

FORVALTNINGSREVISJON

Helse og omsorg

Økonomistyring
Dokumentert styringssystem

Bardu kommune



Rapport 2024

Forord

På grunnlag av bestilling fra kontrollutvalget i Bardu kommune har KomRev NORD gjennomført forvaltningsrevisjon rettet mot økonomistyring og tjenestekvalitet innen enhet for Helse, omsorg og barnevern. 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 Bardu kommune. Vi kjenner ikke til forhold som er egnet til å svekke tilliten til vår uavhengighet og objektivitet.

Vi takker Bardu kommune for samarbeidet i forbindelse med forvaltningsrevisjonen.

Alta/Tromsø, 26.1.2024

Knut Teppan Vik
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Bjørnar Johansen
*Forvaltningsrevisor,
prosjektleder t.o.m. sommer 2023*

**Ranveig Olaussen og
Margrete Mjølhus Kleiven**
*Forvaltningsrevisorer,
prosjektmedarbeidere f.o.m. høst 2023*

SAMMENDRAG

Gjennom denne forvaltningsrevisjonen har KomRev NORD undersøkt Bardu kommune sin økonomistyring innenfor enheten helse, omsorg og barnevern. Vi har også undersøkt kommunens dokumenterte rutiner og systemer som skal bidra til å sikre at tjenestekvaliteten i kommunens sykehjems- og hjemmetjeneste.

Revisors konklusjoner er at:

1. *Bardu kommune sin økonomistyring innenfor helse og omsorg er i henhold til gjeldende regelverk og anbefalinger på området.*
2. *Bardu kommune i stor grad, men ikke fullt ut, har dokumenterte rutiner og systemer som skal bidra til å sikre at kvaliteten i kommunens sykehjems- og hjemmetjeneste er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer.*

Kommunens enhet helse, omsorg og barnevern består av flere avdelinger. Det er avdelingsleder for sykehjem og avdelingsleder for hjemmetjenestene. Sykehjemmet har 34 plasser fordelt på sonene nedre, øvre og sentrum. Hjemmetjenestene gir tjenester til 183 brukere. Kommunen har som overordnet mål for helse- og omsorgstjenestene at fokus skal dreies fra institusjon til hjemmebaserte tjenester. Et hovedmål for kommunen er også å ha tilstrekkelig kompetanse, kapasitet og kvalitet på alle tjenesteområder.

Som øvrige kommuner i Norge har Bardu kommune økning i antall eldre som trenger pleie- og omsorgstjenester samtidig som det er vanskelig å rekruttere kompetent personell til tjenestene. Det er høyt sykefravær og flere kompliserte oppgaver som skal utføres. Rekrutteringsutfordringer og sykefravær gjør at tjenestene har høye utgifter til innleie av vikarer og overtid. Tjenestene har også vært sterkt påvirket av flere år med pandemi og pandemihåndtering. Enheten helse, omsorg og barnevern har hatt merforbruk flere år.

Det ble i 2020 vedtatt et omstillingsprogram for årene 2020-2023 for å ta ned kommunens driftskostnader. Ikke alle planlagte tiltak har vært mulig å gjennomføre. I tidsperioden har det vært gjort flere tiltak tilknyttet til kvalitet og internkontroll med relevans både for tjenestenes økonomiarbeid og tjenesteutførelse. Kvalitetssystemet EQS ble implementert fra januar 2023. Kommunens utfordringer med å rekruttere og beholde kompetanse er tema i kommunens helse- og omsorgsplan og det er rapportert om til kommunestyret gjennom faste rapporteringer. Det er utarbeidet egen plan for å rekruttere og beholde kompetanse i enheten helse, omsorg og barnevern.

Kommunedirektør, enhetsleder og avdelingsledere er tillagt ansvar og oppgaver for drift, kvalitet og internkontroll tilknyttet både økonomistyringen og tjenesteytelsen. Kvalitetssystemet skal brukes av alle ansatte.

Med *økonomistyring*, jf. problemstilling 1, mener vi kommuneadministrasjonens arbeid med utarbeidelse av budsjett, budsjettstyring og rapportering. Med *dokumenterte rutiner og systemer for å sikre kvalitet i tjenestene*, jf. problemstilling 2, mener vi styringssystemet/internkontrollen som skal bidra til å sikre at det gis forsvarlige tjenester. For begge tema er kommuneadministrasjonen underlagt nærmere bestemte lov- og forskriftskrav i sitt arbeid. Også kommunens egne vedtatte planer og målsetninger er styrende.

Økonomistyring

Kommunestyret i Bardu har vedtatt et reglement for økonomiforvaltning slik kommuneloven krever. Økonomireglementet og delegasjonsreglementet er relevante for kommunens økonomistyring. Funn i undersøkelsen viser at både ansatte og tillitsvalgte blir gjort kjent med reglementet og den ansvarsfordeling, rutiner og frister som fremgår der. Dokumentasjon og informasjon gitt i intervju tilsier at kommunens økonomireglement brukes i budsjettarbeidet. Bardu kommune har i henhold til kommuneloven økonomiplan som omfatter årsbudsjett. I økonomiplanene belyses demografi, befolkningsutvikling, folkehelse og KOSTRA-grupper. Det redegjøres også for mål og handlingsregler, måloppnåelse og handlingsrom i økonomiplanperiodene.

Økonomiplanene er lagt fram for politisk behandling innen de frister som gjelder. Kommunedirektøren rapporterer til kommunestyret gjennom tertialrapporter og egne rapporteringer om internkontrollen i kommunen slik kommuneloven krever. Dersom den økonomiske utviklingen viser vesentlige avvik fra vedtatt budsjett, har kommunedirektøren foreslått endringer i årsbudsjettet i tråd med kommunelovens bestemmelser. Kommunedirektøren har rapportert til kommunestyret om årsakene til avvik fra budsjett og arbeid opp mot det vedtatte omstillingsarbeidet. Pandemien har vært medvirkende til at omstillingen har tatt tid. Det har vært jobbet med rekrutteringstiltak, men sykefravær og rekrutteringsutfordringer har gjort det vanskelig å få gjennomført planlagte tiltak med å ta ned årsverk innenfor sykehjem.

Kommunestyret i Bardu vedtar forslag til neste års økonomiske rammer allerede i juni, og budsjettet for det kommende år vedtas i desembermøtet. Det er vår oppfatning at dette gir enheten bedre tid å gjennomføre en god prosess med detaljbudsjettering og prioriteringer før årsbudsjettet vedtas i desember. Rutiner for månedlig rapportering er slik vi vurderer det med på å sikre at kommunedirektøren har mest mulig relevant informasjon i forkant av rapporteringene til kommunestyret. Månedlige rapporteringsrutiner kan sikre at eventuelle budsjettavvik avdekkes tidlig slik at tiltak kan iverksettes.

Dokumenterte rutiner og systemer for å sikre tjenestekvalitet

Det er utarbeidet overordnede planer for helse- og omsorgstjenestene i Bardu kommune og disse angir målsetninger og tiltak for sykehjemstjenestene og hjemmetjenestene. Ansvar og oppgaver er fordelt og definert. Kvalitetsarbeid er omtalt i overordnet planverk og kommunedirektørens oppdragsbrev til enhet helse, omsorg og barnevern viser til at bruk av kvalitetssystemet EQS er helt avgjørende for at kommunen skal lykkes med oppdraget. Kvalitetssystemet er blitt implementert i tjenestene og det er angitt hvem som har ansvaret for kvalitetsarbeidet.

Vi har vurdert Bardu kommunens rutiner og systemer for sykehjem- og hjemmetjenesten opp mot krav i forskrift om ledelse og kvalitetsforordning i helse- og omsorgstjenesten. Kommunen har gjennom sitt styringssystem i all hovedsak ivaretatt kravene om planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriftens §§ 6, 7, 8 og 9.

Flere av de oppgavene som ifølge forskriften hører til planlegging er ivaretatt for sykehjem- og hjemmetjenestene i Bardu kommune. Helse- og omsorgsplanen er et utgangspunkt for å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene innen tjenesteområdene. Kommunen har kartlagt fremtidige utfordringer som følge av fremtidig befolknings sammensetning i kommunen og behovet for kompetanse i tjenestene.

Bardu kommune har oversikt over mål, oppgaver, aktiviteter og organisering av sykehjems- og hjemmetjenestene. Ansvar for både ordinær drift og kvalitetsarbeidet er definert. Ansatte skal være kjent med ansvars- og oppgavefordelingen, men muntlige opplysninger fra ledelsen tilsier at kommunen ikke er helt i mål med et igangsatt arbeid med stillingsbeskrivelser og tilgjengeliggjøring av dette i kvalitetssystemet. Dette er vektlagt i revisors samlede vurdering.

Kommunen kan synliggjøre at det er oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring. Kommunens målsetning i helse- og omsorgsplan om kapasitet og kompetanse er fulgt opp gjennom vedtakelse av egne planer og tiltak for å rekruttere og beholde kompetanse i enheten.

Tjenesteområdene synes å ha en mulighet for å få oversikt over områder med risiko for svikt eller mangel og hvordan minimere slike risikoforhold. Avviksrapporteringer i både kvalitetssystemet og Profil kan bidra til dette. Innmeldte avvik gjennomgås i plenum, og ofte blir det gjort endringer i rutiner i etterkant. Det gjennomføres faste møter slik at informasjon utveksles og de ansatte kan medvirke.

Revisor oppfatter av kommunens opplysninger at krav i forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring skal ivaretas gjennom implementeringen og bruk av kvalitetssystemet EQS i tjenestene. Blant annet skal relevant regelverk være tilgjengelig i kvalitetssystemet. For at oppgaver skal gjennomføres som bestemt, er det utarbeidet både administrative og faglige rutiner og prosedyrer. Det har vært en økende innmelding av avvik, og det kan tilsi at tilgangen og kunnskapen om kommunens kvalitetssystem har økt etter endring av kvalitetssystem fra Compilo til EQS.

Brukere og pårørendes erfaringer skal også nyttiggjøres gjennom brukervedvirkning. I kontakt med ansatte har brukere og pårørende mulighet for å gi tilbakemeldinger, og disse skal normalt drøftes med vedkommende dersom det er forhold det bør tas tak i. Det gjøres kartlegging av brukernes interesser ut fra nasjonal standard for dette, men for hjemmetjenesten er dette noe begrenset for de som har tidsavgrensede tjenester. For sykehjemets brukere gjøres dette for alle, og pårørende blir forsøkt involvert i dette. Pasient- og brukerundersøkelser er det mange år siden ble gjennomført, selv om det i overordnet styringsdokument er angitt at dette skal gjennomføres. At slik systematisk innhenting av informasjon fra mottakere av sykehjems- og hjemmetjenestene ikke er gjennomført, er vektlagt i revisors samlede vurdering.

Som kontroll av at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres, benyttes blant annet registreringer i fagsystemet Profil knyttet til enkeltbrukere. Slik kan en kvittere ut at tjenesten er gjennomført. I kvalitetssystemet er det sjekklister for dette, men avdelingslederne er usikre på om disse benyttes i særlig grad. I Bridge er det lagt opp til rapportering på oppfølging av politiske vedtak, noe som også gjennomføres i tertialrapporter og årsberetninger. Revisor oppfatter at innmelding av avvik og gjennomgang av disse er tiltak med relevans for evaluering og korrigerende av virksomheten.

Revisors undersøkelse viser at Bardu kommune kan synliggjøre at mange av de oppgavene som følger av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring blir ivaretatt i sykehjem og hjemmetjenestene i kommunen. Vi finner sammenheng mellom krav til kvalitetsarbeid i overordnet planverk og føringer fra kommunedirektør til tjenestene tilknyttet kvalitetsarbeid. Det er sammenheng mellom planverket som er styrende for kommunens sykehjem og hjemmetjeneste; definerte utfordringer slik som å sikre tilstrekkelig kompetanse og rekruttering

i enheten, er fulgt opp med konkrete planer og tiltak for å rekruttere og beholde kompetanse i enheten.

Det foreligger imidlertid i liten grad skriftliggjorte vurderinger og dokumentasjon tilknyttet disse oppgavene som kommunen er pålagt under forpliktelsene til planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende. Vi har derfor vurdert at Bardu kommune ikke kan dokumentere å ha oppfylt revisjonskriteriet om å ha vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig i sykehjemstjenesten og hjemmetjenesten og i hvilket omfang det skal dokumenteres.

Med bakgrunn i revisors funn, vurderinger og konklusjon på problemstilling 2 anbefaler vi Bardu kommune å videreutvikle styringssystemet for hjemmetjenestene og sykehjemstjenestene, herunder å

- gjøre vurderinger av hvor omfattende styringssystem som er nødvendig i sykehjemstjenesten og hjemmetjenesten. Vurderingene bør dokumenteres
- gjøre vurdering av i hvilket omfang styringssystemet skal dokumenteres og hvordan kommunen skal sikre at dokumentasjon til enhver tid er oppdatert og tilgjengelig
- fullføre påbegynt arbeid med stillingsbeskrivelser
- jevnlig innhente tjenestemottakernes erfaringer og synspunkter, og benytte disse i arbeidet med styringssystemet

Sammendrag	1
1 Innledning	2
1.1 Bakgrunn og bestilling	2
1.2 Bardu kommunes helse- og omsorgstjenester	2
2 Problemstillinger og revisjonskriterier	6
2.1 Problemstillinger	6
2.2 Kilder for revisjonskriterier.....	6
2.3 Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 1 om økonomistyring	6
2.4 Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 2 om tjenestekvalitet	9
3 Metode, datamateriale og avgrensning	13
3.1 Metode og datamateriale	13
3.1.1 Problemstilling 1 om økonomistyring	13
3.1.2 Problemstilling 2 om tjenestekvalitet.....	13
3.2 Gyldighet og pålitelighet.....	14
3.3 Avgrensninger	15
4 Økonomistyring	16
4.1 Innledning.....	16
4.2 Økonomisystemer og reglementer	17
4.3 Budsjett- og planprosess.....	20
4.4 Årsbudsjett og økonomiplan	22
4.4 Rapportering.....	24
4.5 Revisors vurderinger og konklusjon	30
5 Dokumentert styringssystem for tjenestekvalitet	32
5.1 Innledning.....	32
5.2 Overordnede planer, systemer og verktøy for helse og omsorg.....	34
5.3 Mål, oppgaver, aktiviteter og fordeling av ansvar og oppgaver.....	35
5.4 Kunnskap, kompetanse, opplæring og medvirkning.....	40
5.5 Risikofaktorer og risikovurderinger	42
5.6 Prosedyrer, instruksjoner og rutiner	44
5.7 Brukermedvirkning	45
5.8 Avvik, evaluering og korrigerende	47
5.9 Revisors vurderinger og konklusjon	51
6 Uttalelse	53
7 Anbefalinger	53
8 Referanser	54

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn og bestilling

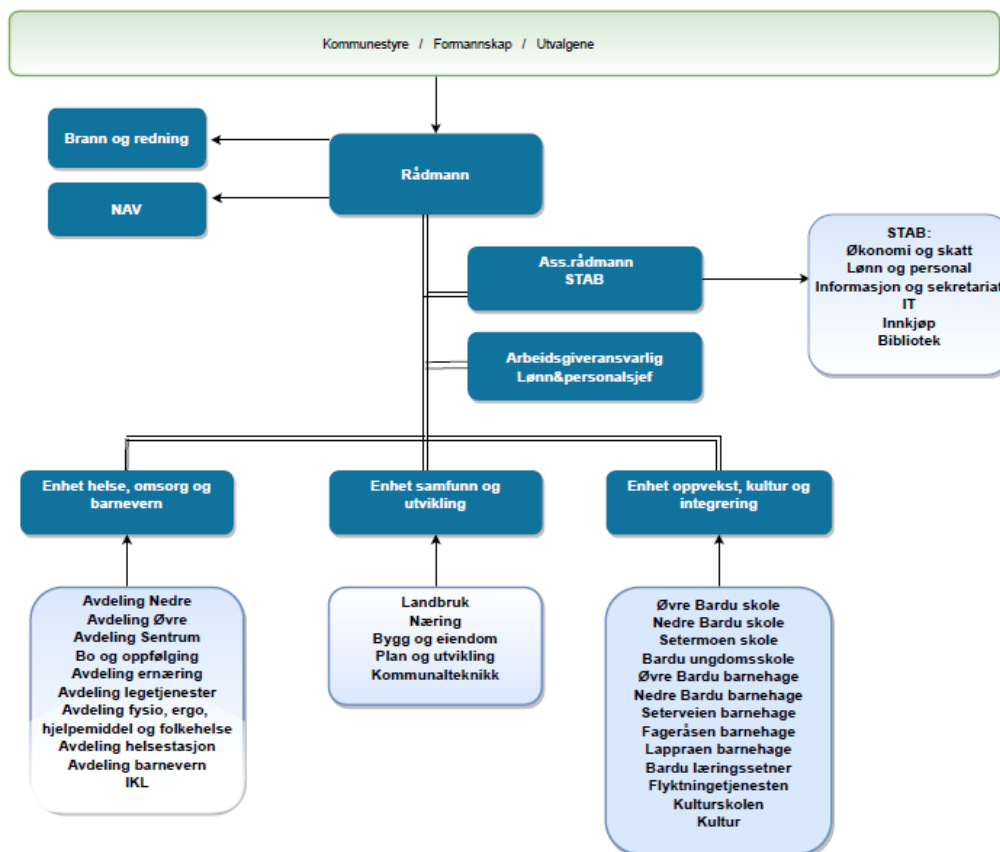
I Bardu kommunes plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2020-2023 er forvaltningsrevisjon innen helse og omsorg prioritert. I planen er det vist til at «*En gjennomgang av årsregnskapene for de 4 siste årene (2016-2019), viser at område Helse, omsorg og barnevern har hatt merforbruk på til sammen MNOK 26,9. En forvaltningsrevisjon kan for eksempel se på hvordan budsjettvedtak følges opp og hvordan budsjettstyringen ivaretas i helse og omsorg. Videre kan en forvaltningsrevisjon kartlegge og vurdere om brukere i institusjon og åpen omsorg får den hjelpen de har behov for og krav på*». I planen inngår to alternative innretninger for forvaltningsrevisjon på området. Kontrollutvalget drøftet i sak 8/21 aktuell innretning og ba KomRev NORD utarbeide en overordnet prosjektskisse for en forvaltningsrevisjon som omhandlet både økonomistyring og tjenestekvalitet. Kontrollutvalget behandlet og vedtok revisors prosjektskisse i sak 13/21.

