort antall arbeidsoppgaver som inngår i tjenesteproduksjonen ved Bøheimen. Videre foreligger blant annet kompetanseplan for tjenesteområdet. Samtidig opplyses det – og bekreftes langt på vei gjennom resultatene fra vår spørreundersøkelse blant ansatte – at det ikke foreligger skriftlige stillingsbeskrivelser for alle av de ansatte ved sykehjemsavdelingene. Det foreligger heller ikke skriftlige risiko- og sårbarhetsanalyser av nyere dato med henblikk på sykehjemstjenestene. Det å erkjenne virksomhetens risikoforhold er en grunnleggende forutsetning for velfundert internkontroll. Det foreligger så vidt revisor kan se ingen skriftlige rutinebeskrivelser med henblikk på systematisk gjennomgang og evaluering av tjenestenes styringssystem. Revisor kan vanskelig se at systematisk gjennomgang og evaluering av styringssystemet lar seg gjøre uten skriftliggjøring av informasjon og vurderinger.

Revisors vurdering er at Bø kommune *til dels* oppfyller revisjonskriteriet om å ha et dokumentert styringssystem for sykehjemstjenestene.

Problemstillingen revisor her tar utgangspunkt i, er altså hvorvidt kommunen har dokumenterte systemer og rutiner som skal bidra til å sikre at kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene er i henhold til gjeldende regelverk. Vurderingene nedenfor er derfor primært basert på det omfanget av formalisert internkontroll kommuneadministrasjonen har dokumentert, men vi har også sett hen til resultatene fra vår spørreundersøkelse blant de ansatte ved de to sykehjemsavdelingene.

Vi registrerer at det på kommunens hjemmesider foreligger overordnet informasjon om hvordan tjenestetilbudet er organisert. Det foreligger også – på tross av manglende oppdatert planverk for helse- og omsorgstjenestene – politisk vedtatte målformuleringer for tjenesteproduksjonen. Kommuneadministrasjonen dokumenterer også ha en planmessig tilnærming til kompetanseutvikling, selv om planlagte kompetansehevede tiltak ikke synes å bli gjennomført fullt ut som planlagt. Samtidig mangler stillingsbeskrivelser for flere av de ansatte ved Bøheimen. I vår spørreundersøkelse til de ansatte ved sykehjemsavdelingene, indikerer resultatene et opplevd forbedringspotensial når det gjelder å ha tydelig definerte arbeidsoppgaver og arbeidsfordeling.

Revisor anser at disse funnene er tilstrekkelige til å begrunne en vurdering om at Bø kommune *til dels oppfyller* revisjonskriteriet om å ha planlagt sine aktiviteter i sykehjemstjenesten i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Som vist ovenfor har kommuneadministrasjonen til dels fremlagt og til dels skildret et større antall skriftlige rutinebeskrivelser og sjekklister som vedrører den daglige tjenesteproduksjonen ved sykehjemmene. Revisor oppfatter videre at spesialisert programvare med oppdaterte faglige prosedyrer er i bruk ved sykehjemmet. Opplysningene fra kommuneadministrasjonen sannsynliggjør at medarbeidersamtaler gjennomføres årlig/hyppig ved avdelingene. Kommuneadministrasjonen viser til at Compilo brukes med henblikk på innrapportering av avvik i den løpende tjenesteproduksjonen, men opplysninger fra både

avdelingsledere og ansatte (i spørreundersøkelse) indikerer et rapporteringsunderskudd.⁸ Svarene fra de ansatte med henblikk på lederes oppfølging av innrapporterte avvik, gir ikke et entydig bilde av denne. Respondentene fremstår med delte oppfatninger. Etter det opplyste er det igangsatt en prosess i løpet av våren i år for å bedre denne praksisen. Det er ikke gjennomført skriftlige risiko- og sårbarhetsanalyser av nyere dato, det er ingen brukerrepresentant ved sykehjemmet, og siste brukerundersøkelse ble gjennomført i 2013.

Revisor finner de foreliggende funnene tilstrekkelige til å begrunne en vurdering av Bø kommune som *til dels å oppfylle* revisjonskriteriet om å gjennomføre sine aktiviteter i sykehjemstjenestene i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Ettersom det foreligger et formalisert system for rapportering av avvik, anser revisor at kommunen ved sin praksis nok opparbeider seg et visst grunnlag for evaluering av tjenesteproduksjonen. De foreliggende funnene gir indikasjoner på at dette grunnlaget ikke utnyttes på en systematisk måte til evaluering av virksomheten. Mangelen på risiko- og sårbarhetsanalyser av nyere dato styrker dette inntrykket. Mangelen på brukerundersøkelser og brukerrepresentant svekker også utgangspunktet for slik evaluering. Kommuneadministrasjonen opplyser at det ikke gjennomføres systematiske gjennomganger av styringssystemet. Revisors vurdering er at Bø kommune *i liten grad* oppfylder revisjonskriteriet om å evaluere sine aktiviteter i sykehjemstjenestene i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Hva angår plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter, jf. forskriftens § 9, ser revisor grunn til å legge noe vekt på svarene fra ansatte i vår spørreundersøkelse – på spørsmålet om hvorvidt de opplever at innrapporterte avvik blir tatt tak i fra ledelsens side. Det følger for øvrig – logisk sett - av mangelen på systematisk gjennomgang av styringssystemet og av det sannsynlige rapporteringsunderskuddet med henblikk på avvik at det nødvendige informasjonsgrunnlaget for systematiske korrigeringer ikke synes å være til stede. Revisor vurderer at Bø kommune *ikke oppfylder* revisjonskriteriet om å korrigere virksomhetens aktiviteter i sykehjemstjenestene i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

På bakgrunn av de ovenstående vurderinger er revisors konklusjon at Bø kommune i noen grad har dokumenterte rutiner og systemer som skal bidra til å sikre at kvaliteten i sykehjemstjenestene er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer.

Revisor skal få bemerke at opplysningene vi har mottatt i forbindelse med oversendelse av vår rapport til kommunedirektøren for uttalelse, indikerer at det er igangsatt et relevant arbeid ved sykehjemsavdelingene i løpet av våren. Slik arbeidet er beskrevet og skissert blant annet i kommunens årshjul for lokalt HMS-arbeid, synes det primært å være rettet mot oppfyllelse av kommunens plikter etter *forskrift om systematisk helse-, miljø-, og sikkerhetsarbeid i virksomheter* (Internkontrollforskriften). Det er åpenbart er en sammenheng mellom HMS-arbeidet og kvaliteten på de tjenestene som gis ved den enkelte sykehjemsavdeling. Denne forvaltningsrevisjonen er imidlertid primært rettet mot kommunens internkontrollsystem for tjenestekvalitet – med utgangspunkt i pliktene som følger av *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenestene*. Kommunens påbegynte forbedringsarbeid relatert til HMS-arbeidet ved avdelingene får dermed ikke betydning for våre vurderinger og konklusjoner her.

⁸ Dette rapporteringsunderskuddet kan anses å være «dobbel»: Funnene indikerer 1) at en betydelig andel avvik rapporteres muntlig i stedet for i Compilo, og 2) at en betydelig andel avvik aldri rapporteres i det hele tatt.

6 RESSURSBRUK INNEN PLEIE- OG OMSORG

- *Hvor mye ressurser bruker Bø kommune innenfor pleie- og omsorgssektoren sammenlignet med sammenlignbare kommuner og landsgjennomsnittet?*

6.0 Innledning

Fremstillingene nedenfor er avgrenset til å gjelde perioden 2020-2022. Bø kommune har i perioden 2020-2022 tilhørt KOSTRA-gruppe 5 (KG 5). KOSTRA-gruppe 5 består av små kommuner med høye bundne kostnader.⁹

Basert på befolkningssammensetningen i en kommune kan vi utlede forventninger om kommunens ressursbruk på, for eksempel, pleie- og omsorgstjenester. Eldre innbyggere utgjør i utgangspunktet en hovedmålgruppe for pleie- og omsorgstjenester

I tabellen viser vi den relative størrelsen i «befolkningsgruppene» 67 år og over og 87 år og over, for Bø kommune og referansegruppene.¹⁰ Tabellen synliggjør at innbyggere i alderen 67 år og over og 80 år og over utgjør vesentlig større andeler av innbyggerne i Bø kommune enn i referansegruppene. Den primære målgruppen for pleie- og omsorgstjenester er altså større i Bø kommune enn i sammenliknbare kommuner og landet for øvrig.