Kontrollutvalgets formål er å få belyst og vurdert om kommunen har kontroll med budsjett og økonomi i helse- og omsorgssektoren i tråd med gjeldende regler og anbefalinger. Formålet er også å få belyst og vurdert hvorvidt Bardu kommune tilbyr helse- og omsorgstjenester i tråd med gjeldende krav og anbefalinger.

1.2 Bardu kommunes helse- og omsorgstjenester

Bardu kommune er organisert som vist i utklipp 1 nedenfor.

Utklipp 1: Administrativ organisering, Bardu kommune



Kilde: Bardu kommunes nettsider

Stillingen som i organisasjonskartet benevnes «rådmann», betegnes i dag kommunedirektør. Bardu kommunes helse- og omsorgstjenester er organisert under *Enhet helse, omsorg og barnevern*.

Enhet Helse, omsorg og barnevern (HOB) består av 11 avdelinger med ansvar for til sammen 19 spesifikke tjenestoområder. Enheten er eget *rammeområde* i årsbudsjett, økonomiplan og regnskap, og ledes av egen *enhetsleder*. Avdelingene har hver sin *avdelingsleder*. I tabellen nedenfor presenterer vi de ulike undertjenester som inngår i enheten:

Administrasjon	Enhetsleder og 1,25 % merkantil stilling
Psykisk helse døgn	Heldøgns bemannet bofellesskap for personer med psykiske lidelser, eventuelt psykiske lidelser kombinert med rus, som har behov for et heldøgntilbud. De som er knyttet til dette tiltaket, bor i selvstendige leiligheter, men har tilgang på personell 24/7.
Rus og psykisk helse dag	Lavterskeltilbud som har bemanning fem dager i uken. Psykisk helse dag følger opp mennesker med psykiske lidelser og plager, fra 16 år.
Miljøarbeidertjenesten	Yter praktisk bistand og omsorg til voksne og barn med psykisk og sosial funksjonshemming
Ergoterapitjenesten	Tilbud til innbyggere i Bardu kommune som har behov for å legge til rette for mestring av dagliglivets ferdigheter ved helsesvikt. Ergoterapeut kartlegger/ vurderer hjelpemiddelbehov, skriver hjelpemiddelsøknader og har ansvar for oppfølging og opplæring i bruk av hjelpemidler
Kommunepsykolog	Tilbud til mennesker i alle aldre, barn har prioritet. Kommunepsykologens samarbeider og gir veiledning av personell til alle tjenester i kommunen
Fysioterapitjenesten	Tilbud til alle innbyggere i Bardu kommune med behov for fysioterapi i henhold til Lov om helsetjenester i kommunen. Fysioterapi er både en behandlende og forebyggende virksomhet
Hjelpemiddelkonsulent	Har ansvar for mottak/utlevering/montering, samt innhenting/innlevering av hjelpemidler tilhørende NAV hjelpemiddelsentral. Hjelpemiddelkonsulent har også ansvar for kartlegging/vurdering samt utlevering/montering/innhenting av hjelpemidler ved behov for korttidslån fra kommunalt hjelpemiddellager
Helsestasjonstjenesten	Jobber forebyggende og helsefremmende mot barn og unge 0–20 år. Målgruppen er i hovedsak familier med barn og unge 0–20 år. Dette er fordelt på helsestasjon 0– 5 år, skolehelsetjenesten, HFU (helsestasjon for ungdom 13–25 år) og jordmortjenesten (barselomsorgen). I tillegg ytes det helsetjenester til asylanter, flyktninger og familiegjenforente, miljørettet helsevern/smittevern og vaksinerings/reisevaksinerings til enkelte grupper
Serviceavdelingen	Er kjøkkenet ved Barduheimen sykehjem. Avdelingen har som hovedoppgave å sørge for et godt og ernæringsmessig riktig kosthold for beboerne ved Barduheimen. I tillegg produserer de middag til hjemmeboende i tjenesten. Det leveres også mat til barnehager i kommunen
Barneverntjenesten	Skal sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til riktig tid. Videre skal barneverntjenesten bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår.
Legetjenesten	Har ansvar for kurative helsetjenester som ytes innenfor ordinær arbeidstid for de som har valgt fastlege ved legekantoret, samt

	øyeblikkelig hjelp til enhver som oppholder seg i kommunen, uansett bostedsadresse og fastlegetilhørighet. Legetjenesten har ansvar for kommunale allmennlegetjenester som sykehjem, flyktningehelsetjeneste, helsestasjon, ØHD- senger.
Hjemmesykepleie	Er for de som trenger behandling, pleie og omsorg for å kunne mestre å bo i eget hjem så lenge som mulig. Tjenesten skal bidra til at brukeren får ivaretatt sine grunnleggende behov for mat, hygiene, søvn, sosiale behov og aktivitet.
Praktisk bistand og opplæring i hjemmet	Er tilbud til brukeren som skal motivere til egenomsorg og sette brukeren i stand til å meste dagliglivets gjøremål. Slik bistand utføres også når brukeren selv ikke er i stand til å utføre praktiske oppgaver. Slike oppgaver kan være rengjøring, matlaging, personlig hygiene, hjelp til å gå på toalettet og påkledning
Kreftsykepleier	Oppfølging av kreftsyke og pårørende. Administrering av cytostatika behandling (cellegiftbehandling) lokalt. Kreftsykepleier har ansvaret for å koordinere tjenester til kreftpasienter og pårørende i hjem og sykehjem, særlig for pasienter som ønsker å dø hjemme.
Sykehjemmet	Har til sammen 34 sykehjemsplasser, hvorav 12 er knyttet til <i>Nedre</i> , 12 til <i>Øvre</i> og 10 plasser på <i>Nordstua</i> (Sentrum sone). Nordstua er en tilrettelagt avdeling for personer med demenssykdom. ØHD døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp både innen somatikk og psykiatri, en seng er lokalisert til Barduheimen.
Brukerstyrt personlig assistent	Funksjonshemmede med stort assistansebehov har rett til å få assistansen organisert som brukerstyrt personlig assistanse.
Støttekontakt	Hjelpe den enkelte til en meningsfull fritid.
IKL (Interkommunal legevakt)	Akuttmedisinsk beredskap og øyeblikkelig hjelp. Bardu kommune er vertskommune for legevakt med til sammen seks samarbeidskommuner.

Forvaltningsrevisjonens problemstilling om tjenestekvalitet retter seg mot kommunens sykehjemstjenester og hjemmetjenester. Sykehjemstjenesten og hjemmetjenesten har i utgangspunktet vært integrerte tjenester, tilhørende tre soner (avdelinger); sone Øvre, sone Nedre og sone Sentrum (Nordstua) ved Barduheimen.

Avdelingsledere for hver av sonene har hatt ansvar for begge tjenesteområdene i egen sone. Integreringen har vært for at brukere av hjemmetjenestene skal kunne tilknyttes tilhørende sone når/hvis det senere blir behov for permanente sykehjemstjenester, og da allerede være etablert kjennskap og kunnskap om hverandre. Ved koronapandemiens utbrudd ble det gjennomført en midlertidig omorganisering. Av smittevern hensyn ble sykehjem og hjemmesykepleie delt i to kohorter, med en fordeling av ansatte. Avdelingsleder sone Nedre fikk ansvar for *sykehjemstjenesten* (innetjenesten), mens avdelingsleder sone Øvre fikk ansvar for *hjemmetjenesten* (utetjenesten).

Sykehjem

Det er til sammen 34 sykehjemsplasser, hvorav 12 er knyttet til Nedre, 12 til Øvre og 10 plasser på Nordstua. I tillegg er det en ØDH- seng på sykehjemmet. Sykehjemmet tilbyr langtidsplasser, korttidsplasser og avlastning. Det er ikke et definert antall plasser til noen av tilbudene.

Nordstua er en tilrettelagt avdeling for personer med demenssykdom. Avdelingen har ti plasser og tilbyr langtidsoverhold, avlastningsopphold og dagopphold for personer med

demenssykdom. Dagsenteret er åpent tre dager i uka. Bardu kommune har eget hukommelsesteam (demensteam) som ledes av hukommelsesykepleier. Teamet kan blant annet tilby samtaler til pasienter og pårørende, kartlegge behov for hjelp og hjelpemidler og veilede pårørende og personell. Teamet arrangerer også pårørendeskole.

Hjemmetjenester

Pr november 2023 er det 183 brukere tilknyttet hjemmesykepleie og praktisk bistand. Avdeling Øvre og Nedre hjemmesykepleie gir helsetjenester som skal bidra til mestring for å kunne bo i eget hjem så lenge som mulig. Hjemmesykepleien tilbyr helsehjelp til personer i alle aldre. Praktisk bistand innebærer blant annet hjelp til rengjøring og innkjøp av varer. Fra 2023 ble praktisk bistand tilbakeført til kommunal drift, etter at tjenesten i flere år har kjøpt tjenesten fra privat tilbyder.

2 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER

2.1 Problemstillinger

For denne forvaltningsrevisjonen gjelder følgende problemstillinger:

- 1. Er Bardu kommune sin økonomistyring innenfor helse og omsorg i henhold til gjeldende regelverk og anbefalinger på området?**
- 2. Har Bardu kommune dokumenterte rutiner og systemer som skal bidra til å sikre at kvaliteten i kommunens sykehjems- og hjemmetjeneste er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer?**

2.2 Kilder for 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. De relevante kildene for utledning av revisjonskriterier for problemstilling 1 i denne forvaltningsrevisjonen er:

- Lov 22. juni 2018 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)
- Forskrift 7.6.2019 nr. 714 om økonomiplan, årsbudsjett, årsregnskap og årsberetning
- *Økonomiplanlegging i norske kommuner og fylkeskommuner*. Veileder fra (tidl.) Kommunal- og regionaldepartementet
- Lov 24.6.2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven – hol.)
- Forskrift 28.10.2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesteloven
- Ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten (Veileder til lov og forskrift, Helsedirektoratet), først publisert 17.02.2017, faglig oppdatert 29.10.2018

2.3 Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 1 om økonomistyring

«Økonomistyring» kan sies å omhandle flere ulike dimensjoner av kommunens drift, herunder:

- Prioriteringsevne
- Påvirkningsevne
- Oversikt
- Kontroll
- Evnen til å holde seg innenfor gitte rammer¹

Temaet *Økonomi* behandles i kommunelovens femte del. I § 14-1 oppstilles det noen grunnleggende krav til økonomiforvaltningen i en kommune. Kommunen skal:

- Forvalte økonomien slik at den økonomiske handleevnen blir ivaretatt over tid
- Utarbeide samordnede og realistiske planer for egen virksomhet og økonomi og for lokalsamfunnets eller regionens utvikling
- Forvalte finansielle midler og gjeld på en måte som ikke innebærer vesentlig finansiell risiko, blant annet slik at betalingsforpliktelser kan innfris ved forfall

¹ Opstad, Leiv, 2006: «Økonomistyring i offentlig sektor.»

Når det gjelder samordnede og realistiske planer for kommunens virksomhet, er årsbudsjettet og økonomiplanen sentrale. Disse plandokumentene utarbeides av kommuneadministrasjonen og foreligger kommunestyret for behandling. Dermed er altså selve budsjettprosessen også en sentral del av kommunens økonomistyring. Budsjettene danner videre et sentralt utgangspunkt for styringen av virksomheten gjennom budsjettåret.

Årsbudsjett

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

Det står følgende i veilederen:

«Kommuneloven § 46 nr. 3 slår fast at årsbudsjettet skal være realistisk. Dette innebærer at de enkelte bevilgninger og de inntekter budsjettet bygger på, skal være ført opp ut fra hva som kan påregnes, jf. Ot. Prp. Nr. 43 (1999-2000) s. 130. Ved utforming av anslag bør et forsiktighetsprinsipp legges til grunn.

For inntektssiden bør det tas utgangspunkt i kommuneproposisjonen og statsbudsjettet (St.prp. nr. 1), der blant annet regjeringens anslag for kommunens inntektsvekst for det påfølgende år publiseres. Kommunens budsjetterte skatteinntekter bør ligge innenfor regjeringens prognose. Dersom kommunen opererer med annet anslag, må avviket begrunnes.

Mens vesentlige deler av inntektssiden ligger utenfor kommunens kontroll, vil utgiftssiden i større grad være opp til kommunen å bestemme. Bestemmelser for ressursbruken i kommunen er i hovedsak gitt i særlover i form av rettighets- og standardkrav knyttet til tjenestetilbudet, og vurderingen av utgiftsnivået vil i større grad måtte bero på skjønn. Hva som vil være tilstrekkelige utgiftsrammer innenfor det enkelte tjenesteområdet vil være vanskelig å bedømme. Vurderingen bør heller ikke innskrenke kommunens mulighet til å foreta omprioriteringer mellom utgiftsformål. Betrachtingene rundt budsjettets utgiftsside bør derfor hovedsakelig begrense seg til å påse at balansekravet overholdes, med mindre det åpenbart skulle fremgå at bevilgningene ikke vil være tilstrekkelige til å oppfylle klart definerte minimumskrav til omfang og standard for den aktuelle tjeneste. Betydelige reduksjoner fra tidligere års bevilgninger og anvendelse må imidlertid kunne forklares ut fra hvilke tiltak kommunen akter å iverksette».

Kommunen må i utarbeidelsen av budsjett basere seg på tilgjengelige datakilder for å sikre realistisk budsjett.

Det er, jf. kommuneloven § 14-3 tredje ledd, formannskapet som innstiller til vedtak om årsbudsjett. Ansvar for forsvarlig saksutredning til formannskapet og andre folkevalgte organer, påligger kommunedirektøren, jf. kommuneloven § 13-1 tredje ledd. Årsbudsjettene som er gjenstand for presentasjon og vurdering i denne rapporten, har i første omgang foreligget som forslag fra kommuneadministrasjonen i Bardu kommune.

Økonomiplan

I veilederen *Økonomiplanlegging i kommuner og fylkeskommuner* viser (tidl.) Kommunal- og regionaldepartementet til «sentrale elementer i økonomiplanen». Det vises til at befolkningsprognoser, prognoser for lønns- og prisvekst, anslåtte driftsinntekter og driftsutgifter, og langsiktig informasjon om investering og gjeld er sentrale deler av en god økonomiplan.

Av kommuneloven § 14-2 bokstav a følger det at kommunestyret også skal vedta *økonomiplan*. Økonomiplanen skal på det tidspunktet den vedtas, gjelde for de neste hele fire år, jf. § 14-3 første ledd. Tilsvarende som for årsbudsjettet skal økonomiplanen omfatte en driftsdel og en investeringsdel. Kommuneloven § 14-4 tredje ledd stiller krav til at økonomiplanen og årsbudsjettet skal settes opp i balanse og være realistiske, fullstendige og oversiktlige. I «realistisk» ligger det – også med henblikk på økonomiplanen – at den skal bygge på realistiske forventninger om utviklingen i inntekter og utgifter, jamfør ovennevnte departementale uttalelse. Formannskapet innstiller til vedtak om økonomiplan, på bakgrunn av saksutredning (forslag) fra kommuneadministrasjonen. Økonomiplanene som er gjenstand for presentasjon og vurdering i denne rapporten, har i første omgang foreligget som forslag fra kommuneadministrasjonen i Bardu kommune.

Budsjettstyring og rapportering

Årsbudsjettet er, jf. kommuneloven § 14-5, bindende for kommunestyret og underordnede organer. Videre har kommunedirektøren, jf. § 13-1 fjerde ledd, plikt til å påse at de vedtak som treffes av folkevalgte organer, blir iverksatt. Korresponderende med dette skal kommunedirektøren etter § 14-5 tredje ledd minst to ganger i året rapportere til kommunestyret om utviklingen i inntekter og utgifter, sammenholdt med årsbudsjettet. Hvis utviklingen tilsier vesentlige avvik, skal kommunedirektøren foreslå endringer i årsbudsjettet.