Tabell 2: Andel innbyggere 67 år og over og 80 år og over (prosent)

	2020		2021		2022	
	≥ 67	≥ 80	≥ 67	≥ 80	≥ 67	≥ 80
Bø	26,3 %	8,8 %	26,6 %	9,3 %	27,4 %	9,9 %
KG 5	21,1 %	6,3 %	21,7 %	6,4 %	21,8 %	6,5 %
Landet u/Oslo	16,4 %	4,6 %	16,8 %	4,6 %	17,0 %	4,7 %

Kilde: SSB/KOSTRA (tabell 11805 – sammenstilte tall)¹¹.

Tallene som fremgår av tabellen over gir i utgangspunktet grunn til å forvente en noe høyere ressursbruk på pleie- og omsorgstjenester i Bø – sammenliknet med referansegruppene.

Tabell 3 nedenfor viser totalt antall brukere av omsorgstjenester knyttet til henholdsvis *hjemmetjenester*, *institusjonstjenester* og *aktiverings- og servicetjenester* i Bø kommune gjennom treårsperioden.

Tabell 3: Antall brukere av hjemmetjenester, institusjonstjenester og aktiverings- og servicetjenester¹²

	2020	2021	2022
Hjemmetjenester, brukere i alt (antall)	145	153	176
Institusjonstjenester, brukere i alt (antall)	37	42	42
Aktiverings- og servicetjenester, brukere i alt (antall)	116	119	130

Kilde: SSB/KOSTRA (tabell 12003).

Som det fremgår av tabellen, har antall brukere av samtlige tre tjenestetyper økt fra 2020 til 2022. Mange mottakere av hjemmetjenester er også mottakere av aktiviserings- og

⁹ *Bundne kostnader* er et mål på kommunens kostnader for å innfri minstestandarder og lovpålagte oppgaver, og disse kostnadene varierer med demografiske, sosiale og geografiske forhold.

¹⁰ Prosenttall i tabellen er funnet ved å sammenstille antall innbyggere fra KOSTRA-tabell 11820 med antall 67 år og over og 80 år og over fra KOSTRA- tabell 11805.

¹¹ Sammenstilt antall innbyggere med antall 67 år og over og 80 år og over.

¹² Revisor er ikke kjent med hvorvidt antallet brukere av institusjonstjenester omfatter «gjestebrukere» fra andre kommuner.

servicetjenester. Av tabell 4 nedenfor fremgår det at antall disponible institusjonsplasser i Bø kommune har blitt redusert fra 52 i 2020 til 49 i 2022.

Tabell 4: Institusjonsplasser i Bø kommune

	2020	2021	2022
Disponible plasser i alt	52	48	49

Kilde: SSB/KOSTRA (tabell 13232).

6.1 Ressursbruk: Bø kommune og referansegruppene

Dekningsgradsindikatorer - omfang av pleie- og omsorgstjenester

Som vist i tabell 2 på forrige side, er målgruppen for pleie- og omsorgstjenester (eldre innbyggere) større i Bø kommune enn gjennomsnittlig for sammenliknbare kommuner og landet for øvrig. Tabell 5, 6 og 7 nedenfor viser dekningsgrader eller bruksfrekvenser relatert til hhv. hjemmetjenester, institusjonstjenester og aktiviserings-/servicetjenester. I 2022 var det *68,1 brukere av hjemmetjenester pr. 1000 innbyggere* i Bø kommune. Bø kommune hadde altså *relativt sett flere hjemmetjenestemottakere* enn både KG 5 og landet utenom Oslo dette året. I de to forutgående årene var det relative antallet hjemmetjenestemottakere nærmere gjennomsnittet for KG 5. I Bø kommune har altså både det relative og absolutte antallet hjemmetjenestemottakere steget i løpet av de tre årene, mens det gjennomsnittlige, relative antallet i KG 5 har holdt seg stabilt.

Tabell 5: Brukere av hjemmetjenester, per 1000 innbyggere

	2020	2021	2022
Bø	56,3	59,6	68,1
KG 5	59,6	59,1	59,7
Landet u/Oslo	41,0	41,8	41,6

Kilde: SSB/KOSTRA (tabell 12003).

Når det gjelder brukere av institusjonstjenester, viser tallene i tabell 6 at Bø kommune i hele treårsperioden har hatt et relativt høyere antall mottakere av slike tjenester – sammenliknet med begge referansegruppene.

Tabell 6: Brukere av institusjonstjenester, per 1000 innbyggere

	2020	2021	2022
Bø	14,4	16,4	16,3
KG 5	11,2	10,8	11,0
Landet u/Oslo	8,2	8,2	8,0

Kilde: SSB/KOSTRA (tabell 12003).

Også med hensyn til aktiviserings- og servicetjenester ser vi – av tabell 7 – at det relative antallet tjenestemottakere har vært høyere i Bø kommune enn i referansegruppene de siste tre årene.

Tabell 7: Brukere av aktiverings- og servicetjenester, per 1000 innbyggere

	2020	2021	2022
Bø	45,0	46,4	50,3
KG 5	36,5	37,8	37,8
Landet u/Oslo	25,2	25,7	26,3

Kilde: SSB/KOSTRA (tabell 12003).

Dekningsgradene som fremgår av tabell 5, 6 og 7 ovenfor, er ikke overraskende – sett i lys av at Bø kommune (som vist i tabell 2) har en eldre befolkning enn gjennomsnittlig for både

sammenliknbare kommuner og landet utenom Oslo. Det at målgruppen for pleie- og omsorgstjenester relativt sett er større i Bø – og at kommunen dermed også relativt sett har flere brukere av disse tjenestene enn referansegruppene – gir grunn til å forvente at Bø kommune bruker mer ressurser enn gjennomsnittlig på dette tjenesteområdet.

Som vist i kapittel 3 ovenfor har revisor avdekket feil i Bø kommunes innrapportering til KOSTRA med henblikk på de aktuelle årene for denne analysen; 2020 og 2021. Kommuneadministrasjonen har inntektsført *refusjon* for lønnsutgifter relatert til ressurskrevende tjenester på funksjon 234 i en størrelsesorden som klart indikerer at store deler av refusjonen skulle ha vært ført på *andre* aktuelle funksjoner.¹³ Disse funksjonene omfatter både helsetjenester, sosialtjenester og omsorgstjenester. Feilføringen i Bø kommunes regnskap for årene 2020 og 2021 avskjærer revisor fra å gjøre sammenlikninger mellom Bø kommune og gjennomsnittene i de ovennevnte referansegruppene med henblikk på utgiftsbaserte prioriteringsindikatorer for pleie- og omsorgstjenester. Én prioriteringsindikator fra Statistikkbanken er likevel gyldig, og denne fremviser vi i tabell 7 nedenfor.

Tabell 7: Avtalte årsverk i omsorgstjenestene i alt, per 10 000 innbyggere

	2020	2021	2022
Bø	626,3	654,0	606,6
EKG05	407,5	405,7	402,8
Landet u/Oslo	283,6	285,9	288,4

Kilde: SSB/KOSTRA (tabell 11924).

Av tabell 7 fremgår det at Bø kommunes *avtalte årsverk i omsorgstjenestene* relativt sett har vært langt høyere enn i begge referansegruppene. Tallene må ses som uttrykk for høy ressursmessig prioritering av tjenesteområdet, og er koherente med funnene relatert til tjenesteområdets dekningsgrad i befolkningen samt de demografiske kjennetegnene ved kommunen.

Produktivitetsindikatorer

Produktivitetsindikatorerne skal si noe om hva det koster å produsere én enhet av tjenesten. Produktiviteten kan sies å være høy dersom ressursbruken er lav i forhold til produksjonsvolumet. For å vise kommunenes produktivitet/enhetskostnader for den aktuelle tjenesten benyttes oftest *korrigerede brutto driftsutgifter* pr. kommunal bruker *eller* produsert enhet. Dette er sentrale mål på hva det koster å selv å produsere en enhet av tjenesten (enhetskostnader). Indikatorerne som fremgår av tabell 9 nedenfor er ikke påvirket av feilføringene i Bø kommunes regnskap for 2020 og 2021.