Årsberetning

Det følger av kommuneloven § 14-7 at kommuner skal utarbeide en årsberetning for kommunens samlede virksomhet. Årsberetningen skal gjøre rede for blant annet

- Virksomhetens måloppnåelse og andre ikke-økonomiske forhold som er av vesentlig betydning for kommunen eller innbyggerne
- Vesentlige beløpsmessige avvik mellom årsbudsjettet og årsregnskapet, og vesentlige avvik fra kommunestyrets eller fylkestingets premisser for bruken av bevilgningene

Planene og rapporteringsformene som omtales ovenfor, utgjør etter revisors syn – sammen med kommuneregnskapet - de grunnleggende bestanddelene i kommunens planlegging, «offentlige refleksjon» og etterrettelighet innen økonomistyring på et overordnet nivå. Planene og rapporteringene er helt sentrale i kommunikasjonen mellom administrativt og politisk nivå med henblikk på kommunens økonomistyring.

Kommunen skal ifølge kommuneloven § 25-1 ha internkontroll med administrasjonens virksomhet for å sikre at lover og forskrifter følges. Forpliktelsene gjelder også på økonomiområdet, og revisor legger til grunn at det må etableres tilfredsstillende rutiner for økonomistyringen.

KS sin veileder Kommunedirektørens internkontroll beskriver tre vilkår som må være til stede for en god internkontroll. Internkontrollen bør være risikobasert, formalisert og inneholde kontrollaktiviteter. At internkontrollen skal være risikobasert er forstått som at internkontrollen

møter reelle risikoer, og at tiltakene bidrar til å få kontroll på og redusere risikoene slik at man kan unngå uønskede hendelser. Risiko kan forstås som produktet av sannsynlighet og konsekvens. I arbeidet med internkontroll er det naturlig å fokusere på hendelser som kan ha negative konsekvenser for virksomheten.

En sentral del av formalisering er organisering, ansvar og roller. Dette bør være nedfelt i styrende dokumenter. Eksempler på slike dokumenter kan være delegeringsreglement, lederkontrakter og andre rutiner/reglementer. Ansvarsfordeling mellom kommunedirektør og øvrige ledere bør være avklart. Videre er det sentralt at ansvarsfordelingen er kjent i organisasjonen.

Kontrollaktiviteter skal bidra til å redusere risikoen. Det finnes ulike kontrollaktiviteter, og de kan deles inn etter eksempelvis forebyggende, avdekkende, automatiske og manuelle. Relevante kontrollaktiviteter kan være beskrevet i rutinebeskrivelser og retningslinjer.

På bakgrunn av ovenstående gjennomgang av relevante kilder utleder vi følgende revisjonskriterier:

- *Bardu kommune bør ha styrende dokumenter som beskriver ansvar, roller og frister i arbeidet med utarbeidelse og oppfølging av budsjett ved kommunens enhet for helse, omsorg og barnevern*
- *Bardu kommune bør benytte tilgjengelig datakilder som grunnlag for forventede utgifter og inntekter i budsjetteringen innenfor helse, omsorg og barnevern*
- *Bardu kommunes økonomiplaner skal vise hvordan langsiktige utfordringer, mål og strategier innen kommunens enhet for helse, omsorg og barnevern skal følges opp*
- *Bardu kommune bør ha rutiner som sikrer at kommunedirektøren har relevant informasjon om kommunens enhet for helse, omsorg og barnevern i forkant av budsjettrapporteringer til kommunestyret*
- *Bardu kommune bør ha etablert rutiner som sikrer at eventuelle budsjettavvik for enhet for helse, omsorg og barnevern avdekkes tidligst mulig*
- *Bardu kommune bør ha etablert rutiner for detaljbudsjettering for enheten helse, omsorg og barnevern og ha fastsatt hvordan disse skal følges opp*

Vi utleder også som revisjonskriterium at:

- *Kommunedirektøren må ha etablert systemer som sikrer at gjeldende rutiner, retningslinjer og systemer etterleves innen kommunens enhet for helse, omsorg og barnevern*

2.4 Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 2 om tjenestekvalitet

Helse- og omsorgstjenesteloven gjelder for helse- og omsorgstjenestene som ytes av kommunen. Kommunens overordnede ansvar fremgår av § 3-1. Etter denne bestemmelsen skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunen har blant annet ansvar for å tilby helsetjenester i hjemmet, plass i institusjon (herunder sykehjem) og personlig assistanse (herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt), jf. § 3-2. Kommunen er etter § 4-2 i helse- og omsorgstjenesteloven pliktig til å sørge for at virksomhetene arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. For å sikre at befolkningen tilbys

nødvendige helse- og omsorgstjenester må kommunen planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift, jf. § 3-1 tredje ledd.

Dette er nærmere regulert i forskrift av 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene. Forskriften beskriver hvordan helse- og omsorgstjenestene skal planlegge, gjennomføre og evaluere og korrigere sine virksomheter slik at de oppfyller krav i lovverket. Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet og sikre at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen blir fulgt. Forskriften gjelder for virksomheter på ulike nivå i helse- og omsorgssektoren, inkludert de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder til forskriften.

Et relevant begrep i denne sammenhengen er begrepet *styringssystem*. Forskriften § 4 definerer styringssystem for helse- og omsorgstjenesten som 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. Ifølge veilederen til forskriften består styringssystemet av de aktivitetene, systemene og prosessene som tas i bruk for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten. Det argumenteres i veilederen for at begrepet styringssystem, slik det er brukt i forskriften, i stor grad er sammenfallende med kravene til internkontroll. Intensjonen med å benytte styringssystem istedenfor interkontroll er å synliggjøre at interkontrollen skal inngå som en del av den daglige driften av virksomheten.

Etter § 3 i forskriften er det den som har det overordnede ansvaret for virksomheten som har ansvaret for styringssystemet. Dette ansvaret innebærer på et overordnet plan å sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften, og sørge for at medarbeiderne medvirker til dette. Det følger av forskriften § 5 at styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig. Hvordan pliktene etter denne forskriften etterleves, skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig. Forskriften stiller også krav om at dokumentasjonen til enhver tid skal være oppdatert og tilgjengelig.

Kravene i forskriften er altså forholdsmessige. Styringssystemet skal ha det omfang som er nødvendig og tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risiko-forhold. Det innebærer at hvilket omfang av styringssystemet som er nødvendig vil variere mellom virksomheter. Også kravet til dokumentasjon av styringssystemet er forholdsmessig; det skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig utfra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Det innebærer at det ikke kan oppstilles konkrete krav til hvilket omfang styringssystemet skal ha, eller i hvor stor grad det skal være dokumentert. Forskriftskravene innebærer imidlertid at Bardu kommune må ha gjort en vurdering av hvilket omfang styringssystemet skal ha og i hvor stor grad dette skal dokumenteres. Vurderingene skal baseres på virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse, og innebærer at kommunen må ha oversikt over dette. Videre må Bardu kommune sørge for at styringssystemet ivaretar kravene som følger videre av forskriften. Disse gjennomgår vi nedenfor.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6-9 beskriver nærmere kravene til innholdet i styringssystemet. Bestemmelsene gjelder henholdsvis plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomhetens aktiviteter. Vi har tatt utgangspunkt i disse, og utledet revisjonskriterier som er direkte knyttet til innholdet i forskriften.

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

- a. ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten
- b. innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene
- c. ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten
- d. ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten
- e. planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt
- f. ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring
- 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.

Vi utleder som revisjonskriterium at *Bardu kommune skal planlegge sine aktiviteter i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

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

- a. sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres
- b. sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet
- c. utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- d. sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes
- e. sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.

Vi utleder som revisjonskriterium at *Bardu kommune skal gjennomføre sine aktiviteter i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

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

- a. kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres
- b. vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- c. evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen
- d. vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer

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

Vi utleder som revisjonskriterium at *Bardu kommune skal evaluere virksomhetens aktiviteter i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

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

- a. rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold
- b. sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterlevs, 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.

Vi utleder som revisjonskriterium at *Bardu kommune skal korrigere virksomhetens aktiviteter i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

I tillegg utleder vi som revisjonskriterier at *Bardu kommune skal ha:*

- *Et dokumentert styringssystem for sykehjems- og hjemmetjenestene.*
- *Vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig i hjemmetjenesten, og i hvilken grad det skal dokumenteres.*

Revisjonskriteriene vi har utledet, oppgis i tekstboks innledningsvis i kapitlene de brukes i.

3 METODE, DATAMATERIALE OG AVGRENSING

3.1 Metode og datamateriale

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til gjeldende standard for forvaltningsrevisjon². Vi sendte brev om oppstart av forvaltningsrevisjonen til kommunen v/kommunedirektør. Enhetsleder for Helse, omsorg og barnevern ble oppnevnt som kommunens kontaktperson i gjennomføringen av forvaltningsrevisjonen. Til stede på oppstartsmøtet var kommunedirektør, enhetsleder for helse, omsorg og barnevern, avdelingsleder PLO øvre, avdelingsleder PLO nedre, avdelingsleder rus og psykisk helsetjeneste, kjøkkensjef og økonomisjef.

Forvaltningsrevisjonens problemstillinger besvares gjennom analyser av skriftlig og muntlig informasjon.

3.1.1 Problemstilling 1 om økonomistyring

Det skriftlige datamaterialet som ligger til grunn for vår besvarelse av problemstilling om økonomistyring er:

- Årsbudsjetter (2020-2023)
- Økonomiplaner (2020-2023) - (2023-2026)
- Årsregnskap og årsmeldinger (2020-2022)
- Kommuneplanens samfunnsdel 2022-2032
- Reglement for økonomiforvaltning (økonomireglement)
- Reglement for delegering av myndighet i Bardu kommune (delegeringsreglement)
- Reglement for finans- og gjeldsforvaltning (finansreglement)¹⁷
- Etske retningslinjer for Bardu kommune (etikkreglement)
- Tertialrapporteringer (2020 til og med 2. tertial 2023)

Vi baserer våre beskrivelser også på informasjon fra administrative rutiner for budsjettprosess og oppdragsbrev fra kommunedirektøren. Revisor har i gjennomføringen av forvaltningsrevisjonen hatt tilgang til kommunens kvalitetssystem Compilo. I tidsperioden forvaltningsrevisjonen har blitt gjort, har kommunen endret til annet system; kalt EQS kvalitetssystem. Rutinene og prosedyrene i Compilo har vært overført til det nye systemet. Revisor har derfor ikke gjennomgått det som ligger i kvalitetssystemet EQS.

Muntlig informasjon er innhentet fra kommunedirektør, økonomisjef, enhetsleder for helse, omsorg og barnevern samt avdelingsledere innenfor sykehjems- og hjemmetjenesten.

3.1.2 Problemstilling 2 om tjenestekvalitet

For å besvare problemstillingen om dokumenterte systemer for å sikre tjenestekvalitet har revisor innhentet overordnede planer gjeldende for hele kommunens helse- og omsorgstjeneste og dokumentasjon som gjelder spesifikt for sykehjems- og hjemmetjenestene i kommunen. Bardu kommune har følgende overordnede dokumenter og planverk med relevans for besvarelse av problemstilling 1:

- Kommuneplanens samfunnsdel
- Helse og omsorgsplan
- Kompetanse- og rekrutteringsplan

² RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon fastsatt av NKRFs styre 12.08.2020 og gjort gjeldende som god kommunal revisjonsskikk for forvaltningsrevisjoner med oppstartsbrev sendt etter 30.09.2020

- Dokumentet Rekruttere og beholde kompetanse i HOB – Bardu kommune

Revisor har bedt kommunen om å sende oss denne typen overordnet planverk. Vi har også gjennomgått politiske møter i kommunens møtekalender for eventuelle saker som vedrører tjenestene som inngår i denne forvaltningsrevisjonen.

I tillegg til mer overordnede styringsdokumenter er rutinebeskrivelser og prosedyrer som mer konkret omhandler sykehjems- og hjemmetjenestene relevant for besvarelse av problemstilling 2. Sykehjemstjenestene og hjemmetjenestene har også benyttet kvalitetssystemet Compilo. Også rutiner og prosedyrer med relevans for å sikre tjenestekvaliteten til tjenestemottakerne har vært lagt inn i dette kvalitetssystemet, men har i perioden denne forvaltningsrevisjonen vært gjennomført blitt lagt inn i nytt kvalitetssystem. Revisor gjennomgikk skriftlige rutiner og prosedyrer i Compilo. Rutinene som gjelder for sykehjemmet og hjemmetjenesten er overført til EQS, og revisor har ikke gjort tilsvarende gjennomgang av det nye kvalitetssystemet.

Muntlige opplysninger er for denne delen av undersøkelsen også innhentet fra kommunedirektør, enhetsleder og avdelingsledere.

3.2 Gyldighet og pålitelighet

Vi mener at datamaterialet som presenteres i rapporten oppfyller kravene til gyldighet og pålitelighet. Med gyldige data menes at dataene som samles inn i undersøkelsen, skal utgjøre et relevant og tilstrekkelig grunnlag for å vurdere den reviderte virksomheten opp mot revisjonskriteriene og konkludere på problemstillingene. Med pålitelige data menes at dataene skal være mest mulig nøyaktige.

Innen både temaet økonomistyring og tjenestekvalitet stiller regelverket krav om at kommunen må ha internkontroll for å sikre etterlevelse av krav. Den nærmere innretning og omfang av internkontrollen beror på kommunens egne vurderinger av risikoforhold. De rutiner og retningslinjer som er etablert skal også følges i praksis. For begge problemstillingene er derfor de overordnede føringer som kommunestyret i Bardu gir gjennom årlige budsjetter, økonomiplaner og øvrige styringsdokumenter relevante data. Også overordnede føringer gitt fra kommunedirektør til ledere er relevante data, og det er også rutiner og prosedyrer som enhets- og/eller avdelingsledere har utarbeidet for tjenestene. Bardu kommune har for både økonomistyring og tjenestekvalitet tatt i bruk et digitalt kvalitetssystem. Digitale kvalitetssystemer anskaffes og implementeres i virksomheter for å sikre etterlevelse av gjeldende krav, men må tilpasses aktuell virksomhet. Ved å innhente informasjon om hvilke rutiner og retningslinjer som ligger i kvalitetssystemet til Bardu kommune samt bruken av systemet i helse og omsorg har revisor relevante data for besvarelse av problemstillingene.

Vi vurderer muntlige opplysninger fra ansatte med lederroller i enheten som relevante for å belyse kommunens systemer og praksis på det aktuelle tjenesteområdet. De lederne vi har innhentet muntlige opplysninger fra har ansvar og oppgaver tilknyttet budsjettering, rapportering og kontroll ved sykehjem- og hjemmetjenestene.

Ledelsen for sykehjems- og hjemmetjenestene er våre kilder til muntlige opplysninger også for besvarelse av problemstilling 2. Også andre ansatte er etter gjeldende regelverk om internkontroll i helse og omsorg forpliktet til å medvirke. Vi har ikke innhentet opplysninger fra ansatte utenom ledelsen i helse og omsorg. Vi har vurdert at det skriftlige datamaterialet med de muntlige opplysningene fra ledelsen utgjør et relevant og tilstrekkelig datamateriale.

Muntlige opplysninger fra øvrige ansatte kunne imidlertid bidratt til å belyse hvordan ansatte – som også er brukere av gjeldende rutiner og retningslinjer – opplever at det dokumenterte styringssystemet fungerer.

Vi har ikke grunnlag for å betvile påliteligheten ved noen av de dataene som vi har. Vi har sammenlignet de ulike typene dataene med hverandre, og vi har ikke funnet motsetninger i opplysninger som fremkommer i dem. Vi har fremlagt beskrivelsen av datamaterialet for kommunen og gjort suppleringer og endringer med bakgrunn i tilbakemeldinger.

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

3.3 Avgrensninger

Vi har ikke undersøkt hvorvidt Bardu kommune faktisk gir tjenester i henhold til lovverk og gjeldende enkeltvedtak. Det er utenfor revisors mandat å undersøke og vurdere forsvarligheten i tjenestetilbudet til enkeltpersoner.

4 ØKONOMISTYRING

Er Bardu kommune sin økonomistyring innenfor helse og omsorg i henhold til gjeldende regelverk og anbefalinger på området?