Av tabell 9 fremgår det at Bø kommune har flere årsverk pr. bruker av omsorgstjenester sammenliknet med gjennomsnittene for KG 5 og landet utenom Oslo. Dette indikerer lav produktivitet i Bø kommunes drift av tjenesteområdet, men forskjellen mellom Bø og referansegruppene var mindre i 2022 enn i 2020 og 2021.

¹³ Av veileder fra helsedirektoratet følger det at det bare er direkte lønnsutgifter ført på følgende funksjoner som kan medtas i refusjonsgrunnlaget: Funksjon 232 Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste, funksjon 233 Annet forebyggende helsearbeid, funksjon 241 Diagnose, behandling, re-/habilitering, 242 Råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid, funksjon 243 Tilbud til personer med rusproblemer, funksjon 273 Kommunale sysselsettingstiltak, funksjon 234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse, 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon og funksjon 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende.

Når det gjelder de to indikatorene som skal måle produktivitet i driften av *institusjonstjenestene*, lå likevel Bø kommune lavere enn gjennomsnittene i de to referansegruppene i 2020 og 2021. Dette er i utgangspunktet indikatorer på høy produktivitet innenfor denne delen av pleie- og omsorgstjenestene. Det kan godt tenkes at en medvirkende årsak til dette er at Bø kommune har samlet sine sykehjemsplasser i ett bygg. Forskjellen mellom Bø og referansegruppene kan også skyldes svingninger i «belegg», sykefravær og pleietyngde ved sykehjemmet. Revisor understreker at analysen med henblikk på disse to indikatorene kun omfatter to driftsår. Det samme gjelder analysen av produktivitet i hjemmetjenesten, der Bø kommune fremstår med lavere produktivitet enn hva som er gjennomsnittlig for referansegruppene.

Tabell 9. Produktivitetsindikatorer for pleie- og omsorgstjenestene

Produktivitetsindikatorer, pleie- og omsorgstjenestene			
	2020	2021	2022
Årsverk pr. bruker av omsorgstjenester			
Bø kommune	0,82	0,83	0,70
KG 5	0,57	0,57	0,56
Landet u/Oslo	0,58	0,58	0,58
Utgifter pr. oppholdsdøgn i institusjon, i kr			
Bø kommune	3 301	4 189	
KG 5	3 799	4 228	
Landet u/Oslo	4 032	4 437	
Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, pr. kommunal plass			
Bø kommune	1 054 308	1 179 625	
KG 5	1 164 040	1 252 076	
Landet u/Oslo	1 302 839	1 426 523	
Korr. brutto driftsutgifter til hjemmebaserte tjenester pr. bruker¹⁴			
Bø kommune	308 097	333 699	
KG 5	280 799	312 878	
Landet u/Oslo	283 628	307 964	

Andel hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov var både i 2020 og 2021 lavere i Bø kommune enn gjennomsnittlig for KG 5 og landet utenom Oslo. Det gjennomsnittlig tildelte antall timer hjemmetjeneste var totalt sett noe høyere i Bø kommune enn i KG 5 i 2021, men lavere i 2020. Sammenliknet med landet u/ Oslo lå Bø kommune klart høyere 12,1 mot 10,9 timer i 2021, men i 2020 var forskjellen helt marginal. Forskjellen mellom Bø kommune og referansegruppene synes heller ikke å kunne forklares med reisekostnader, da Bø kommune geografisk sett er en relativt liten kommune. Som vist øverst i tabell 9 hadde Bø kommune i samtlige år et høyere antall årsverk pr. bruker av omsorgstjenester. I den grad bemanningsnormen er høy i kommunens pleie- og omsorgstjenester, kan det tenkes at dette særlig gjelder de hjemmebaserte tjenestene. Revisor har ikke kunnskapsgrunnlag for å uttale seg om hvorvidt Bø kommunes medgåtte personalressurser til administrative oppgaver innen produksjonen av hjemmetjenester er «høyere enn normalt». Høyere korrigerte brutto driftsutgifter kan også indikere høyere sykefravær enn gjennomsnittlig. Data fra Statistisk Sentralbyrå viser at Bø kommune generelt hadde et høyere legemeldt sykefravær enn gjennomsnittlig for landet, i samtlige kvartaler i årene 2020 og 2021. I hele 2020 lå Bø kommune også over gjennomsnittet for Nordland fylke på denne variabelen. I 2021 var

¹⁴ Revisor har regnet ut indikatorverdiene på bakgrunn av tallmateriale fra SSB.

forskjellene mellom Bø kommune og gjennomsnittet for Nordland fylke mindre.¹⁵ Pleie- og omsorgstjenestene er generelt blant de mer utsatte tjenesteområdene i norske kommuner med henblikk på sykefravær.¹⁶ I lys av de ovenstående sammenlikningene mellom Bø kommunes legemeldte sykefravær og gjennomsnittet for legemeldt sykefravær i landet, er det ikke usannsynlig at noe av bakgrunnen for den tilsynelatende lavere produktiviteten i kommunens drift av hjemmetjenestene kan skyldes et noe høyere sykefravær enn normalt – uten at revisor har grunnlag for å *fastslå* dette.

6.2 Oppsummering

Fremstillingene ovenfor gir grunnlag for å konkludere med at Bø kommune generelt bruker mer ressurser på pleie- og omsorgstjenester enn hva som er gjennomsnittlig, eller «normalt», i sammenliknbare kommuner og i landet ellers. Bakgrunnen for dette synes å være noe sammensatt, men den mest fremtredende årsaken er kommunens befolkningssammensetning – med en høyere andel innbyggere i alderen 67 år og over enn hva som er gjennomsnittlig i sammenliknbare kommuner og landet for øvrig. I Bø kommune er følgelig det relative antallet mottakere av hjemmebaserte tjenester, institusjonsbaserte tjenester og aktiviserings- og servicetjenester høyere enn i sammenliknbare kommuner og landet for øvrig. Antall kommunale årsverk som medgår til pleie- og omsorgstjenestene er også, relativt sett, tydelig høyere enn gjennomsnittlig i sammenliknbare kommuner og landet ellers. Kommunens drift av pleie- og omsorgstjenestene fremstår samlet sett, i de to siste årene det foreligger KOSTRA-tall for, under gjennomsnittlig produktiv – med et høyere antall årsverk pr. bruker enn gjennomsnittlig for både KG 5 og landet for øvrig. Mer detaljerte data for 2020 og 2021 indikerer at dette særlig henger sammen med driften av kommunens hjemmetjenester.

¹⁵ Kilde: Statistikkbanken, tabell nr. 12448.

¹⁶ Kilde: KS Sykefraværstatistikk

7 OPPLEVD TJENESTEKVALITET

- *Hvordan opplever ansatte, beboere og pårørende kvaliteten på tjenestene på sykehjemmene?*

I april 2023 gjennomførte revisor to spørreundersøkelser knyttet til opplevd tjenestekvalitet i sykehjemstjenestene. Den første spørreundersøkelsen var rettet mot faste *ansatte* ved Bøheimen sykehjem. Spørreundersøkelsen fikk en responsrate på 62,1 % (41/66). Den andre spørreundersøkelsen var rettet mot pårørende til samtlige av sykehjemmets beboere. Responsraten på denne spørreundersøkelsen ble 43,2 % (16/37). For å innhente informasjon om beboernes opplevelse av tjenestekvalitet, oppfordret vi pårørende til å besvare undersøkelsen sammen med «sin» beboer.

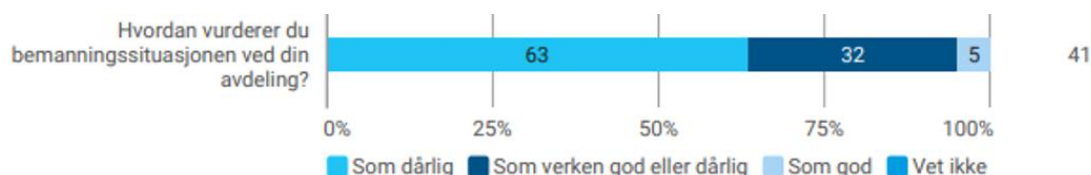
7.1 Ansattes opplevelse av tjenestekvalitet

Revisor skal få bemerke at flere av spørreundersøkelsesresultatene som fremvises i kapittel 5 ovenfor, er relevante uttrykk for ansattes opplevelser av tjenestekvaliteten. Som vist i kapittel 5, indikerer resultatene klare forbedringsbehov med henblikk på rapportering og oppfølging av avvik i tjenesteproduksjonen. Resultatene indikerer også et udekket behov for kommunikasjon og veiledning/instruksjoner med henblikk på utførelse av daglige arbeidsoppgaver. I det følgende fremstiller vi respondentenes svar på de øvrige spørsmålene i spørreundersøkelsen som ble sendt til de ansatte ved Bøheimen.

Bemanningssituasjon

De ansatte ble bedt om å vurdere bemanningssituasjonen ved sin avdeling. Resultatene fremgår av diagram 7 nedenfor.

Diagram 7. Opplevd bemanningssituasjon

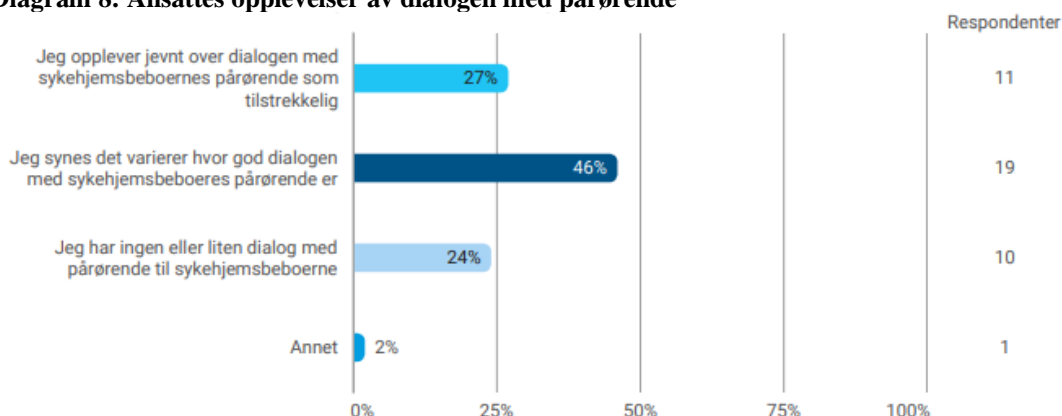


Et stort flertall av respondentene har svart at de opplever bemanningssituasjonen som «dårlig». Det er ved begge avdelingene en stor andel av respondentene som har svart at de opplever bemanningssituasjonen som dårlig, men andelen som benyttet dette svaralternativet var høyere blant respondenter som jobber i 1. etasje, enn blant respondenter som jobber i 2. etasje. Flere av respondentene kommenterte bemanningssituasjonen ytterligere og viste til at det er (for) lav bemanning, høyt sykefravær/lav kontinuitet, behov for flere sykepleiere, ønske om bedre turnus, og at det er mange ufaglærte. Av enkelte ble det trukket frem at det på natt er lav bemanning. Enkelte viste videre til at bemanningen relatert til urolige/demente beboere er for lav. Noen respondenter kommenterte også stillingsprosent. Revisor oppfatter at det knytter seg til at det er ønskelig med høyere stillingsprosent blant de ansatte. Flere respondenter viste også til at det mangler sykehjemslege.

Dialog med de pårørende

De ansatte fikk i spørreundersøkelsen spørsmål om deres opplevelse av dialogen med pårørende til sykehjemsbeboerne. Som det fremgår av diagram 8 nedenfor, var det flere av de ansatte som besvarte undersøkelsen som oppga å ha ingen eller liten dialog med pårørende. Omtrent hver fjerde respondent svarte dette. I underkant av halvparten av respondentene synes *det varierer hvor god dialogen med pårørende er*. I overkant av hver fjerde respondent *opplever jevnt over dialogen med pårørende som tilstrekkelig*.

Diagram 8: Ansattes opplevelser av dialogen med pårørende



Resultatene indikerer at det kan være relevant for kommuneadministrasjonen å vurdere tiltak for å styrke dialogen mellom ansatte og pårørende ved sykehjemmet.

Måltider

Videre i spørreundersøkelsen stilte vi spørsmål om måltider. Respondentene fikk spørsmål om i hvor stor grad de opplever at sykehjemsbeboerne får spise det de vil ha og hvorvidt de ansatte opplever at beboerne får spise når de selv ønsker det. Resultatene som presenteres i diagram 8 og 9 viser litt ulike opplevelser blant de ansatte. På begge spørsmål er svaralternativet *i noen grad* det hyppigst valgte, mens en stor andel av respondentene også har svart at de *i stor grad* opplever at beboerne får spise det de vil ha og får spise når de selv ønsker det. Revisor ser av resultatene at respondentene i 1.etasje i gjennomsnitt i støtte grad opplever at beboerne selv kan velge, sammenliknet med respondentene som arbeider i 2. etasje.

Diagram 9: Ansattes opplevelser av i hvor stor grad beboerne får spise det de vil ha

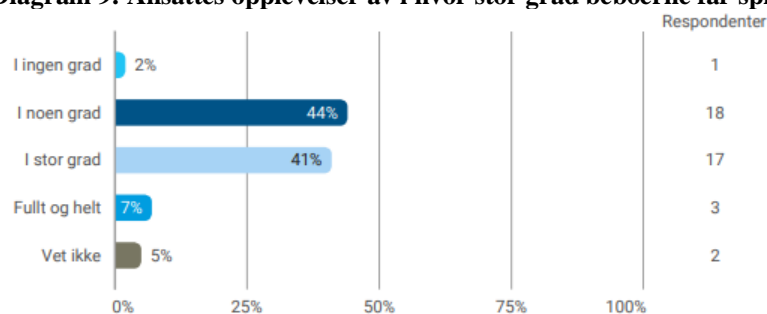
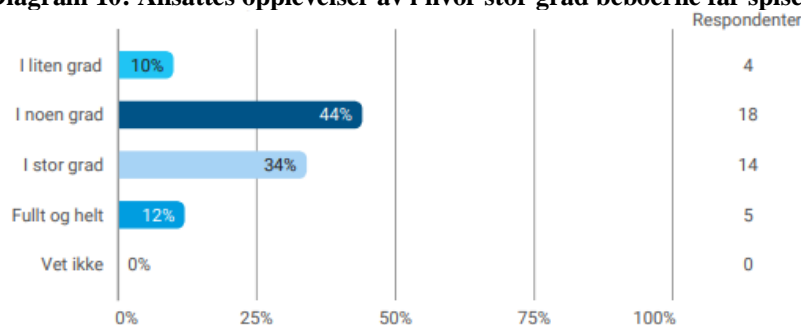
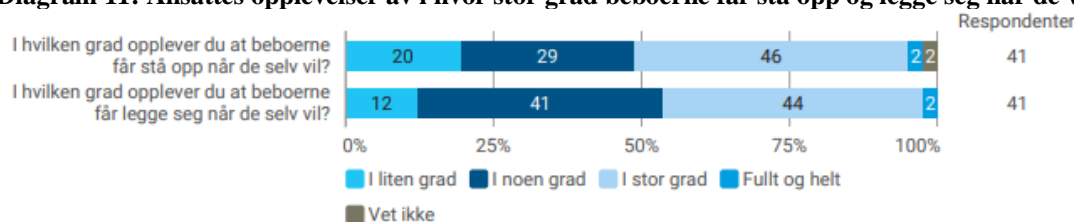


Diagram 10: Ansattes opplevelser av i hvor stor grad beboerne får spise når de selv ønsker det

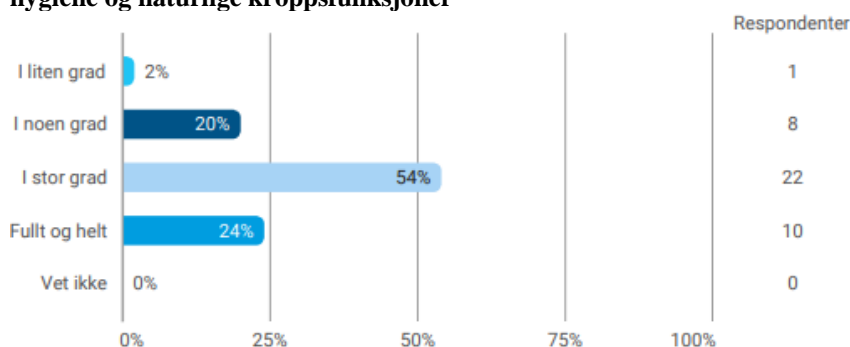
Selvbestemmelse

Mottakerne av spørreundersøkelsen fikk også spørsmål om i hvilken grad de opplever at sykehjemsbeboerne får stå opp og legge seg når de selv vil. Svarene på spørsmålene fremgår av diagram 11 nedenfor og viser at gruppa av respondenter nærmest er «delt på midten» med hensyn til spørsmålene. På begge spørsmålene svarte om lag halvparten «i liten grad» eller «i noen grad», og tilsvarende svarte halvparten av respondentene «i stor grad» eller «fullt og helt». Også på disse spørsmålene var det litt forskjeller mellom de to avdelingene; respondentene som jobber i 1. etasje synes i større grad å oppleve at beboerne får bestemme selv, sammenliknet med respondentene som jobber i 2. etasje.