Revisjonskriterier

- Bardu kommune bør ha styrende dokumenter som beskriver ansvar, roller og frister i arbeidet med utarbeidelse og oppfølging av budsjett ved kommunens enhet for helse, omsorg og barnevern
- Bardu kommune bør benytte tilgjengelige datakilder som grunnlag for forventede utgifter og inntekter i budsjetteringen innenfor helse- og omsorg.
- Bardu kommunes økonomiplaner skal vise hvordan langsiktige utfordringer, mål og strategier innen kommunens enhet for helse, omsorg og barnevern skal følges opp
- Bardu kommune bør ha rutiner som sikrer at kommunedirektøren har relevant informasjon om kommunens enhet for helse, omsorg og barnevern i forkant av budsjettrapporteringer til kommunestyret
- Bardu kommune bør ha etablert rutiner som sikrer at eventuelle budsjettavvik for enhet for helse, omsorg og barnevern avdekkes tidligst mulig
- Bardu kommune bør ha etablert rutiner for detaljbudsjettering for enheten helse, omsorg og barnevern og ha fastsatt hvordan disse skal følges opp
- Kommunedirektøren må ha etablert systemer som sikrer at gjeldende rutiner, retningslinjer og systemer etterleves innen kommunens enhet for helse, omsorg og barnevern

4.1 Innledning

Revisors funn og vurderinger, slik de fremstilles i dette kapittelet, er avgrenset til å gjelde Bardu kommunes drift av helse- og omsorgstjenestene i årene 2020-2023. Barnevern vil belyses kun der rapportering omfatter økonomiske resultater for enheten. Dette innebærer at det i all hovedsak er opplysninger knyttet til helse- og omsorgstjenestene som vurderes mot revisjonskriteriene som fremgår av tekstboksen over. Siden barnevern også er en del av enhet for helse og omsorg kan ikke økonomiske resultater kun for helse og omsorg skilles ut på rammenivå.

I tabellen nedenfor viser vi vedtatt budsjett, regulert budsjett og regnskapstall for enhet helse, omsorg og barnevern for årene 2020-2022. Enheten har hatt merforbruk i årene 2020-2022. Frist for å avlegge av årsregnskapet for 2023 er ikke før 22. februar 2024, men vi har tatt med opprinnelig budsjett og regulert budsjett for enheten for 2023.

Enhet Helse, omsorg og barnevern	Opprinnelig budsjett	Regulert budsjett	Årsregnskap	Merforbruk
2020	113 940 080	115 135 380	124 863 069	9 727 689
2021	109 286 997	123 983 189	139 794 643	15 811 454
2022	117 625 502	139 099 218	143 444 463	9 345 245
2023	128 385 242	128 892 908		

4.2 Økonomisystemer og reglementer

Reglement for økonomiforvaltning

For å belyse om kommunen har styrende dokumenter som beskriver ansvar, roller og frister i arbeidet med utarbeidelse og oppfølging av budsjett har vi sett hen til kommunens reglement for økonomiforvaltning. Reglement for økonomiforvaltning ble vedtatt av kommunestyret i Bardu den 14. april 2021 (K-sak 13/2021).

Av reglementet inngår følgende kapitler som omfatter:

- Økonomistyring og finansielle måltall
- Økonomiforvaltningens årshjul
- Økonomiplan og årsbudsjett
- Delegert fullmakt til omfordeling av rammer
- Anvisning og attestasjon
- Årsregnskap
- Rapportering på drift og investering

Formålet med økonomireglementet er oppgitt å være:

- sikre at kommunens økonomiforvaltning drives i samsvar med gjeldende lover og regler, og i henhold til kommunestyrets vedtak
- sikre en effektiv og forsvarlig økonomiforvaltning slik at den økonomiske handleevnen blir ivaretatt over tid
- sikre tilstrekkelig styringsinformasjon samt at de folkevalgte gis et godt beslutningsgrunnlag
- sikre åpenhet om og kontroll med ressursbruken
- sikre at kommunens planlegging, rapportering og oppfølging er tilfredsstillende ut fra behovet om økonomisk styringsinformasjon
- dokumentasjon av viktige økonomirutiner

Alle ledere i Bardu kommune skal sørge for at økonomireglementet følges og at medarbeiderne gjøres kjent med reglementet. Lederne skal påse at virksomhetene drives på en forsvarlig måte og at fastsatte mål og resultatkrav oppnås.

Det opplyses i økonomireglementet at kommunen, i tillegg til økonomireglementet, har følgende dokumenter som er førende for kommunens økonomistyring:

- Reglement for finans- og gjeldsforvaltning
- Reglement for delegering av myndighet i Bardu kommune
- Etske retningslinjer for Bardu kommune
- Attestasjon og anvisningsinstruks
- Anskaffelsesstrategi for Bardu kommune

Kommunen har også rutinebeskrivelse for investeringer og innfordring.

Under pkt. 2.1 Økonomistyring fremgår blant annet følgende formuleringer:

«Vedtatt årsbudsjett danner grunnlaget for tjenesteproduksjonen og budsjettoppfølgingene er et viktig verktøy for løpende styring og evaluering av ressursbruk, med innrapportering til nærmeste overordnede. (...) Ansvar for ressursstyring ligger hos den anvisningsansvarlige, og er samtidig en oppgave for ledere på alle nivå i organisasjonen.»

Det følger videre av reglementet at *«Bardu kommune har valgt rammestyring som et grunnleggende prinsipp for økonomistyring og oppfølging. Dette innebærer at et nivå i organisasjonen styrer lavere nivå i organisasjonen gjennom et sett av rammer og rammebetingelser. Dette er gjennomført i hele organisasjonen, og er i tråd med kommunens grunnideer knyttet til økonomistyring med utstrakt bruk av delegering.»*

I kapittel 6 Anvisning og attestasjon er budsjettansvar utdypet nærmere:

«Budsjettansvaret som er delegert til ledere på alle nivå innebærer at man planlegger og driver området, enheten eller avdelingen innenfor den økonomiske rammen som er tildelt. Dersom dette ikke er mulig, skal dette rapporteres til nærmeste overordnede umiddelbart.»

I det samme kapittelet omtales implikasjonene av rammestyring for kommunens økonomistyring:

«Valg av styringsmodell har konsekvenser for arbeids- og ansvarsfordelingen i organisasjonen. Med rammestyring vil detaljkunnskapen ligge i det tjenesteytende nivået, og styringsinformasjonen blir mindre detaljert jo høyere opp i organisasjonen en kommer. Dette innebærer at økonomisk planlegging og styring i sentrale styringsorgan som kommunestyre, formannskap og til dels sentraladministrasjonen vil være å drive overordnet planlegging, samordning, budsjettoppfølging og resultatvurdering. Disse vil ha begrenset oversikt og styringsmuligheter på detaljnivå, og understreker nødvendigheten av klare målsetninger og evaluering av oppnådde resultater som et sentralt og nødvendig element i styringsmodellen. Det krever også at rettigheter, plikter og ansvar er klart for alle.»

Som det fremgår av de ovenstående formuleringene fra kommunens Reglement for økonomiforvaltning, vises det i reglementet til at kommuneadministrasjonen forutsettes å drive *«[l]øpende styring og evaluering av ressursbruk, med innrapportering til nærmeste overordnede»* samt at avvik mellom driftsnivå og økonomisk ramme *«(...) rapporteres til nærmeste overordnede umiddelbart»*.

Frister ved utarbeidelse og oppfølging av budsjett

Økonomiforvaltningens årshjul med datoer og frister er presentert i kapittel 3 i økonomireglementet.

Utklipp 2: *Bardu kommune, Reglement for økonomiforvaltning, side 7*

22. februar	Årsregnskapet skal være oversendt revisjonen.
Innen 31. mars	Årsberetningen skal avgis.
Innen utgangen av juni	Årsregnskapet skal behandles av kommunestyret sammen med årsberetningen.
Innen utgangen av juni	Rammer for ny økonomiplanperiode skal behandles av kommunestyret.
Innen utgangen av juni	Første tertialrapport skal behandles av kommunestyret.
Innen utgangen av oktober	Andre tertialrapport skal behandles av kommunestyret. De årene det er kommunevalg kan det blir utsettelse til november.
Innen 14 dager før Kommunestyrets behandling	Forslag til årsbudsjett og økonomiplan skal behandles av formannskapet.
Innen utgangen av desember	Forslag til årsbudsjett og økonomiplan skal behandles av kommunestyret

Kommunestyrets budsjettmyndighet og omfordeling av driftsrammer

Det er kun kommunestyret som har budsjettmyndighet. Med budsjettmyndighet menes myndighet til å vedta årsbudsjettet, herunder reguleringer av årsbudsjettet, i henhold til de krav til årsbudsjettet som stilles i kommuneloven.

Av økonomireglementet, 5.2 *Kommunedirektørens fullmakt til omfordeling av driftsrammer* fremgår det:

Kommunestyret vedtar bevilgninger på netto ramme for tjenesteområdene. Kommunedirektøren har ifølge økonomireglementet fullmakt til å:

- Omfordele innenfor tjenesteområdene
- Foreta tekniske justeringer mellom rammene for tjenesteområdene, lønnsvekst/pensjon med mer.
- Gjennomføre vedtatte budsjettreguleringer
- Overføre midler fra drift- til investeringsbudsjettet dersom utredning av tiltak gjør det riktig å klassifisere utgiften som investering

Fullmakten som gjelder disse punktene, kan ifølge reglementet som hovedregel ikke benyttes til å pådra kommunen fremtidige utgifter ut over årsbudsjettets ramme.

Det følger av økonomireglementet 5.4 at enhetsledere kan budsjettregulere og ompostere mellom ansvar innenfor sin ramme. Avdelingsledere kan budsjettregulere og ompostere innenfor sitt ansvar.

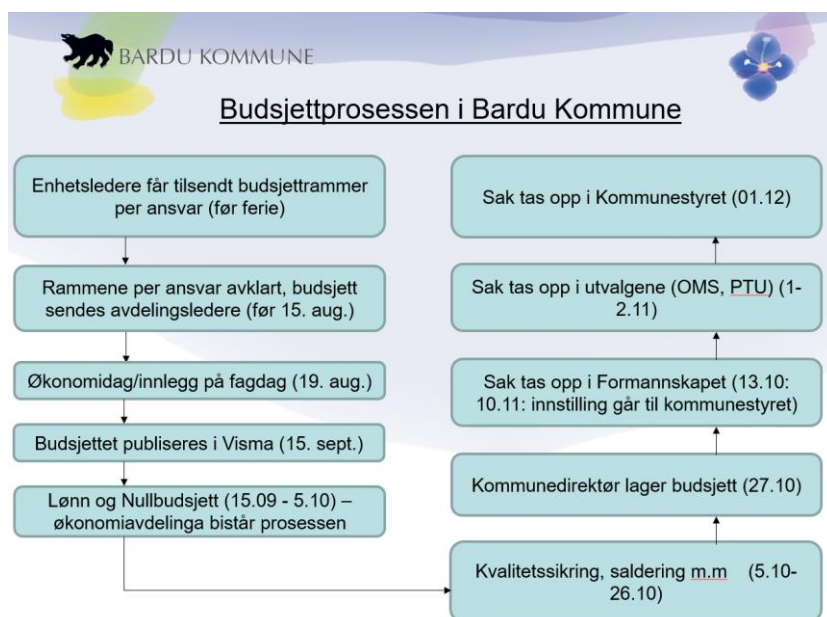
Videre følger det av reglementet at det ved hver tertial utarbeides en statusrapport som viser avvik sett i forhold til de mål og premisser som er vedtatt i årsbudsjettet. Vesentlige avvik skal kommenteres særskilt med angivelse av tiltak som blir iverksatt for at måloppnåelsen skal finne

sted. Prognoser for resten av året beskrives i rapporten. Hvis utviklingen tilsier vesentlige avvik, skal kommunedirektøren foreslå endringer i årsbudsjettet. I tillegg til rapportering av status hver tertial har revisor fått opplyst at det utarbeides månedlige statusrapporter. Disse er skriftlige og blir alltid gjennomgått av økonomisjef i kommunen.

4.3 Budsjett- og planprosess

Revisor finner at kommunens budsjettprosess er blitt omtalt og beskrevet i flere plan- og budsjettdokumenter som har blitt behandlet i kommunestyret de siste årene.

Utklipp 3. Budsjettprosessen i Bardu kommune 2022



Kilde: Compilo-dokument «Stepliste Budsjettprosessen 2022»

Revisor er gjennom dokumentet *Internkontroll 2022* gjort oppmerksom på at Bardu kommune i 2023 endret kvalitetssystem fra Compilo til EQS³. Det er opplyst at kommunens systematiserte internkontroll; prosedyrer, retningslinjer og reglementer videreføres til nytt kvalitetssystem. Revisor har fått bekreftet at rutinebeskrivelser og prosedyrer for budsjettprosessen også er lagt inn i nytt kvalitetssystem.

Enhetsledere og avdelings- og fagledere fyller ut lønn og nullbudsjett. I tillegg har enhetsleder ansvaret for at enheten holder seg innenfor tildelt ramme fra kommunedirektør i budsjettarbeidet. Kommunedirektøren utarbeider budsjettet ved hjelp av stab og enhetsledere. Enhetslederne har ansvar for kvalitetssikring av det avdelings- og fagledere har lagt inn, herunder å sjekke *“at refusjoner/inntekter og kostnader som er lagt inn er reelle. Bruk Forsiktighetsprinsippet, ikke undervurdere/overvurdere inntektene/refusjonene og kostnadene.”*

³ [EQS kvalitetssystem - fleksiblet, helhetlig og modulbasert tilpasset EQS – kvalitetssystem, internkontroll, avvikssystem, dokumentstyring, risikostyring \(extend.no\)](https://www.extend.no/)

Statsbudsjettet er førende for budsjetteringen. Revisor fikk i intervju opplyst at også tidligere års regnskap og KS⁴-prognoser brukes også i budsjettarbeidet. Når det gjelder KOSTRA blir data herfra stort sett brukt som informasjon i kommunens årsmelding.

Enhetsleder ved HRO og avdelingsleder som var til stede ved intervju ga begge uttrykk for at det ble gitt god mulighet for involvering i budsjettprosessen. Kommunen bruker Visma som økonomisystem og dette systemet brukes også i budsjettarbeidet. Vi fikk opplyst at økonomireglementet er tilgjengelig for alle ansatte. Reglementet blir også tatt opp på avdelingsledermøter og personalmøter, slik at det skal være godt kjent i organisasjonen. De tillitsvalgte har god kjennskap til økonomireglementet og det snakkes om roller og ansvar i forbindelse med det daglige arbeidet.

Videre fikk vi opplyst at de rutiner og reglementer som kommunen har blir oppfattet som tydelige, og det at det ikke er utfordringer knyttet til roller og ansvar når det gjelder budsjettarbeidet i enheten. De tillitsvalgte deltar i budsjettarbeidet. Struktur, samarbeid og klima for å tørre å ta diskusjoner når det gjelder prioriteringer innenfor budsjettammen ble nevnt som elementer som gjør at budsjettprosessen oppleves som god. Videre ble respekt for hverandre trukket fram som avgjørende.

Økonomiavdelingen deltar i budsjettprosessen, men det har vært et ønske fra enheten om å heve kompetansen innenfor økonomi også i enheten. I 2023 ble det gjort tiltak, og en økonomikonsulent fikk ansvar for helse. Dette oppleves som svært positivt av enheten.

Kommunestyret i Bardu vedtok den 19. februar 2020 (sak 20/2) Omstillingsprogrammet 2020-2023. Innledningsvis i saksframlegget fremgår det at til tross for at Bardu kommune har store ressurser klarer man ikke å bygge gode fond for fremtiden. Videre at kommunen må møte de nye utfordringene som økning i antall eldre, og reduksjon i antall unge medføorer. Ett av punktene i vedtaket lyder som følger:

- Rådmannen informerer om vurderte, planlagte og iverksatte omstillingstiltak i kommunestyret i sammenheng med tertialrapport

Revisjonens gjennomgang av sakspapirer og protokoller i forbindelse med tertialrapporteringer for årene 2020-2023 viser at kommunedirektøren har rapportert om omstillingstiltakene til kommunestyret.

Når det gjelder omstillingsprogrammet, ble revisor i intervju i desember 2023 informert om at enheten ikke har fått gjort alt innenfor de økonomiske rammene som er satt. Omstillingen har tatt tid, og vi fikk opplyst at organisasjonen er sliten etter årene med pandemi. Videre at de omstillingene som har vært gjennomført oppleves som krevende for mange. Det har vært jobbet mye med rekrutteringstiltak i kommunen, men sykefravær og rekrutteringsutfordringer har gjort det vanskelig å få gjennomført planlagte tiltak med å ta ned årsverk innenfor sykehjem.

Revisor fikk videre opplyst at enhetene stort sett klarer å holde seg opp mot budsjetterte rammer i 2023, men at det fortsatt er utgifter til overtid og innleie av vikarer som følge av sykefravær og de utfordringene kommunen har med rekruttering.

⁴ KS står for kommunesektorens organisasjon. Alle norske kommuner og fylkeskommuner er medlemmer i KS.

4.4 Årsbudsjett og økonomiplan

I Bardu kommune behandles økonomiplanen parallelt med behandlingen av årsbudsjettet i desember. Økonomiplanen har et 4-årig perspektiv, og bør knyttes opp mot målsettinger i kommuneplanens samfunnsdel.

Kommuneloven stiller krav til mål og handlingsregler for budsjett og økonomiplan. Bardu kommunes mål og handlingsregler ble vedtatt i april 2021 som en del av økonomireglementet.