Diagram 11: Ansattes opplevelser av i hvor stor grad beboerne får stå opp og legge seg når de vil

Personlig hygiene og naturlige kroppsfunksjoner

I spørreundersøkelsen inngikk også et spørsmål om hvorvidt de ansatte opplever at sykehjemsbeboerne får tilstrekkelig hjelp med personlig hygiene og naturlige kroppsfunksjoner. Svarene fremgår av diagram 12 nedenfor, og indikerer at et stort flertall av respondentene opplever at dette området blir godt ivaretatt. Revisor ser likevel grunn til å bemerke at en drøy femtedel av respondentene blant ansatte har svart at de i liten eller noen grad opplever at sykehjemsbeboerne får tilstrekkelig hjelp med personlig hygiene og naturlige kroppsfunksjoner.

Diagram 12: Ansattes opplevelser av hvorvidt sykehjemsbeboerne får tilstrekkelig hjelp med personlig hygiene og naturlige kroppsfunksjoner

Trivsel

Som det fremgår av diagram 13 nedenfor, har over halvparten av respondentene svart at de opplever de ansattes innsats med hensyn til å ivareta beboernes trivsel ved avdelingen som «verken god eller dårlig».

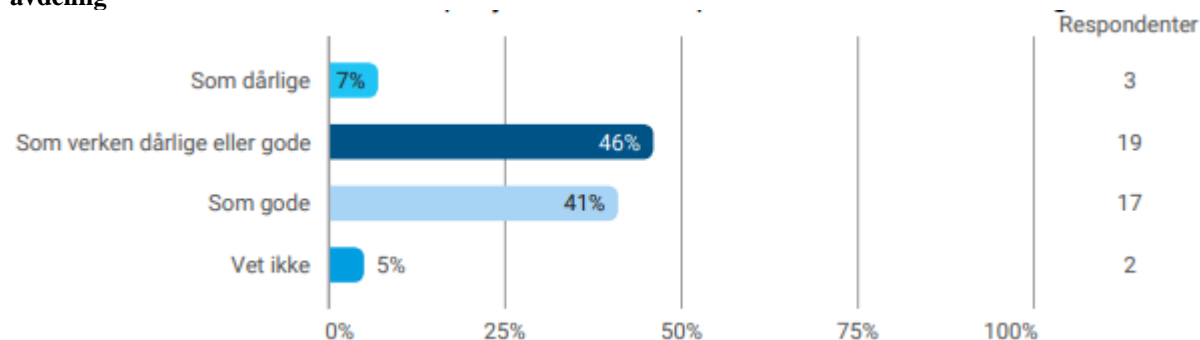
Diagram 13: Ansattes opplevelser av ivaretagelse av trivsel samt bemanningssituasjon



Totalvurdering av tjenestekvalitet

I spørreundersøkelsen ble de ansatte også bedt om å vurdere hvordan de *totalt sett vurderer kvaliteten* på tjenestene som produseres ved avdelingen de arbeider ved. Svarene fremgår av diagram 14 nedenfor.

Diagram 14: Ansattes opplevelser av den samlede kvaliteten på tjenestene som produseres ved deres avdeling



Det hyppigst benyttede svaralternativet blant respondentene var «verken dårlige eller gode».

Til slutt i spørreundersøkelsen var det et fritekstfelt, hvor det stod: *Hvis du har noe mer du ønsker å formidle til oss, kan du gjøre det her.* Utover kommentarene relatert til bemanningssituasjon, som vi gjengir ovenfor, omhandlet kommentarene fra respondentene følgende forhold:

- En respondent oppga at det har vært for dårlig opplæring i digitale systemer – blant annet når det gjelder hvor en finner avviksskjema. For lite tid til å skrive på PC ble også trukket frem.
- Enkelte respondenter trakk frem dårlig kommunikasjon i personalgruppa og/eller mellom ledelsen og personalet. En respondent viste til at språkutfordringer er en del av dette, og at det også påvirker kommunikasjonen mellom ansatte og beboere.
- Det var enkelte respondenter som kommenterte at kvaliteten i tjenestene per i dag ikke er god nok, noe som blant annet knytter seg til det ovennevnte.
- Mulighet for trivselsfremmende aktiviteter for beboerne ble trukket frem av enkelte respondenter. En respondent uttrykte ønske om mer engasjement blant ansatte knyttet

til slike aktiviteter, mens en annen viste til at det er lite tid til det, men at det er dyktige aktivitetører ved sykehjemmet.

7.2 Pårørendes opplevelse av tjenestekvalitet

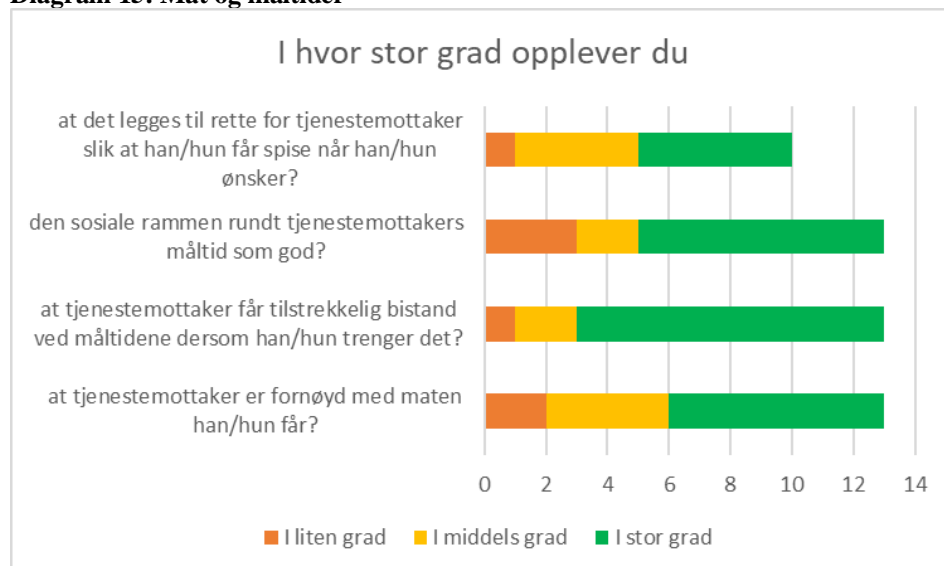
I spørreundersøkelsen til de pårørende ble mottakerne bedt om å besvare spørsmålene med forhåndsoppstilte svaralternativer. Det var mulig å hoppe over spørsmål eller å svare «vet ikke». Enkelte spørsmål har flere hoppet over, eller besvart med «vet ikke». Revisor har ikke nærmere informasjon om bakgrunnen for dette, men på generelt grunnlag kan pårørende ha ulike forutsetninger for å uttale seg om ulike deler av tjenestetilbudet. Årsaken kan være relatert til variasjoner i hvor ofte de besøker tjenestemottaker. Også tjenestemottakers mulighet til å uttrykke egne opplevelser kan ha betydning for pårørendes forutsetninger for å uttale seg om tjenestetilbudet.

Det var totalt 16 pårørende som besvarte spørreundersøkelsen. Fordi det varierer hvor mange som har besvart det enkelte spørsmål, har revisor i fremstillingen av resultatene synliggjort hvor mange respondenter som har benyttet det enkelte svaralternativ, fremfor å vise hvor stor andel av respondentene som har valgt et svaralternativ.