Utklipp 4: Budsjett 2022, økonomiplan 2022-2025

1. Netto driftsresultat skal over tid være 1,75 % av brutto driftsinntekter
2. Disposisjonsfond bør over tid være minimum 7,5 % av brutto driftsinntekter
3. Netto lånegjeld bør over tid ikke overstige 75 % av brutto driftsinntekter
4. Bruk av konsesjonskraftsinntekter i drift: ved salg av konsesjonskraft skal maksimalt 50 % brukes i drift, opptil 10 millioner, alt over brukes maksimalt 25 %

Punkt 1 og 4 bør sees i sammenheng. Netto driftsresultat bør være minimum 1,75% av driftsinntekter, uavhengig av salg av konsesjonskraft. Ved høye priser vil handlingsregler nr. 4 bety at netto driftsresultat bør være mer enn 1,75% av driftsinntekter, dette for å sikre seg handlingsrom ved endringer i kraftpriser.

Økonomiplanen inneholder blant annet elementer som demografi, befolkningsutvikling, folkehelse, kostragrunder, mål og handlingsregler, måloppnåelse og handlingsrom i økonomiplanperioden.

I sammenheng med at kommunestyret i 2021 vedtok reglement for økonomiforvaltning, ble det lagt inn i årshjulet for økonomiforvaltning at rammer for økonomiplanperioden skal opp til politisk behandling i kommunestyret før sommeren.

Etter at kommunestyret i juni har vedtatt fordeling av rammer, blir rammene fordelt av enhetsleder per ansvar. Avdelingsledere detaljbudsjetterer på sine ansvar. Allerede gjennomførte tiltak i omstillingsprogrammet skal tas hensyn til. Prognoser på inntekter, renter og avdrag oppdateres før budsjettet kvalitetssikres. Dersom det da er budsjettavvik med hensyn til tildelt ramme, legges det inn tiltak. Tiltakene gjennomgås og vurderes av enhetsledere og kommunedirektør, og effekten av tiltakene legges inn i hele økonomiplanperioden. Videre vil statsbudsjettet legge føringer for kommunens budsjettarbeid.

Revisor har fått opplyst at avdelingsleder utarbeider detaljbudsjettene på sine ansvar. Det ligger rammer for budsjett (gitt av avdelingsleder), men man ønsker en realistisk budsjettering, så disse rammene er mer retningsgivende enn faste. Avdelingsleder tar utgangspunkt i planlagt drift for budsjettåret, endringer i lovverk, vedtak med mer. Avdelingsleder kan også ta utgangspunkt i regnskap eller budsjett for inneværende år. Økonomiavdelingen er behjelpelig med budsjettarbeidet.

Kommunestyrets vedtatte budsjett (inklusive endringer) for helse, omsorg og barnevern for årene 2020-2023:

2020	2021	2022	2023*
115 135 380	123 983 189	134 099 218	130 773 908

*vedtatt budsjett inklusive endringer per 2. tertial.

Revisors gjennomgang av kommunestyrets møteprotokoller viser at forslag til rammer for økonomiplan 2022-2025 ble vedtatt av kommunestyret den 17. juni 2021 (PS 21/28), forslag til rammer for budsjett 2023 og økonomiplan 2023-2026 ble vedtatt av kommunestyret (PS 22/48) 15. juni 2022 og forslag til rammer i budsjett 2024 og økonomiplan 2024-2027 ble vedtatt av kommunestyret 14. juni 2023 (PS 15/2023).

Av saksframleggene opplyses det at for å synliggjøre hva som ligger i de ulike rammene, og konsekvenser av eventuelle endringer mellom rammene, har enhetene blitt bedt om å skrive litt om hvilke tjenester som ligger i rammen. I tillegg også opplyse om andre relevante oppgaver, om de lovpålagte oppgavene oppfylles, hva som tas ned i omstillingsprosessen og konsekvenser av dette, hvordan de tenker å løse utfordringer, hva som er kritisk og sårbart i enheten og om det ligger noe i rammen som gir merverdi.

Revisors gjennomgang av saksdokumentene viser at det for helse, omsorg og barnevern er opplyst hvilke tjenester som ligger i rammen, om lovpålagte oppgaver oppfylles og hva som er mest kritisk og sårbart i enheten. Det er også opplyst om hva som er tatt ned i omstillingsprosessen og veien videre.

Når det gjelder enhet for helse, omsorg og barnevern er det i saksdokumentet forslag til rammer for økonomiplan 2022-2025, som ble lagt fram for politisk behandling i juni 2021, opplyst at enheten pr i dag oppfylder de lovpålagte oppgaver. I omstillingsprosessen er det tatt ned 12,7 årsverk i 2021, og i henhold til økonomiplanen skal det tas ned ca. 12 mill. frem mot 2025. Enheten har lite potensiale for å øke inntektene, og det er videre redegjort for hvilke innvirkninger nedtrekket framover i økonomiplanperioden vil ha for enheten. Det er også opplyst at tjenesten har utfordringer med rekruttering innen flere yrkesgrupper. Videre tilsier den demografiske utviklingen en betydelig økning i antall eldre frem mot 2025, her vises det i saksdokumentet til helse og omsorgsplan for Bardu kommune.

I saksdokumentets forslag til rammer for budsjett 2023 og økonomiplan 2023-2026, som er lagt fram for politisk behandling i juni 2022, opplyses det at det for helse, omsorg og barnevern er utfordrende å finne tiltak som kan ta enheten ned til foreslått ramme. Videre at det ved en reduksjon i ramme for 2023 ikke vil være mulig å løse alle oppgaver innen helse, omsorg og barnevern. I samme møte ble det også behandlet en sak vedrørende status og utfordringer Helse, omsorg og barnevern (PS 22/40). Av dette saksfremlegget opplyses det at utfordringene og slitasjen i helse, omsorg og barnevern er stor. Spesielt er dette knyttet til rekruttering og stabilisering av personell, kapasiteten til fysio/ergoterapitjenesten og tilgang på sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Det foreslås flere tiltak fra enhetens side, og ifølge kommunedirektørens saksutredning vil det ved 2. tertialrapportering gjøres vurderinger på løsninger i og utenfor enhet for helse, omsorg og barnevern.

Økonomiplan 2023-2026 inneholder en oversikt over de langsiktige (10-års perspektiv) satsningsområdene. I økonomiplan 2023-2026 er det inntatt en oversikt som viser hvordan tiltak og strategier i samfunnsplanen er hensyntatt i økonomiplanen, og hva Bardu kommune bidrar med for å oppfylle disse.

I saksdokumentets forslag til rammer for budsjett 2024 og økonomiplan 2024-2027 som ble lagt fram for politisk behandling i juni 2023 fremgår det:

Utklipp 5: Saksdokument forslag til rammer for budsjett 2024 og økonomiplan 2024-2027

- **Konsekvenser ved nedtrekk på ramme**

I økonomiplan 2024-2027 er det foreslått en ramme for 2024 på kr 131 957 400, noe som er en økning på ca. 3 millioner kr fra 2023. Det er et behov for at rammen blir stående slik den er foreslått da den er satt ut fra demografiske forhold og enhetens mange lovkrav. Avdelingsledere og enhetsleder vil tilstrebe å få lagt et realistisk budsjett for det kommende året og budsjettprosessen vil dermed avdekke om dette er en realistisk ramme for 2024. Økte behov og etterspørsel i alle døgntjenester gir økt behov for personell og kompetanse. Mange av våre avdelinger driftes hele døgnet og vi må dekke opp ved fravær. I vår kommune er det økende antall eldre som vil trenge tjenester fremover. Vi ser varierende og økende behov for ekstra tiltak som 1:1 bemanning og ekstra oppfølging da pasientene i våre døgnavdelinger, som for eksempel sykehjem, er sykere enn tidligere.

4.4 Rapportering

Årsberetning

Kommuneloven stiller krav til rapportering i form av tertialrapporter, årsregnskap og rapportering av kommunedirektørens internkontroll. Årsmeldingen skal redegjøre for vesentlige budsjettmessige avvik mellom årsbudsjettet og årsregnskapet, og vesentlige avvik fra kommunestyrets premisser for bruken av bevilgningene. Under følger en oversikt over budsjett og regnskapsresultater for årene 2020-2022.

Utklipp 6: Årsberetning Bardu kommune 2020, side 17

Avskrivninger er ikke budsjettregulert i 2020, noe som fører til feilaktige avvik på rammene, avskrivninger går i null totalt sett i driftsregnskapet, og et riktigere bilde av mer/mindreforbruk kan vises ved å trekke ut avskrivninger fra regnskap og budsjett:

Merforbruk per ramme u/avskrivninger

Rammer	Regnskap	Budsjett inkl. endring	Avvik i NOK
Enhet Oppvekst, kultur og integrering OKI	106 404 809	107 937 593	-1 532 784
Enhet Helse, omsorg og barnevern HOB	124 863 069	115 135 380	9 727 689
Enhet Samfunn og utvikling SU	31 812 779	29 968 339	1 844 440
Brann og redning	2 699 396	3 145 631	-446 235
NAV	4 652 309	5 445 412	-793 103
Stab og fellestjenester	23 857 442	24 439 301	-581 859
Politisk virksomhet	3 298 326	3 655 138	-356 812
Fellesutgifter	-401 807	-1 725 085	1 323 278
Skatt, tilskudd og finans	-297 186 323	-288 001 709	-9 184 614

I årsberetningen for 2020 er det angitt at håndteringen av pandemien som preget 2020 resulterte i økte utgifter på flere enheter, herunder spesielt diverse lønnsutgifter knyttet til renhold og areal for å kunne holde anbefalt avstand. Flere avdelinger i kommunen la om på driften, delte personale opp eller brukte personalet på en annen måte. Det at ansatte ikke kunne jobbe på tvers av kohorter var utfordrende med tanke på å dekke kompetansebehovet per kohort, noe medførte høye utgifter, spesielt innen pleie og omsorg.⁵

⁵ Årsberetning for Bardu kommune 2020, side 17

Utklipp 7: Årsberetning Bardu kommune 2021, side 16

2.1 Mer/mindreforbruk i driftsregnskapet, per rammeområde før strykninger

Rammeområde	Regnskap	Budsjett inkl. endring	Avvik i NOK
Enhet Oppvekst, kultur og integrering	106 931 896	112 296 817	-5 364 921
Enhet Helse, omsorg og barnevern	139 794 643	123 983 189	15 811 454
Enhet Samfunn og utvikling	52 270 534	50 121 080	2 162 359
Brann og redning	3 823 263	4 055 333	-232 070
NAV	4 369 579	5 204 419	-834 840
Stab og fellestjenester	24 794 928	25 766 555	-971 627
Politisk virksomhet	3 454 671	3 821 311	-366 640
Fellesutgifter	-17 262 805	-15 647 845	-1 614 960
Skatt, tilskudd og finans	-303 409 151	-309 600 859	6 191 698
Merforbruk 2021 - før strykninger	14 767 558	0	14 780 453

Utklipp 8: Årsberetning Bardu kommune 2021, side 16

Det er foretatt obligatoriske strykninger for å dekke merforbruket:

Merforbruk 2021 før strykninger	14 780 453
Overføring fra driftsregnskap til investering	- 1 158 423
Avsetning til disposisjonsfond	- 10 439 963
Arsetning overskudd kraft	- 2 500 000
Arsetning årets resultat	- 4 070 000
Arsetning ansvar 6050	- 500 000
Arsetning ansvar 8500	- 629 963
Arsetning ansvar 7400	- 2 000 000
Arsetning ansvar 1252	- 740 000
Merforbruk 2021 etter strykninger	3 182 067
Merforbruk dekket av disposisjonsfond	- 3 182 067
Merforbruk 2021 etter bruk av disposisjonsfond	-

Av årsberetningen følger det at pandemien også har preget 2021 ved økte utgifter på flere enheter, herunder spesielt diverse lønnsutgifter, samt utgifter knyttet til renhold og areal. Også for 2021 har det forhold at ansatte ikke kan jobbe på tvers av avdelinger vært utfordrende med tanke på å dekke kompetansebehovet, noe som har medført høye utgifter, spesielt innen pleie og omsorg. Bardu kommune har i 2020, som i 2021, udekkede merkostnader knyttet til korona.⁶

⁶ Årsberetning Bardu kommune 2021, side 17

Utklipp 9: Årsberetning Bardu kommune 2022, side 16

2.1 Mer/mindreforbruk i driftsregnskapet, per rammeområde

Rammeområde	Regnskap	Budsjett inkl. endring	Avvik i NOK
Enhet Oppvekst, kultur og integrering	108 234 223	112 700 525	-4 466 302
Enhet Helse, omsorg og barnevern	143 444 463	134 099 218	9 345 245
Enhet Samfunn og utvikling	57 342 789	51 167 040	6 175 749
Brann og redning	3 722 903	3 964 500	-241 597
NAV	4 054 369	2 391 200	1 663 169
Stab og fellestjenester	25 685 552	25 518 474	167 078
Politisk virksomhet	3 488 892	3 624 711	-135 819
Fellesutgifter	-10 926 827	-11 550 268	623 441
Skatt, tilskudd og finans	-335 951 810	-321 915 400	-14 036 410
Mindreforbruk 2022 – før strykninger	-905 445	0	-905 445

Utklipp 10: Årsberetning Bardu kommune 2022, side 17

Rammeområde	Regnskap	Budsjett inkl. endring	Avvik i NOK
Enhet Oppvekst, kultur og integrering	108 234 223	112 700 525	-4 466 302
Enhet Helse, omsorg og barnevern	143 444 463	134 099 218	9 345 245
Enhet Samfunn og utvikling	57 662 789	51 167 040	6 495 749
Brann og redning	3 722 903	3 964 500	-241 597
NAV	4 054 369	2 391 200	1 663 169
Stab og fellestjenester	25 685 552	25 518 474	167 078
Politisk virksomhet	3 537 892	3 624 711	-86 819
Fellesutgifter	-10 926 827	-11 550 268	623 441
Skatt, tilskudd og finans	-335 415 365	-321 915 400	-13 499 965
Mindreforbruk 2022 – etter strykninger	0	0	0

Etter kommunelovens bestemmelser skal merforbruk inndekkes av disposisjonsfond (der kommunen har tilstrekkelige avsatte midler på disposisjonsfond), slik at årsregnskapet går i null. Dette innebærer at kommunen så langt det går må dekke merforbruk i inneværende år. Der det er mindreforbruk skal dette avsettes til disposisjonsfond slik at årsregnskapet går i null.

I henhold til kommuneloven § 14-5 tredje ledd, skal kommunedirektør minst to ganger i året rapportere til kommunestyret om utviklingen i inntekter og utgifter sammenholdt med vedtatt årsbudsjett. Tertialrapporteringen gir folkevalgte oversikt over kommunens økonomi og andre styringsparametre som sykefravær, årsverkstall m.v. Hvis utviklingen tilsier vesentlige avvik, skal kommunedirektøren foreslå endringer i årsbudsjettet. Første tertialrapport skal, etter kommunens årshjul for rapportering, behandles av kommunestyret innen utgangen av juni. Andre tertialrapport skal behandles av kommunestyret innen utgangen av oktober. De årene det er kommunevalg, kan behandlingen ifølge økonomireglementet bli utsatt til november.

Som oversiktene over viser har enhet Helse-, omsorg og barnevern hatt merforbruk i årene 2020-2022. Tabellen under viser merforbruket for årene 2020-2022 i enhet Helse, omsorg og barnevern.

2020	2021	2022
9 727 689	15 811 454	9 345 245

Tertialrapportering

Revisor har gjennomgått møteprotokoller fra kommunestyret i perioden 2020-2023 for å undersøke om kommunestyret har fått tertialrapporter til behandling innen frist som er oppgitt i økonomiforvaltningens årshjul. Videre har revisor lest saksutredningene med tanke på om budsjettavvik innen helse- og omsorg er redegjort for.

Kommunestyret behandlet den 10. juni 2020 Regnskap 1 tertial 2020 i sak 20/48.

Kommunestyret behandlet den 28. oktober 2020 Regnskap 2 tertial 2020 i sak 20/73.

Kommunestyret behandlet den 17. juni 2021 Regnskap 1. tertial 2021 i sak 21/27.

Kommunestyret behandlet den 27. oktober 2021 Regnskap 2. tertial i sak 21/51.

Kommunestyret behandlet den 15. juni 2022 Regnskap 1. tertial i sak 22/47.

Kommunestyret behandlet den 26. oktober 2022 Regnskap 2. tertial i sak 22/62.

Kommunestyret behandlet den 14. juni 2023 Regnskap 1 tertial i sak 23/14.

Kommunestyret behandlet den 25. oktober 2023 Regnskap 2 tertial i sak 23/50.

Regnskap og budsjett er periodisert i tertialrapportene, og legges fram på samme detaljeringsnivå som årsregnskapet når det gjelder rammeområder. Prognose for avvik og foreslått budsjettregulering følger av saksframleggene.

Gjennomgang av dokumenter viser at enhet for helse, omsorg og barnevern har vesentlige budsjettavvik. Budsjettavvik og årsak til budsjettavvik er redegjort for i saksframleggene. Videre har kommunedirektøren i sine saksutredninger foreslått endringer i årsbudsjettet der det er vesentlig avvik fra vedtatt budsjett.

Ved budsjettavvik foretas det først budsjettreguleringer innenfor eget ansvar/avdeling. Dersom det ikke er tilstrekkelige rammer for en slik regulering, melder avdelingsleder videre til enhetsleder og økonomisjef som prøver å løse dette innenfor enhetens ramme. Dersom det er ekstraordinære utgifter tas disse med i forslag til budsjettreguleringer i forbindelse med tertialrapporteringen til kommunestyret. Økonomisjef viser til at budsjettet skal være realistisk, noe som innebærer at varig merforbruk blir rapportert slik at det kan innarbeides i forslag til budsjett i økonomiplanperioden.