Mat og måltider

Pårørende fikk i spørreundersøkelsen fire spørsmål omhandlende mat og måltider og deres opplevelser av hvordan det fungerer. I diagram 15 nedenfor fremgår svarfordelingen på disse spørsmålene. Spørsmålet fremgår til venstre i diagrammet. Respondentene kunne besvare spørsmålene med et av de tre alternativene *i liten grad*, *i middels grad* eller *i stor grad*. Det var også mulig å svare *vet ikke*. Svaralternativet *vet ikke* ble benyttet av to respondenter på det første spørsmålet i diagrammet og av én respondent på det andre spørsmålet.

Diagram 15: Mat og måltider

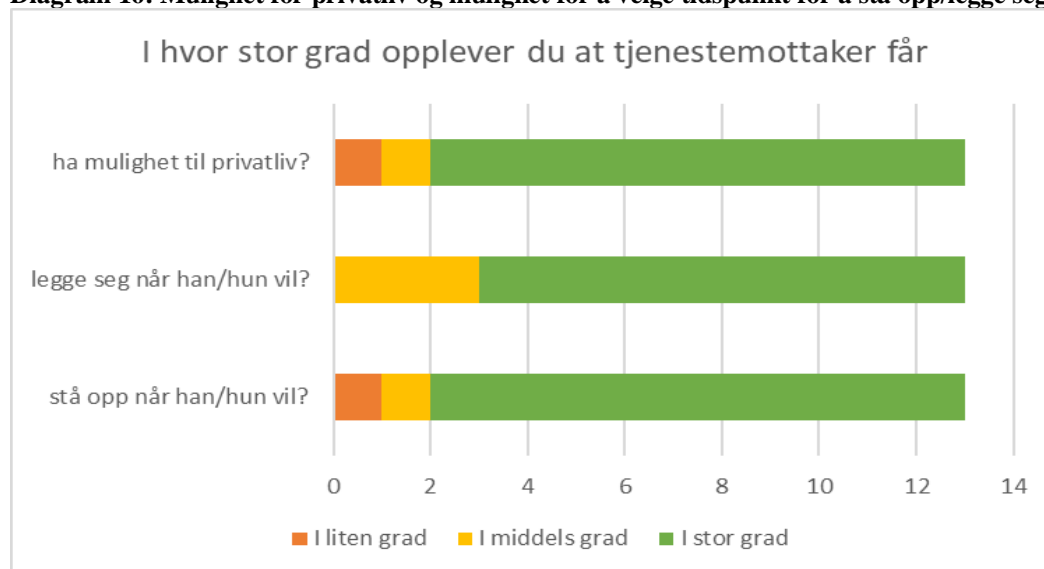


Som det fremgår av diagrammet, gjelder det de tre nederste spørsmålene at et flertall av respondentene har valgt svaralternativet «i stor grad». Disse spørsmålene omhandler henholdsvis «god sosial ramme rundt tjenestemottakers måltid», «tilstrekkelig bistand ved måltidene», og tjenestemottakers tilfredshet med maten han eller hun får. Når det gjelder tilrettelegging for at tjenestemottaker selv får velge når han eller hun vil spise, fremstår svarene nokså blandede. En av respondentene i spørreundersøkelsen etterlyste mer variasjon og mer «moderne» mat.

Selvbestemmelse og privatliv

I spørreskjemaet inngikk også spørsmål relatert til selvbestemmelse og privatliv. Som det fremgår av diagram 16 nedenfor, svarte flertallet av respondentene blant pårørende at de i stor grad opplever at tjenestemottaker har mulighet til privatliv og får legge seg og stå opp når hen selv vil. Revisor skal få bemerke at resultatene (opplevelsene) blant de ansatte, jf. diagram 11 ovenfor, fremstår noe mer blandede når det gjelder beboernes selvbestemmelse med henblikk på døgnrytme.

Diagram 16: Mulighet for privatliv og mulighet for å velge tidspunkt for å stå opp/legge seg



I spørreundersøkelsen var det også spørsmål om hvor enig respondentene var i følgende påstand: «Tjenestemottaker bestemmer selv om han/hun vil være på rommet sitt eller i avdelingens fellesareal».¹⁷ Svaralternativene var *uenig, verken enig eller uenig* og *enig*. Det var også mulig å svare *vet ikke*, noe to respondenter gjorde. To respondenter benyttet svaralternativet *verken enig eller uenig*, mens de øvrige ni var *enige* i at tjenestemottaker selv bestemmer om vedkommende vil være på rommet sitt eller i fellesarealene.

Revisor stilte også spørsmål om hvorvidt respondentene opplever at personalet behandler tjenestemottaker med respekt. Flertallet (12 av 16) av respondentene svarte at de opplever *i stor grad* at personalet behandler tjenestemottaker med respekt. Tre respondenter svarte at de *i middels grad* opplever dette, mens én respondent opplever *i liten grad* at personalet behandler tjenestemottaker med respekt.

På spørsmålet om «I hvor stor grad opplever du at du/dere involveres når det utarbeides planer som gjelder tjenestemottaker?» var det tre respondenter som svarte *vet ikke*. Fire respondenter svarte *i liten grad*, en *i middels grad* og syv *i stor grad*. Svarene viser at det er ulike opplevelser blant respondentene, men flertallet opplever at de/tjenestemottaker i stor grad blir involvert. En respondent viste her til at de sjelden eller aldri får noen tilbakemelding.

¹⁷ Spørsmålet var noe annerledes formulert i den elektroniske utgaven av undersøkelsen. Her ble respondentene bedt om å angi i hvilken grad de opplever at tjenestemottaker selv får bestemme om han/hun vil være på rommet sitt eller i fellesareal. Revisor har lagt til grunn at i denne sammenhengen kan «uenig» tilsvare «i liten grad», «verken enig eller uenig» tilsvare «i middels grad» og «enig» tilsvare «i stor grad».

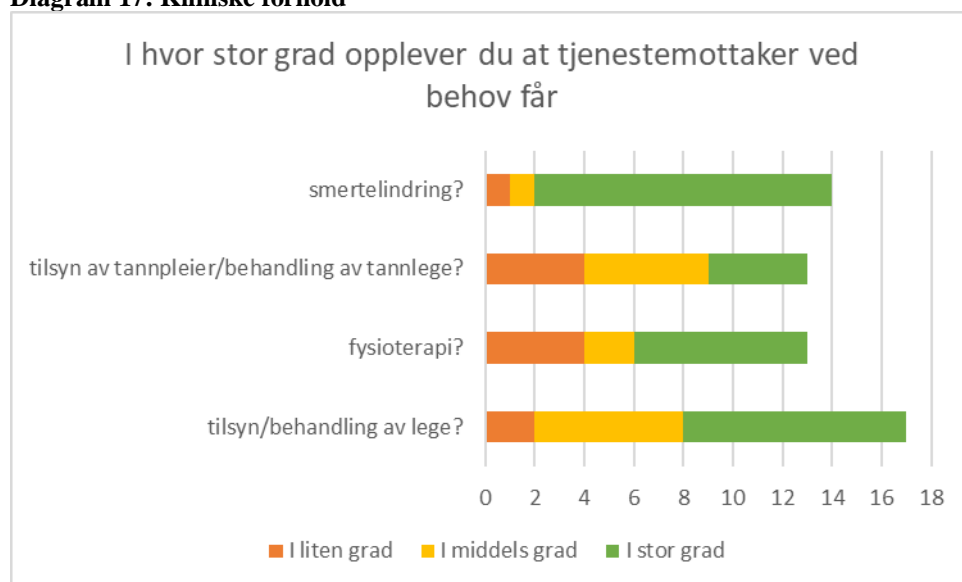
Det var anledning til å utdype svarene i fritekstkommentarer. Utover det som allerede er gjengitt, var det ytterligere en respondent som utdypet svaret i fritekstkommentar. Vedkommende viste til at personalet ofte snakker «over hodet» til tjenestemottaker, og ofte snakker *om* tjenestemottaker fremfor *til* tjenestemottaker.

Samlet sett viser svarene på spørsmålene om privatliv og selvbestemmelse at flertallet av respondentene opplever at dette i stor grad er ivaretatt. Det er imidlertid også respondenter blant pårørende som opplever at det ikke i tilstrekkelig grad er ivaretatt, noe som indikerer at det kan være forbedringspotensial.