Ved tertialrapportering for 2. kvartal 2023 er status på tiltak i budsjett 2023 og status på mål fra oppdragsbrev 2023 lagt ved saksframlegget.

Oppdragsbrev

Revisjonen har fått opplyst at det sendes oppdragsbrev fra kommunedirektøren til hver enkelt enhet. Oppdragsbrevet skisserer kommunedirektørens forventninger for året basert på planer, budsjett og øvrige mål. Oppdragsbrev for 2022 var et felles brev på tvers av enhetene.

I oppdragsbrev 2023 for helse, omsorg og barnevern, datert januar 2023 går det innledningsvis fram at kommunedirektøren ønsker at oppdragsbrevet aktivt skal brukes i avdelingsmøter og diskusjoner både i den enkelte enhet og avdeling. Oppdragsbrevet inneholder generelle forventninger i Bardu kommune, men også kommunedirektørens forventninger til helse, omsorg og barnevern (HOB) for 2023. Her inngår mål for den enkelte avdeling innen HOB, status på arbeidet og kobling til kommunens samfunnsplan.

Revisor har i intervju forespurt ledelsen i enheten hvordan det er jobbet med kommunedirektørens forventninger til enheten gjennom året. Vi fikk opplyst at det er gjennomført strukturendringer i enheten, men det pågår enda en del arbeid med noen endringer

innenfor den enkelte avdeling. Videre er det som et ledd i arbeidet med å «rekruttere og beholde» personale utarbeidet en plan for å *Rekruttere og beholde kompetanse i HOB-Bardu kommune*. Dokumentet er lagt fram for politisk behandling, og kommunestyret i Bardu sluttet seg til arbeidet som er gjort den 14. juni 2023, sak 16/2023.

Vi ble informert om at det jobbes kontinuerlig med å ha fokus på ledelse og avdelingslederrollen i HOB. Blant annet samkjøres saksbehandling innenfor enheten. Når det gjelder gjennomføring av velferdsteknolog-prosjektet «Digi-lab» og etablering av oppfølgings lab i Bardu kommune fikk revisor opplyst at det har vært tilsatt prosjektleder for dette arbeidet i 2023, og det jobbes nå med forberedelse til pilot.

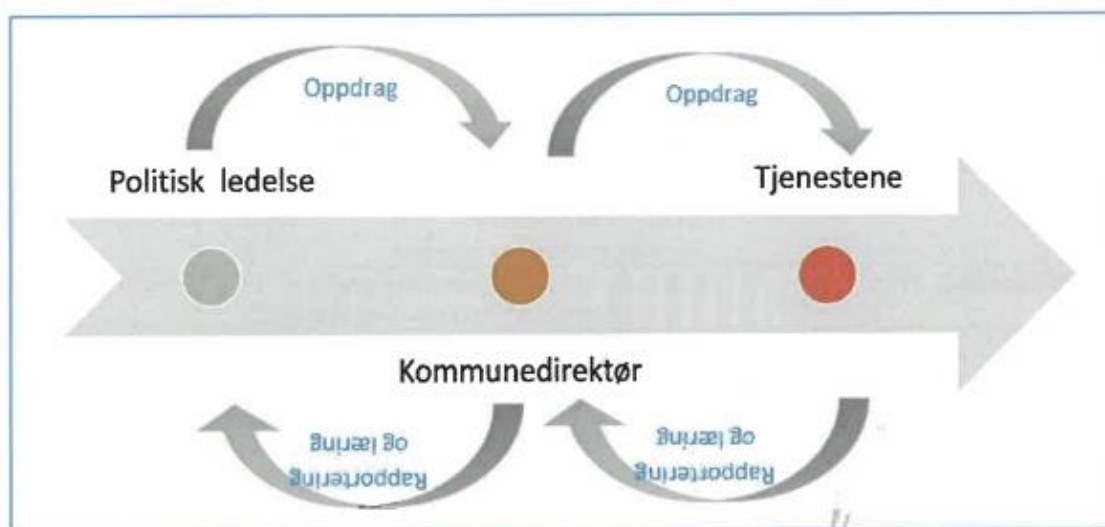
Rapporteringsgang og styringsdialog går frem av oppdragsbrevet.⁷

⁷ Oppdragsbrev HOB 2023, side 3

Utklipp 11: Oppdragsbrev HOB 2023, side 3

Styring i Bardu kommune

Styringsdialog er den løpende dialogen fra politisk nivå til kommunedirektøren og kommunedirektøren som oppdragsgiver og enhetene/avdelingene som oppdragsmottakere.



Figur 1 Rapporteringssjanger - styringsdialog

Enhetsledermøter: kommunen gjennomfører ukentlige enhetsledermøter. Det er møteplassen for strategisk ledelse hvor det søkes å gjøre avklaringer på tvers av enhetene, samt sørge for dialog fra strategisk ledelse og ut i den enkelte enhet og avdeling. Saker til enhetsledermøtet meldes inn fra enhetsledere eller kommunedirektør. Avdelingsledere, medarbeidere og eksterne kan inviteres til å presentere en sak eller en problemstilling til møtet.

Avdelingsmøter, ledermøter: I avdelingene og enhetene gjennomføres egne møter for å spre informasjon og løse utfordringer. Disse er viktige arenaer for å få informasjon oppover og nedover i organisasjonen.

Økonomirapportering: Det gjennomføres månedlig økonomirapportering i enheter/avdelinger. Gjennom rapporteringen har vi oversikt over mer- og mindreforbruk, og kan få beslutningsstøtte til endringer som er nødvendige.

Tertialrapportering: Tertialrapporteringen gjennomføres hver fjerde måned, og gir folkevalgte oversikt over kommunens økonomi og andre styringsparametre som sykefravær, årsverkstall m.v.

Internkontrollsystem/kvalitetssystem: I kvalitetssystemet meldes og behandles avvik, samt at det er oversikt over kommunens dokumenter og prosedyrer.

I dokumentet *Målarbeid jf. Oppdragsbrev* inngår en oversikt over enhet/avdeling/mål/måloppnåelse/ansvar og område jf. samfunnsplan. Denne oversikten gir en status på hvorvidt arbeidet er igangsatt innenfor de mål som er satt i kommunens samfunnsplan.

Årsregnskap og årsmelding

Kommunedirektøren redegjør for vesentlige budsjettavvik i årsmeldingene som legges fram for kommunestyret til behandling. Vi har i den sammenheng også sett hen til revisors beretning for regnskapsårene 2020-2022 som under avsnitt for *Uttalelse om redegjørelse for vesentlige budsjettavvik* konkluderer med at: "Basert på de utførte handlingene og innhentede bevis er vi ikke blitt kjent med forhold som gir grunn til å tro at årsberetningen ikke gir dekkende opplysninger om vesentlige budsjettavvik."

Internkontroll

Revisjonen finner ved gjennomgang av saksdokumenter og protokoller fra Bardu kommunestyre at kommunedirektøren har rapportert internkontroll som egen sak til kommunestyret slik regelverket krever.

Det opplyses i rapporteringen at kommunen gjennomfører ukentlige enhetsledermøter. Dette er møteplassen for strategisk ledelse hvor det søkes å gjøre avklaringer på tvers av enhetene, samt sørge for dialog fra strategisk ledelse og uti den enkelte enhet og avdelingene. Saker til enhetsledermøtet meldes inn fra enhetsledere eller kommunedirektør.

Det gjennomføres også egne avdelingsmøter og ledermøter. Dette for å spre informasjon og løse utfordringer. Disse møtene er opplyst å være viktige arenaer for å få informasjon oppover og nedover i organisasjonen. Det gjennomføres månedlig økonomirapportering fra enheter/avdelinger. I denne rapporteringen fremgår oversikt over mer- og mindreforbruk, og her er det mulighet å få beslutningsstøtte til endringer som er nødvendige.

4.5 Revisors vurderinger og konklusjon

Revisors vurdering er at Bardu kommune gjennom ulike reglement har styrende dokumenter som beskriver ansvar, roller og frister i arbeidet med utarbeidelse og oppfølging av budsjett ved kommunens enhet for helse, omsorg og barnevern. Gjennom intervju har vi fått bekreftet at reglement og dokumenter benyttes aktivt i det daglige arbeidet innenfor enheten. Slik vi vurderer funn i undersøkelsen er etablerte rutiner og reglement knyttet til økonomistyringen kjent i enheten og etterleves av de ansatte. I forbindelse med detaljbudsjetteringen benyttes også tidligere års regnskap og KS-prognoser i arbeidet. Revisor vurderer disse datakildene, sammen med øvrig informasjon om bemanningsbehovet i enheten, som egnet til å få et tilstrekkelig grunnlag for å planlegge for forventede utgifter og inntekter i budsjetteringen innenfor helse- og omsorg. På bakgrunn av informasjon om praksis og funn i undersøkelsen vurderer vi at det er etablert systemer som sikrer at gjeldende rutiner, retningslinjer og systemer for økonomistyring etterleves innen kommunens enhet for helse, omsorg og barnevern. Kommunedirektørens rapportering til kommunestyret om internkontroll er med på å underbygge vår vurdering.

Når statsbudsjettet er behandlet vil det legges føringer for kommunens inntekter. I forbindelse med budsjetteringen innenfor helse- og omsorg i Bardu kommune benyttes det flere tilgjengelige datakilder. Ved utarbeidelse av økonomiplan belyses demografi, befolkningsutvikling, folkehelse og KOSTRA-grupper. I tillegg redegjøres det for mål og handlingsregler, måloppnåelse og handlingsrom i økonomiplanperioden. Ut fra funn i undersøkelsen vurderer vi det slik at kommunen benytter tilgjengelige datakilder som grunnlag for forventede utgifter og inntekter i budsjetteringene innenfor helse- og omsorg. Gjennomgåtte økonomiplaner viser også tiltak for hvordan langsiktige utfordringer, mål og strategier innenfor enheten skal følges opp.

Forslag til rammer for økonomiplanperioden vedtas av kommunestyret i Bardu i juni. Slik vi vurderer det gir det enhetene bedre tid til å gjennomføre budsjettprosessen, herunder detaljbudsjettering og tiltak for å bringe budsjettet i balanse, før kommunestyret vedtar neste års budsjett i desember. Undersøkelsen viser at budsjettarbeidet blir oppfattet som en god og involverende prosess hvor også den enkeltes rolle og ansvar i enheten er tydeliggjort gjennom styrende dokumenter, herunder økonomireglementet.

Kommunens opplyste praksis med månedlig rapportering er slik revisor vurderer det med på å sikre at kommunedirektøren har relevant informasjon om enheten i forkant av budsjettreporteringer til kommunestyret. Hyppig rapportering gjennom månedsrapportering kan bidra til at eventuelle budsjettavvik innenfor enheten kan avdekkes tidligst mulig. Videre viser funn i undersøkelsen at kommunen har rutiner for detaljbudsjettering, og ledelsen i enheten gir uttrykk for å være godt involvert i budsjettarbeidet. Det har vært et ønske om å heve kompetansen innen økonomi, og på bakgrunn av dette er det tilført ressurser gjennom en egen økonomikonsulentstilling tilknyttet enheten.

Det har vært merforbruk i flere år i Bardu kommunes enhet for helse, omsorg og barnevern. Revisors funn og vurderinger opp mot utledete revisjonskriterier gir ikke indikasjoner på at det er mangler i kommunens budsjettering og oppfølging av vedtatt budsjett. Kjente inntekter og utgifter benyttes i budsjetteringen og det er vedtatt tiltak som skal bidra til lavere driftskostnader. Utfordringer knytter seg hovedsakelig til sykefravær og rekruttering av tilstrekkelig kompetanse. Omstillingen tar tid, og det blir rapportert om status i arbeidet til kommunestyret.

På bakgrunn av de ovenstående vurderinger er revisors konklusjon at Bardu kommune sin økonomistyring innenfor helse og omsorg er i henhold til gjeldende regelverk og anbefalinger på området.

5 DOKUMENTERT STYRINGSSYSTEM FOR TJENESTEKVALITET

Har Bardu kommune dokumenterte rutiner og systemer som skal bidra til å sikre at kvaliteten i kommunens sykehjems- og hjemmetjeneste er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer?

Revisjonskriterier

Bardu kommune skal ha:

- Et dokumentert styringssystem for sykehjemstjenesten og hjemmetjenesten
- Vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig i sykehjemstjenesten og hjemmetjenesten og i hvilket omfang det skal dokumenteres

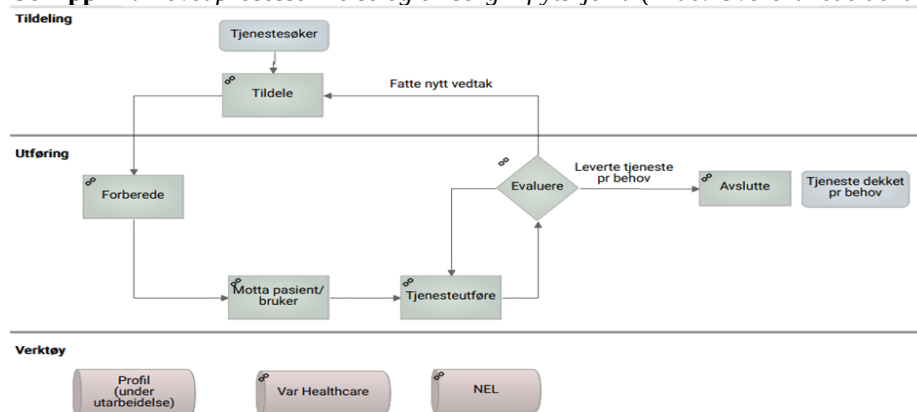
Bardu kommune må som en del av sitt styringssystem synliggjøre at kommunen:

- planlegger sine aktiviteter i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- gjennomfører sine aktiviteter i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- evaluerer virksomhetens aktiviteter i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- korrigerer virksomhetens aktiviteter i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring

5.1 Innledning

Undersøkelsene under problemstilling 2 retter seg mot kommunens sykehjems- og hjemmetjenester. På kommunens hjemmesider er søknadsskjema for pleie- og omsorgstjenester fra kommunen. I skjemaet inngår alle kommunens helse- og omsorgstjenester, og søker krysser av for hvilke tjenester det søkes om. Bardu kommune har et *flytskjema for hovedprosesser* innen helse- og omsorg, og dette er inntatt i utklippet nedenfor.

Utklipp 12: Hovedprosesser helse og omsorg – flytskjema (kilde: Overordnede dokumenter PLO, Compilo)



Revisors undersøkelser under problemstilling 2 gjelder den delen av kommunens tjenesteleveranse omtalt i skjemaet over som «utføring» og de systemer og rutiner som gjelder for tjenestene i denne fasen. Med det mener vi det dokumenterte styringssystemet som skal sikre tjenestekvalitet i henhold til lover og forskrifter for de som er tildelt tjenester. Undersøkelsen gjelder pleie- og omsorgstjenestene til kommunen som består av sykehjem og hjemmetjenesten. Disse tjenestene er delt i tre avdelinger; avdeling Nedre og Øvre og avdeling Sentrum (Nordstua). Avdeling Øvre og Nedre er organisert som en integrert tjeneste med sykehjem og hjemmesykepleie, hvor ansatte kan jobbe både «ute» og «inne».

Sykehjemmet og hjemmetjenesten er underlagt de samme overordnede planene for helse og omsorg i kommunen og de kvalitetssystemene som kommunen har implementert. Overordnet planverk som kommuneplanens samfunnsdel, helse- og omsorgsplan og kompetanseplaner er planverk som kan ha føringer for kvalitetsarbeidet i en kommunes enheter og avdelinger. Vi presenterer i neste kapittel de overordnede planene og systemene som Bardu kommune har, før vi deretter redegjør for våre funn ved de undersøkte tjenestene. Det nærmere innholdet og de føringene som er gitt i det overordnede planverket presenterer vi under de tema som det har relevans for. Forskriften som vi har utledet revisjonskriterier fra og som tjenestenes styringssystem skal måles opp mot inneholder, som redegjort for i kapittel 2, flere oppgaver under virksomhetens forpliktelser til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere. Vi har sortert revisors funn under temaene:

- Mål, oppgaver, aktiviteter og fordeling av ansvar og oppgaver
- Kunnskap, kompetanse, opplæring og medvirkning
- Risikofaktorer og risikovurderinger
- Prosedyrer, instruksjoner og rutiner
- Brukermidvirkning
- Avvik
- Evaluering og korrigering

Internkontroll og styring inngår i virksomhetens løpende drift og aktiviteter og det er et dynamisk arbeid. I perioden som denne forvaltningsrevisjonen har vært gjennomført har kommunen endret kvalitetssystem fra Compilo til EQS kvalitetssystem. Vi gir enkelte beskrivelser av Compilo selv om det er sistnevnte system som nå gjelder.

Når vi går noe tilbake i tid i våre undersøkelser, innebærer det at undersøkelsen gjelder år hvor koronapandemi har preget samfunnet og kommunene. I Bardu kommunes årsmelding for 2022 er det informasjon om at 2022 for helse, omsorg og barnevern har vært preget av fortsatt pandemi og manglende tilgang på personell. Administrativ kapasitet har i hovedsak gått med til å stabilisere, koordinere, iverksette tiltak og lage planer for å møte framtiden innen helse. Pandemien preget starten av 2022 og i perioder har fravær og slitasje på personell vært stor. Det fremkommer at det er brukt betydelige personalressurser til å dekke behov for daglig drift og møte kravene knyttet til vaksiner og pandemioppfølging. Det beskrives at det for personell i hele tjenesten har vært krevende. Det har vært liten tilgang på vikarer, og dermed også stor belastning på alle ansatte som må dekke opp hull i vaktplanene. Innleie av vikarbyrå var i enkelte avdelinger helt nødvendig for å opprettholde drift.

5.2 Overordnede planer, systemer og verktøy for helse og omsorg

Overordnede planer

Bardu kommune har **Helse- og omsorgsplan 2018-2030** som ble vedtatt av kommunestyret 20.6.2018, i sak 34/18. Helse- og omsorgsplanen omhandler blant annet utviklingstrekk for kommunen, status på tjenesteområdene i dag og en beskrivelse av utfordringer og tiltak. *Tiltaksdelen* er opplyst å ha fokus på de neste fire årene, som betyr tidsperioden 2018-2022.

Kommuneplanens samfunnsdel ble revidert i 2021 og vedtatt av kommunestyret i sak 8/22, 9.2.2022.

Strategisk kompetanseplan 2018-2022 er kommunens styringsdokument som har til hensikt å gi føringer for kompetansearbeidet i kommunen. Det fremkommer at planen skal bidra til at kommunen mobiliserer, utvikler og anskaffer kompetanse på prioriterte områder som følge av vedtatte mål og føringer. Det er beskrevet at slik skal kommunen sikre kvalitet i tjenestene, effektiv ressursutnyttelse og godt omdømme som en attraktiv arbeidsplass.

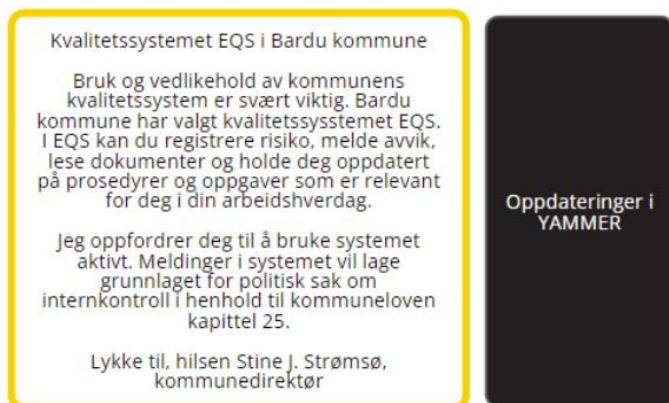
Dokumentet «**Rekruttere og beholde kompetanse i HOB – Bardu kommune**» ble ferdig i januar 2023. I dokumentet beskrives kommunens utfordringer med å ha nok personell i tjenestene og rekruttering til stillinger samt tiltak som er igangsatt og som er planlagt igangsatt.

Kvalitetssystemer og verktøy

Bardu kommune tok i 2019 i bruk det digitale internkontrollsystemet Compilo. Før Compilo hadde kommunen over mange år jobbet med kvalitetssikring og kvalitetssystemer. Et virus i daværende system krypterte imidlertid filene i systemet, og medførte at mange av de lagrede rutinene som det ikke var papirkopier av gikk tapt og måtte innarbeides på nytt. I Compilo ble det lagt inn et betydelig antall rutiner, samt prosessbeskrivelser, sjekklister, avviksmeldinger og lenker til sentralt lovverk. Vi har fått beskrevet at enhet Helse, omsorg og barnevern var den enheten som i størst grad tok systemet i bruk. Ifølge enhetsleder medførte koronapandemien at enkelte rutiner som var tenkt utarbeidet og lagt inn i Compilo, ikke kom på plass. I revisors gjennomgang av Compilo er det vist eksempler på slike.

Kommunen har byttet ut Compilo med EQS⁸ kvalitetssystem fra Extend. Systemet ble innført fra 1.1.2023. Utklippet nedenfor er hentet fra «startsidene» av systemet. Det inneholder dokumenter og skjema som brukes til alt fra avviksmeldinger til skademeldinger. Kvalitetssystemet skal være et felles utgangspunkt og gi alle i kommunen mulighet for å ha tilgang til samme dokumentasjon. I kvalitetssystemet skal det være prosedyrer som er aktuelle for avdelingene og enhetene. Det skal også ligge reglementer og dokumenter som er aktuelle for alle medarbeiderne i kommunen. Rutiner som var i tidligere Compilo har blitt overført til det nye systemet. Nye rutiner skal legges rett inn i EQS.

⁸ Extend Quality System (EQS)



Sykehjems- og hjemmetjenesten bruker i tillegg fagsystemet Visma Omsorg Profil (heretter Profil). Dette er et elektronisk pasientjournalssystem (EPJ-system), som brukes til å legge inn helseopplysninger knyttet til den enkelte tjenestemottaker.

I tillegg til ovennevnte brukes Veilederen Helse og omsorg⁹ fra Visma (heretter Veilederen), til både å holde seg oppdatert på relevant regelverk og som oppslagsverk.

5.3 Mål, oppgaver, aktiviteter og fordeling av ansvar og oppgaver

I Kommuneplanens samfunnsdel 2022-2032¹⁰, er det fastsatt fire satsingsområder¹¹ med hver sine hovedmål. Satsingsområde 1 – Barn og unge, voksen og gammel – er det satsingsområdet som kan knyttes direkte til sykehjems- og hjemmetjenestene i kommunen. Hovedmålet er: *Fra oppvekstkommune til livsløpskommune, trygt, godt og verdig for unge, voksen og gammel i Bardu*». Hovedmålet er knyttet til FNs bærekrafts mål nr. 3 (God helse og livskvalitet) og 4 (God utdanning), der nummer 3 gjelder alle uansett alder. Til kommunens hovedmål for satsingsområde 1 er det satt inn en nummerert oppstilling fra 1.1-1.7, der 1.4 omhandler eldre. Til 1.4 står det om «Slik vil vi ha det i 2023» at «Eldre bor godt og har gode aktivitetstilbud», og under overskriften «Slik gjør vi det» at kommunen skal «Utvide kapasiteten slik at alle eldre som ikke kan bo hjemme lenger får et godt bo- og aktivitetstilbud.»

Helse- og omsorgsplanen angir som **overordnet målsetting** for helse og omsorgstjenesten: «Tidlig innsats, god helse – hele livet.» Videre at: «I dette ligger at helse- og omsorgstjenesten skal ha fokus på forebygging og rehabilitering, samt dreie fokus fra institusjonsbasert omsorg til hjemmebaserte tjenester. Når helsesvikt oppstår, skal pasient/bruker få rett hjelp – på rett nivå. Bardu kommune skal sikre tilstrekkelig kompetanse, kapasitet og kvalitet på alle tjenesteområder innen helse og omsorg.»

Til den overordnede målsettingen er angitt følgende **delmål**:

- Vridning av fokuset fra institusjon til hjemmebaserte tjenester

⁹ Veilederen ligger digitalt tilgjengelig på Visma gjennom Veilederen.no, og krever pålogging.

¹⁰ I utarbeidelsen av Kommuneplanens samfunnsdel 2022-2032 har blant annet enhetsledere – herunder enhetsleder for HOB - og Eldrerådet medvirket. Enhetslederne har sammen med Barn- og unges representant vært med i egen prosjektgruppe, og i tillegg samhandlet med ordfører og kommunedirektør. Eldrerådet var en av flere referansegrupper.

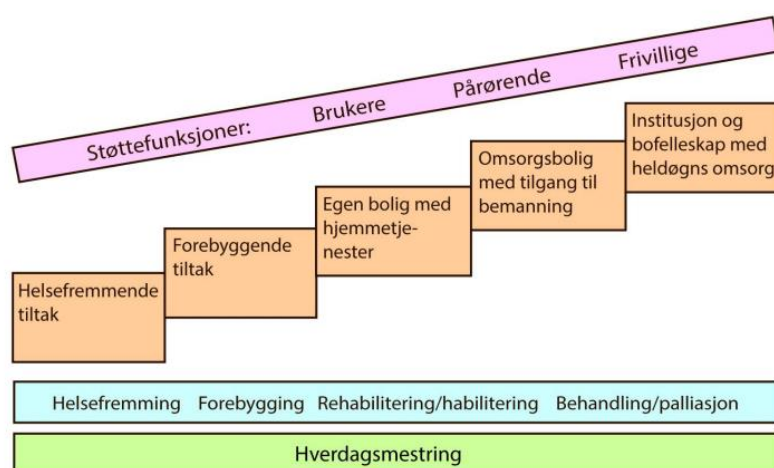
¹¹ Satsingsområdene og tilhørende hovedmål fremkommer også av «Budsjet 2022, økonomiplan 2022-2025».

- Økt bruk av velferdsteknologi
- Styrke fokuset på forebygging og rehabilitering
- God kapasitet og kompetanse i tjenestene

Det er videre opplyst at de lokale målsettingene henger sammen med den nasjonale helse- og omsorgspolitikken, som er oppsummert med følgende punkter:

- Forebygge framfor bare å reparere
- Tidlig innsats
- Få ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen
- Flytte tjenester nærmere der folk bor
- Flere oppgaver til kommunene og økonomiske rammer til å utføre dem
- Samle spesialiserte fagmiljøer som er sterke nok
- Sterkere brukermedvirkning

Kommunen viser i helse- og omsorgsplanen til at BEON-prinsippet (Beste Effektive OmsorgsNivå) ligger til grunn for organisering og tildeling av tjenester. Dette er illustrert med følgende illustrasjon som er hentet fra Frøya kommune:



Kilde: Helse- og omsorgsplan for Bardu kommune, s. 40. Illustrasjon hentet fra Frøya kommune

På kommunens internettside¹² er det angitt at **hjemmetjenestens viktigste mål** er å «Gi deg den service og trygghet du trenger for å kunne bo i ditt eget hjem så lenge det er mulig.». Videre oppgitt at «Hjelp ytes etter brukerens behov for pleie- og omsorgstjenester. Det kan være sykepleie, praktisk hjelp eller råd og veiledning i hjemmet, middagsombringning, trygghetsalarm». Samme sted, under overskriften «Praktisk bistand – hjemmehjelp», er det angitt at «Målet for Pleie- og omsorgstjenesten i Bardu kommune er å kunne gi deg den service og trygghet du trenger for å kunne bo hjemme så lenge som mulig.»

Mål for **sykehjemstjenestene** er «Det skal være godt å bo på Barduheimen». Revisor har fått opplyst at ledergruppa jobber med å definere delmål og strategi for å nå mål.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten har startet arbeidet med å legge opp en strategi for driften de neste årene, sammen med sykepleier 2, men også med involvering av alle ansatte. Det er

¹² Opplysning lastet 20.08.2022 fra: <https://www.bardu.kommune.no/hjemmebaserte-tjenester.533431.no.html>

ønskelig å sette søkelys på forebyggende tiltak til eldre i kommunen. Hjemmesykepleien merker et økende behov for tjenester til flyktninger/asylsøkere. Det gjelder spesielt innenfor medikamenthåndtering.

Fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet

Avgjørelsesmyndighet etter helse- og omsorgstjenesteloven er delegert til kommunedirektør. Gjeldende delegasjonsreglement ble vedtatt av kommunestyret i 2022.

Både på kommunens internettside og i helse- og omsorgsplanen inngår det beskrivelser av hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt. Det er ifølge enhetsleder ikke utarbeidet egen organisasjonsplan som konkret angir ansvars- og oppgavefordeling, men et organisasjonskart er utarbeidet for kommunens administrative organisering, jf. denne rapportens kapittel 1. Enhetsleder har overordnet administrativt ansvar for enhet Helse, omsorg og barnevern, og avdelingslederne overordnet ansvar for de tre sonene ved Barduheimen. I tillegg har sykepleier 1 ved de samme sonene et eget driftsansvar, mens sykepleiere og helsefagarbeidere har ett operativt ansvar for utøvelsen av sykehjemstjenesten og for å veilede assistentene.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten har opplyst at de ikke lenger har egen stab og støttefunksjoner. Det er én merkantil stilling. Foruten dette gjør de alt selv. Tidligere hadde de egen fagkonsulent og fagutviklingssykepleier – stillinger som ble fjernet i forbindelse med nedskjæringer for mange år siden. Nå er denne type oppgaver pålagt avdelingslederne. Avdelingsleder for de somatiske tjenestene har opplyst at de er pålagt stadig flere oppgaver, senest også ansvar for personalmeldinger. Oppgavemangfoldet gjør at avdelingslederne for både sykehjemstjenesten og hjemmetjenesten føler de ikke får tid til å gjøre alle oppgaver de er blitt pålagt.

I helse- og omsorgsplanen er det et eget kapittel kalt «kvalitetsarbeid» hvor det vises til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Det fremkommer at kvalitetsarbeidet er et ledelsesansvar. Da helse- og omsorgsplanen ble utarbeidet var status at kommunen hadde mistet mange av de skriftlige rutineene sine som følge av et virusangrep, og at man skulle bygge opp Compilo. Det vises til at Compilo vil være et nyttig virkemiddel med tanke på pasientsikkerhet og kvalitet. Som tiltak under kvalitetsarbeid er angitt:

- Implementere Compilo.
- Videreføre kvalitetsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten.

Kommunedirektøren har sendt oppdragsbrev til enhet helse, omsorg og barnevern for 2023. Denne omtaler kvalitetsarbeid og her vises det til at kommunen har byttet til nytt system. Kommunedirektøren formidler at «I 2023 bytter Bardu kommune kvalitetssystem. Bruk av dette er helt avgjørende for at vi skal lykkes med oppdraget vårt». Systemet ble implementert fra 1.1.2023. Det gamle systemet er ikke lengre i bruk.

Kommunedirektøren har i oppdragsbrevet beskrevet særlige forventninger til enhet helse, omsorg og barnevern, som er:

- 1) *Vurdere og implementere strukturendringer i organisasjonen med tanke på bærekraftig drift på tvers av nåværende strukturer*
- 2) *Stabilisere personellsituasjonen i HOB. Etablere sykepleier- og ressursteam og få på plass strategi for å «rekruttere og beholde» personale*
- 3) *Ha fokus på ledelse i HOB, arbeide med avdelingslederrollen*

4) Gjennomføre velferdsteknologi-prosjektet «DiGi-lab» og etablere oppfølgingslab Bardu kommune

Som det fremkommer ovenfor, er det gitt føringer for enhetens mål og hva enheten skal arbeide med. Det er angitt at ansvaret for kvalitetsarbeidet ligger hos ledelsen. I oppdragsbrevet for 2023 fremkommer følgende om ansvaret som avdelingsleder og enhetsleder har:

Avdelingsleder	Enhetsleder
Personalansvar:	Linjeleder
- Medarbeidersamtaler	- Kommunedirektørens stedfortreder jf. delegasjon
- Oppfølging av medarbeidere	- Lederveiledning
- Fravær og rekruttering	- Overordnet driftsansvar
Faglig ansvar	Strategisk ledelse
- Veiledning	- Driftsansvar
- Driftsansvar	- Kvalitet og internkontroll
- Kvalitet og internkontroll	Økonomi:
Økonomi:	- Budsjettansvar
- Budsjett	- Regnskapsansvar
- Regnskap	- Overordnet oversikt
	- Fordele på tvers

Kilde: Kommunedirektørens oppdragsbrev 2023 til HOB

Driftsansvaret og ansvar for kvalitet og internkontroll ligger hos både avdelingslederne og enhetsleder.

Både innenfor hjemmetjenestene og sykehjemstjenestene er det sykepleier 1 som har ansvar for den daglige driften og oppfølging av pasientene. Sykepleier 1 håndterer og saksbehandler alle søknader om hjemmesykepleie, fordeling og generering av arbeidslister, kontakt med sykehus, lege, samarbeidspartnere i kommunen, kontakt med brukere og pårørende, sørger for medikamenthåndtering, multidose etc. Hjemmesykepleien har også medisinsansvar for beboere i psykisk helse døgn. Kommunen har opplyst at sykepleier 2, og de andre sykepleierne og helsefagarbeiderne har opparbeidet seg en veldig god kompetanse på tildeling av tjenester, men også begrensning og avslutning av tjenester dersom behovet ikke er der. Tildeling av plass på sykehjem skjer i brukermøte som avholdes ukentlig.

Oversikt over de ansattes stillingstitel er opplyst på ansattoversikten på kommunens internettside. I de tre avdelingene Øvre-, Nedre- og Sentrum/Nordstua Barduheimen er det per september 2022 henholdsvis 56, 44 og 37 ansatte (opplysninger på kommunens hjemmeside). Tabellen under angir stillingstyper (antall i parentes) ved de tre nevnte avdelingene.