Kliniske forhold

Respondentene fikk spørsmål om i hvor stor grad de opplever at tjenestemottaker ved behov får smertelindring, tilsyn av tannpleier/behandling av tannlege, fysioterapi og tilsyn/behandling av lege. Svarfordelingen på disse spørsmålene er presentert i diagram 17.

Diagram 17: Kliniske forhold



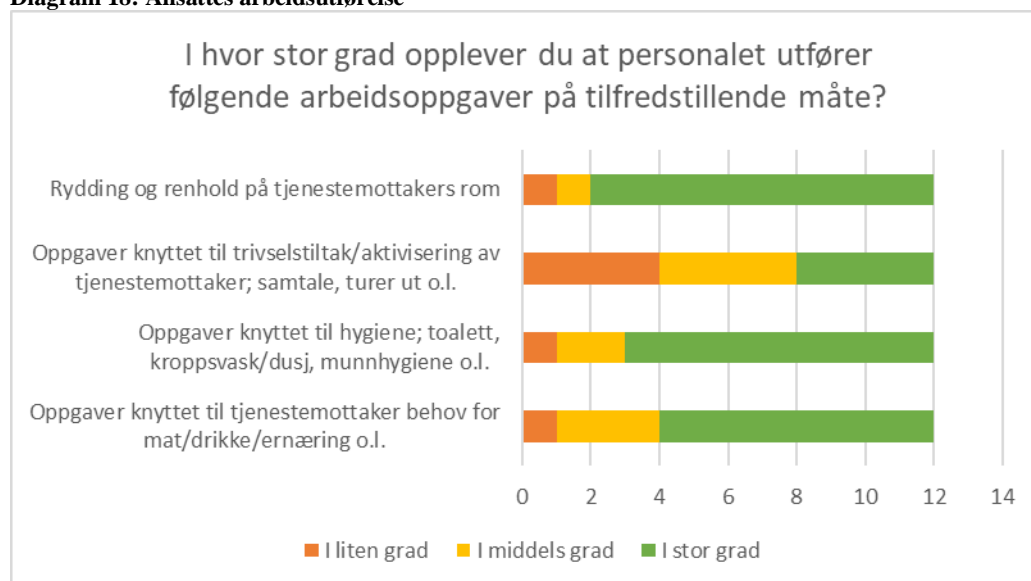
Det var også fire respondenter som svarte *vet ikke* på spørsmålene om fysioterapi og tannpleier/tannlege, og to svarte *vet ikke* på spørsmålet om smertelindring.

Svarene viser at flertallet av respondentene opplever at smertelindring ivaretas. Når det gjelder tannpleier/tannlege, fysioterapi og tilgang på lege, er det mer delte oppfatninger blant respondentene og svarene indikerer at disse ikke i tilstrekkelig grad er tilgjengelige for tjenestemottaker ved behov.

I fritekstkommentarer fremkom at det er ønskelig med mulighet også for tilpasning av høreapparat og briller for tjenestemottakere på sykehjemmet. Det fremkom også behov for bistand til fotpleie.

Ansattes arbeidsutførelse

Diagram 18: Ansattes arbeidsutførelse



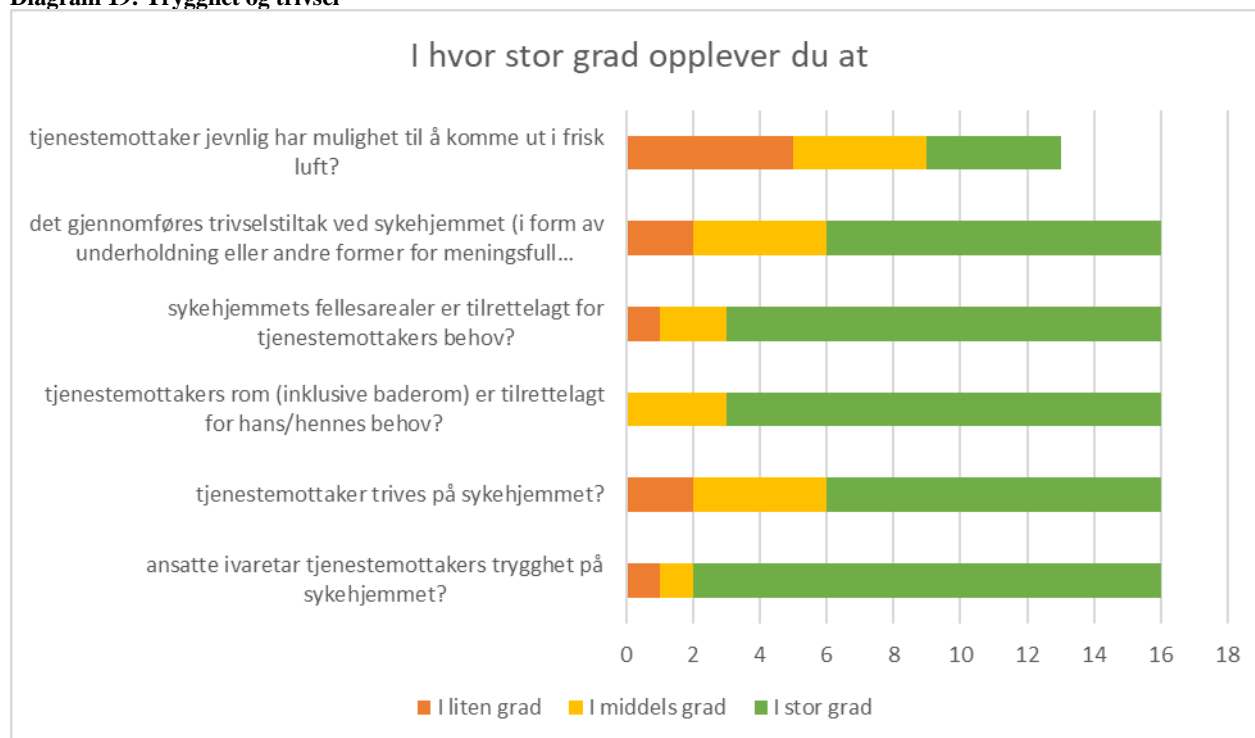
Svarene som fremgår av diagram 18, viser at flertallet av respondentene opplever at personalet *i stor grad* utfører arbeidsoppgavene på tilfredsstillende måte. Unntaket er oppgaver knyttet til trivselstiltak/aktivisering av tjenestemottaker – som over halvparten av respondentene opplever at *i liten* eller *i middels grad* utføres på tilfredsstillende måte. Også på spørsmålene om de andre arbeidsoppgavene er alle svaralternativene brukt, noe som viser at det er ulike opplevelser blant respondentene.

I fritekstkommentarer har en respondent vist til at tjenestemottaker ikke har andre beboere å snakke med, og at det blir lange dager. En annen respondent har kommentert å ha opplevd dårlig renhold på rommet. Andre respondenter viser til at dusjing av beboere skjer for sjeldent, og at det ikke er avtaler med fotpleier, tannpleier eller frisør om å komme til sykehjemmet. En respondent viser til at ikke alle klarer komme seg til frisør på egenhånd. En annen respondent har kommentert at personalet er for lite flinke til å komme inn på rommet til tjenestemottaker for samtaler, foreslå aktiviteter mv.

Trygghet og trivsel

I spørreundersøkelsen stilte vi flere spørsmål knyttet til trygghet og trivsel for tjenestemottaker. Som det fremgår av diagram 19, opplever flertallet av respondentene *i stor grad* at sykehjemmets arealer er tilpasset tjenestemottakers behov, og at de ansatte ivaretar tjenestemottakers trygghet. Spørsmålet som gjelder tjenestemottakers mulighet til å komme ut i frisk luft, er det som fikk lavest skår. På dette spørsmålet svarte også tre respondenter *vet ikke*. På de fleste spørsmålene er alle svaralternativene benyttet, noe som viser at det også her er litt ulike opplevelser blant respondentene.

Diagram 19: Trygghet og trivsel



Kommunikasjon og klager

Tabell 10. Kommunikasjon og klager

	I liten grad	I middels grad	I stor grad
...at personalet kommuniserer klart og tydelig med tjenestemottaker	2	3	6
...at tjenestemottaker er kjent med muligheten til å klage	5	3	3

På spørsmålet om i hvor stor grad respondentene opplever at personalet kommuniserer klart og tydelig med tjenestemottaker, svarte flertallet at de i stor grad opplever dette. Det er imidlertid også flere som har benyttet andre svaralternativer. Når det gjelder hvorvidt tjenestemottaker er kjent med muligheten til å klage, opplever flertallet av respondentene at tjenestemottaker *i liten* eller *middels grad* er kjent med denne muligheten. En respondent svarte *vet ikke* på dette spørsmålet. Vi spurte også pårørende om de er kjent med muligheten til å klage. Seks pårørende oppga at de *i stor grad* er kjent med denne muligheten, mens fem benyttet svaralternativet *i middels grad* og én *i liten grad*.

De pårørende fikk også spørsmålet «Hvordan opplever du informasjonsutvekslingen om tjenestemottaker?» Her svarte flertallet av respondentene at de opplever denne *som god*. De andre svaralternativene ble også benyttet av enkelte respondenter.

Når det gjelder kommunikasjon, har en respondent vist til at det er mange tospråklige ansatte som ikke har tilstrekkelige norsksferdigheter. Det gjør at de eldre med dårlig hørsel ikke forstår dem. Respondenten viste også til at primærkontaktordningen fungerer dårlig, og at det ble etterspurt i lang tid før det kom på plass.

Totalvurdering

Til slutt i spørreundersøkelsen stilte vi spørsmålet «Hvordan opplever du totalt sett kvaliteten til tjenestemottaker ved sykehjemmet?». På dette spørsmålet svarte et klart flertall – 12 respondenter – at de totalt sett opplever kvaliteten *som god*. To respondenter svarte at de totalt sett opplever kvaliteten *som dårlig*, mens to opplever den *som middels*.

Helt til slutt i undersøkelsen var gitt to *fritekstkommentarer*, der den *ene* respondenten viste til å ha opplevd at tjenestemottakers klær var blitt ødelagt i vask og at personlige ting på rommet har kommet bort. Den *andre* respondenten kommenterte at teleslynge eller annet passende hjelpemiddel ville vært til stor hjelp for de eldre med nedsatt hørsel, og at det i dag ikke finnes slike hjelpemidler. Videre viste respondenten til at tjenestemottakerne selv må sørge for TV, og at det ikke er bredbånd på sykehjemsplassene.

7.3 Oppsummering

Svarene fra ansatte på spørsmålene som inngikk i spørreundersøkelsene, er jevnt over nokså uensartede og gir et sammensatt bilde. Resultatene indikerer at det er relevant for kommuneadministrasjonen å vurdere tiltak for å videreutvikle tjenestetilbudet når det gjelder:

- Bemanningssituasjon
- Dialog mellom ansatte og pårørende
- Beboernes selvbestemmelse med hensyn til måltider, mat og døgnrytme
- Trivselstiltak for beboerne
- Intern kommunikasjon de ansatte imellom

Revisor bemerker at eventuelle forbedringer av bemanningssituasjonen i betydelig grad er et ressurs spørsmål.

Svarene fra pårørende til beboere ved Bøheimen indikerer at tjenestekvaliteten på flere områder oppleves som relativt god. Dette gjelder blant annet:

- Praktisk bistand til beboerne ved måltider
- Privatliv og selvbestemmelse for beboerne med henblikk på døgnrytme
- Smertelindring for sykehjemsbeboerne
- Rydding og renhold på beboeres rom
- Lokalenes tilpasning til sykehjemsbeboeres behov
- Sykehjemsbeboernes trygghet

Svarene de ansatte og pårørende til tjenestemottakere ved sykehjemsavdelingene på Bøheimen indikerer god opplevd tjenestekvalitet blant begge grupper når det gjelder hjelpen sykehjemsbeboere får med personlig hygiene og naturlige kroppsfunksjoner.

I resultatene fra spørreundersøkelsen blant pårørende fremkommer også noen områder der tjenestekvaliteten ikke synes å bli opplevd som fullt så god, herunder:

- Beboernes selvbestemmelse med henblikk på måltider og tilfredshet med maten de får
- Beboernes tilgang til tannpleier/tannlege, fysioterapeut og lege
- Forekomst av trivselstiltak for beboerne
- Beboernes mulighet til å komme ut i frisk luft

8 KOMMUNEDIREKTØRENS UTTALELSE

Vi sendte den 22. september i år vår rapport til kommunedirektøren for uttalelse. Kommunedirektørens uttalelse forelå den 10. oktober i år og fremgår i sin helhet av utklipp 4 nedenfor.

Utklipp 4. Kommunedirektørens uttalelse til forvaltningsrevisjonsrapporten

Utkastet til forvaltningsrapport viser at Bø kommune har noen utfordringer knyttet til rutinger og systemer. Den viser også at vi bruker noe mer ressurser på drift sammenlignet med kommuner det er naturlig å sammenligne oss med. Den viser også at tjenestekvaliteten oppleves som relativt god.

Dette er i stor grad kjent for Bø kommune, og rapporten vil bli brukt som en del av kunnskapsgrunlaget for vårt videre arbeid.

Når det gjelder rutiner for angående avvik, klager og brukererfaringer er kommunen godt i gang med å sette en ny praksis. Det er gitt opplæring, etablert en ny struktur for verneombud og etablert HMS gruppe i etaten. Det er også etablert et nytt årshjul for HMS arbeid i kommunen.

Bø kommune vil jobbe kontinuerlig for å sikre at kvaliteten på rutiner og systemer er god nok, oppdatert og at det er tilstrekkelig kunnskap på alle nivå vår organisasjon. Dette arbeidet skal gjøres i samarbeid mellom ledelse, tillitsvalgte, verneombud og ansatte. Vi vil også gjennomgå ressursbruken i etaten.

Ut over dette har vi ingen bemerkninger til rapporten slik den foreligger.

Med vennlig hilsen

Kine Anette Johnsen
Kommunedirektør

Revisor har innarbeidet opplysningene som fremgår av uttalelsen; om etablering av ny struktur for verneombud og HMS-gruppe. Disse opplysningene har blitt utdypet ytterligere i en e-post revisor mottok fra pleie- og omsorgsleder kort tid i forkant av kommunedirektørens uttalelse. Som vi viser til i kapittel 5.2 i vår rapport, har vi, på tross av å ha mottatt nye opplysninger, ikke funnet grunn til å gjøre vesentlige endringer i våre vurderinger og konklusjoner.

9 ANBEFALINGER

På bakgrunn av våre funn, vurderinger og konklusjoner i denne forvaltningsrevisjonen anbefaler vi Bø kommune å videreutvikle sitt styrings-/internkontrollsystem for sykehjemstjenestene, herunder:

- Sørge for at risiko- og sårbarhetsanalyse gjennomføres og legges til grunn for risikoforebyggende tiltak
- Treffe tiltak for ytterligere å klargjøre ansvars- og oppgavefordelingen mellom de ansatte
- Videreutvikle praksisen for skriftlig rapportering av avvik
- Videreutvikle sin praksis for evaluering av tjenestetilbudet
- Foreta årlige gjennomganger av internkontrollsystemet for å vurdere om det fungerer som forutsatt

Vi anbefaler også Bø kommune å vurdere behovet for forbedringstiltak i lys av resultatene fra våre spørreundersøkelser blant ansatte og pårørende ved sykehjemsavdelingene.

9 REFERANSER

- Lov-2011-06-24-30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgsloven)
- Forskrift-2016-10-28-1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Lov 22. juni 2018 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

Om selskapet og vår forvaltningsrevisjonskompetanse

KomRev NORD IKS utfører helhetlig revisjon av kommuner og fylkeskommuner, kommunale foretak, interkommunale selskaper, offentlige stiftelser, kirkeregnskap og legater. Selskapets eiere og oppdragsgivere er Troms og Finnmark fylkeskommune, Nordland fylkeskommune, tolv kommuner i Nordland og 39 kommuner i Troms og Finnmark.

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

Vi har 55 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 i Bø kommune:

Investeringsprosjektet Kai Hovden, 2021

Forebyggende arbeid blant barn og unge, 2018

Offentlige anskaffelser, 2017

Arbeidsmiljø og sykefravær PLO, 2015

Ressursbruk og kvalitet i skolen, 2013

Bø kommunes håndtering av investeringsprosjekt, 2011

Barneverntjenesten, 2008

Iverksetting av politiske vedtak, 2007