Tabell 1: Oversikt over ansattes rolle og kompetanse i avdelingene Øvre-, Nedre- og Sentrum Barduheimen

Øvre Barduheimen	Nedre Barduheimen	Sentrum Barduheimen
- avd.leder (1)	- avd.leder (1)	- avd.leder (2) ¹⁵
- sykepleier (10) ¹³	- sykepleier (9)	- sykepleier (5)
- sykepleierstudent (1)	- hjelpepleier (7)	- hjelpepleier (4) ¹⁶
- hjelpepleier (7)	- helsefagarbeider (2)	- helsefagarbeider (0)
- helsefagarbeider (2)	- omsorgsarbeider (1)	- vernepleier (1)
- omsorgsarbeider (1)	- assistent (22)	- omsorgsarbeider (0)
- hjemmehjelp (1)	- lærling (1)	- demenskoordinator (1)
- miljøarbeider (1)	- ikke opplyst (1)	- assistent (23)

¹³ Én av sykepleierne er i tillegg registrert som Hovedverneombud/HTV Norsk sykepleierforbund

¹⁵ Registrert både nåværende og tidligere avdelingsleder

¹⁶ Én av hjelpepleierne er i tillegg registrert som verneombud

- PTV (1) - ambulansearbeider (2) ¹⁴ - assistent (24) - lærling (0) - ikke opplyst (4)		- lærling (0) - ikke opplyst (1)
---	--	-------------------------------------

Det er i tillegg kjøkkensjef, to kokker og fagarbeider kokk tilknyttet PLO ernæring ved Barduheimen. Det er også en ergo- og fysioterapitjeneste med ni stillinger, herunder leder, to ergoterapeuter, fire fysioterapeuter, én manuellterapeut/fysioterapeut og én hjelpemiddelkonsulent. Disse har også oppgaver knyttet til sykehjems- og hjemmetjenesten.

Fra enhetsleder er det opplyst at stillingsbeskrivelser foreligger i arbeidsavtalene, spesielt for sykepleiere og helsefagarbeidere, men også for assistentene. Dette legger også føringer for ansvarsområder.

Planlegging, gjennomføring og kontroll av oppgaver

Revisor har spurt kommunen om den enkelte ansatte kan finne skriftlig informasjon om sitt ansvar og oppgaver og andres. Revisor har også spurt om den enkelte ansatte kan finne rutinebeskrivelser eller prosedyrer som angir hvilke stillinger som har ansvar for hvilke oppgaver. Fra sykehjemstjenestene har vi fått opplyst at det har vært gjort et arbeid med å revidere stillingsbeskrivelser, men arbeidet er stoppet opp. Det er ønskelig at stillingsbeskrivelser skal ligge i kvalitetssystemet EQS, og det arbeides med dette. Alle prosedyrer for sykehjems- og hjemmetjenestene skal finnes i EQS. Ifølge kommunen gjøres det en stor og god rydde- og strategijobb der. Det jobbes også med ny oppgavedeling, og kommunen ser det vil være naturlig at det kommer mer tydelig fram etter den jobben er gjort. Også fra hjemmetjenestene er det opplyst at det må gjøres en jobb med hensyn til utarbeidelse av stillingsbeskrivelser.

Når det gjelder planlegging av den ordinære driften i det daglige, har avdelingsleder for hjemmetjenesten opplyst at hun i utgangspunktet skal ha *ukentlige* møter med sykepleier 1 i henholdsvis sone Øvre og Nedre angående helsehjelpen i hjemmetjenesten. Da vi hadde samtale med avdelingsleder var status at i den siste tiden hadde det ikke vært tid til slike møter grunnet veldig høyt sykefravær og arbeid med dette. Det er håp i tjenestene om endring av dette i 2024 da sykepleier 1 skal få mer administrasjonstid.

Avdelingsleder for sykehjemstjenesten har opplyst at det avdelingsvis hver sjettede uke er personalmøter for ansatte i turnus.

Hver fredag blir det rapportert fra enhetsleder til avdelingene om ukens hendelser. Det avholdes jevnlig avdelingsmøter og møter mellom avdelingsledere og enhetsleder, der gjennomføring av tjenestene, avvik og eventuelle behov for endringer blir tatt opp. Det er også et samarbeid med ergo- og fysioterapeuter knyttet til deres oppgaver innen sykehjems- og hjemmetjenesten. Både sykehjemmets og hjemmetjenestens ledere beskriver tett kontakt med de ansatte i tjenestene.

Som kontroll for at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål knyttet til den enkelte bruker blir gjennomført er det opplyst at det i fagprogrammet Profil blir registrert hva som er gjort overfor den enkelte bruker eller pasient. I Compilo var det en rekke sjekklister og prosedyrebeskrivelser for tjenesteområdene. Fra avdelingslederne er det imidlertid antydnet at

¹⁴ Én ambulansearbeider er i tillegg registrert som fagarbeider

de er noe usikre på hvorvidt slike sjekklister ble brukt. Avdelingslederne mente at her kunne de nok bli bedre til å følge opp – herunder også på opplæring, men det var mange oppgaver og utfordrende å få gjort alt.

På bakgrunn av ønske fra pårørende har enkelte tjenestemottakere bøker som besøkene registreres i. Samtidig kvitteres hjemmebesøkene digitalt på nettbrett, der det også er tilgjengelig alle nødvendige opplysninger om den enkelte tjenestemottaker. Sykehjemstjenesten kvitterer også ut og dokumenterer den hjelp de enkelte tjenestemottakerne har mottatt, og dersom dette ikke blir gjort skrives det avvik på det – eksempelvis hvis bruker ikke har fått tiltenkt medisin. Sistnevnte type avvik skal da registreres både i Profil (journalssystemet) og i kvalitetssystemet da dette både er mangelfull pasientbehandling og rutinesvikt.

Bardu kommune har også kvalitetssystemet Bridge, der det både skal legges inn politiske vedtak og registreres oppfølging av disse knyttet til blant annet sykehjems- og hjemmetjenesten. Gjennom tertialrapporteringer og årsberetninger for sykehjems- og hjemmetjenesten informeres det også til politisk hold om blant annet gjennomførte tiltak, og om planer og mål er iverksatt og fulgt opp. Avvik som er registrert i kvalitetssystemet og Profil skal normalt være gjennomgått både av den enkelte avdelingsleder og i avdelingsmøter med ansatte.

5.4 Kunnskap, kompetanse, opplæring og medvirkning

På tidspunktet kommunens helse- og omsorgsplan ble vedtatt, ble kompetanse i kommunen beskrevet som god, og at kommunen hadde god sykepleierdekning og kompetanse innenfor ulike tjenesteområder. Planen viser til at det er knyttet bekymring til framtidig rekruttering av spesialisert kompetanse, samt at behovet for ansatte vil øke ettersom antall eldre øker. Det står at det vil være et stort behov for helsearbeidere framover.

Avdelingslederne har opplyst at både sykehjems- og hjemmetjenesten har ganske god oversikt over de ansattes kompetanse. Den enkelte er ansvarlig for å registrere egen kompetanse i personaloversikten. Ifølge enhetsleder har både sykehjems- og hjemmetjenesten i stor grad i dag den nødvendige kompetansen innen eget tjenesteområde. Dette gjelder først og fremst ansatte med formalkompetanse på området. For noen er det også stilt krav om videreutdanning og/eller lagt til rette for dette, noe som særlig gjelder sykepleiere og helsefagarbeidere. Assistentene er det i mindre grad stilt krav om formalkompetanse til, men disse får intern opplæring på det de skal jobbe med, og de fleste jobber i mindre stillingsbrøker som tilkallingsvikarer eller etter behov.

I kommunens helse- og omsorgsplan er det angitt noen tiltak tilknyttet rekruttering og kompetanse. Ett av disse var at det våren 2018 skulle utarbeides en kompetanse- og rekrutteringsplan for helse- og omsorgstjenesten i Bardu kommune fram mot 2030. Bardu kommune har en strategisk kompetanseplan for perioden 2018-2022. I kompetanseplanen er både status og ønsket framtidig kompetanse kartlagt. I denne står det at de ulike enhetene/avdelingene må ut fra sitt fagområdes mål utarbeide en lokal plan for sitt kompetansearbeid.

Enhetsleder har opplyst at det jevnlig utarbeides egen fireårig kompetanseplan for helse- og omsorgssektoren. Nyeste plan for helse, omsorg og barnevern ble vedtatt i januar 2023. Planen angir blant annet hvilken kompetanse det vil være behov for fremover, og hvilken kompetanse

kommunen mangler og trenger å tilegne seg. Det er gitt mulighet til å ta kurs og videreutdanning med lønn på fagområder det er behov for. Betalt videreutdanning forutsetter at man binder seg til å jobbe i kommunen en viss tid etterpå.¹⁷ Kommunen kan søke om *kompetansemidler* fra Statsforvalteren, der kompetansemidlene dekker vikarlønn som tilkommer som følge av at ansatte tar videreutdanning. I tillegg er det i planen lagt inn type rekrutteringsstillinger for studenter.

Rekruttering av nødvendig kompetanse for sykehjems- og hjemmetjenesten er opplyst tidligere ikke ha vært ett særlig problem. De senere år er rekruttering av fagkompetanse imidlertid blitt mer utfordrende, og det har vært få søkere på utlyste sykepleierstillinger innen sykehjems- og hjemmetjenesten. Som følge av dette er det bestemt å få på plass ett sykepleierteam som kan jobbe på tvers av ulike avdelinger innen pleie- og omsorgstjenestene (PLO). Håpet er at dette skal bidra til økt attraktivitet, og enklere å både skaffe og beholde sentral fagkompetanse. Et sykepleierteam vil også kunne hjelpe til å utnytte kompetanse og ressurser på en bedre måte, herunder også kunne trå inn ved sykefravær i grunnbemanningen. Demografiske framskrivninger viser at antall (og andel) eldre over 67 og 80 år vil øke, noe som også vil medføre økt behov for ansatte innen PLO-tjenestene.

Ifølge enhetsleder har kommunen også rutiner for opplæring av nyansatte i nødvendige rutiner og prosesser med videre.

I kommunedirektørens internkontrollrapport fra 2021 står det at ansvaret for opplæring av de ansatte i hvordan melde avvik – herunder kategorisering og alvorlighetsgrad – er tillagt ledere i de ulike virksomhetene og/eller avdelingene. Lederne har tilbud om bistand fra systemansvarlig for internkontrollsystemet, både når det gjelder opplæring av ansatte og egen rolle som avviksbehandler. Opplæring har også vært tilgjengelig gjennom videoer og manualer fra Compilo. Det er videre angitt at ledere i tillegg er anbefalt å bruke tid i personalmøter til å gjennomgå egen avviksstatistikk, og *«bruke meldte avvik som læring i forhold til både hva man melder, hvordan avvik kategoriseres og valg av alvorlighetsgrad.»*

Når det gjelder någjeldende kvalitetssystem skal alle ansatte på sykehjemmet være informert om systemet og vist hvordan det brukes.

Enhetsleder Helse, omsorg og barnevern har opplyst at ansatte innen sykehjems- og hjemmetjenesten har medvirket gjennom å melde inn avvik og forbedringsforslag både i og utenfor kvalitetssystemet. Ifølge kommunen har det vært en positiv økning i innmelding av avvik etter endring av kvalitetssystem, og dette gjelder særlig på enhet helse, omsorg og barnevern.

Det gjennomføres jevnlig avdelingsmøter ved hver avdeling, felles sykepleiermøter mellom avdelingene og andre faste møter ukentlig. Andre arenaer for medvirkning er medarbeidersamtaler. Revisor har fått opplyst at det gjennomføres årlige medarbeidersamtaler mellom enhetsleder og ansatte, der det gis mulighet til å gi tilbakemeldinger og drøfte forhold de måtte ønske med avdelingsleder. Ellers avholdes det avdelingsmøter der ansatte kan gi tilbakemelding på forhold de ønsker å ta opp. Dette kan være forhold som er avdekket gjennom kontakt med brukerne, pårørende eller som den ansatte har erfart på annen måte.

¹⁷ Bindingstid har ikke vært gitt i tidligere kompetanseplaner. Fordelingsnøkkel mellom lengde på studie og gitt støtte, reguleres i kompetanseplanen, ifølge enhetsleder.

Da revisor gjennomgikk kvalitetssystemet Compilo fant vi ikke at det for de to siste årene var registrert inn forslag til forbedringstiltak fra sone Øvre, Nedre og Sentrum. Enhetsleder erkjente at dette var noe de kanskje kunne bli bedre på. Avvikssystemet ble ifølge kommunedirektør endret i forbindelse med nytt kvalitetssystem (EQS). Kommunen har sett en positiv utvikling i antallet innmeldte avvik.

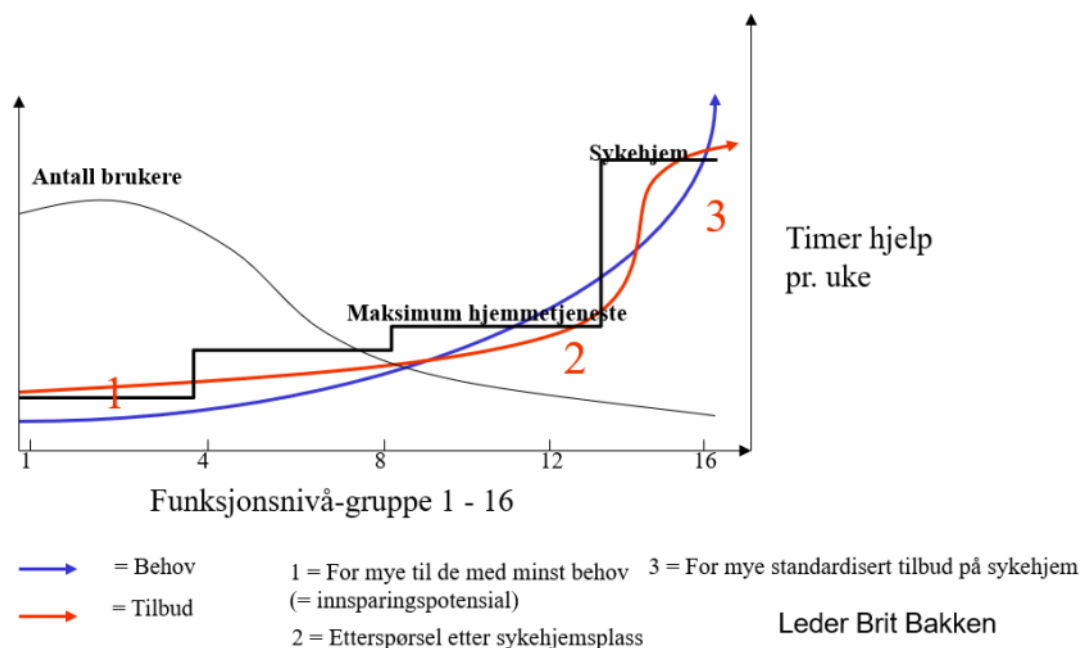
Avdelingsleder for hjemmetjenesten har opplyst at det er god kunnskap blant medarbeiderne og stor grad av selvstendighet i tjenesten. Demenssykepleier på sone Sentrum har opplyst at demensavdelingen har veldig personsentrerte tjenester, og derfor er det ganske mye samtaler mellom avdelingsleder, sykepleier 1 og andre ansatte. Av og til har de pasienter med komplekse utfordringer, og da forsøker de å lære av andre som jobber med liknende pasienter. Det avholdes derfor ganske mange refleksjonsmøter rundt enkelte brukere i avdelingen. Det er opplevd å være god kommunikasjon blant ansatte og de enkelte pasientene angående deres tjenestebehov.

5.5 Risikofaktorer og risikovurderinger

Som eksterne risikofaktorer har enhetsleder vist til Samhandlingsreformen og utskrivningsklare pasienter, som har bidratt til økte utgifter for kommunen. Begrensede økonomiske overføringer fra Staten og flere lovpålagte oppgaver innen pleie- og omsorgstjenesten, sammen med pandemiske utbrudd, er også nevnt som risikofaktorer.

Enhetsleder har også vist til at en betydelig nedskalering av antall sykehjems plasser de senere år også er en risikofaktor sett opp mot demografiske framskrivninger av fremtidig behov for slike plasser. Sykehjemmet har i dag ingen ledig kapasitet, noe som synes å bli situasjonen også framover. Dette har medført at korttidsplasser – herunder for rehabilitering - helt har blitt erstattet med langtidsplasser.

I økonomiplan 2023-2026/årsbudsjett 2023 inngår følgende figur:



Kommunen beskriver at for avdelingene er særlige utfordringer økningen i antall eldre med behov for pleie og omsorgstjenester. Utfordring er også knyttet til å besette faste stillinger og dekke opp kort og langt sykefravær.

Kommunen har vist til at i perioder med høyt sykefravær, at det er lav grunnbemanning og til tider høyt arbeidstrykk og mange arbeidsoppgaver, er det også noen interne risikofaktorer. Mangel på nødvendig kompetanse kan også bli en økende risikofaktor når utfordringer med å rekruttere øker, samtidig som demografiske framskrivninger tilsier økt behov for denne typen kompetanse i tråd med økt antall og andel eldre med behov for slike tjenester. Denne type rekrutteringsutfordringer ble også nevnt som risikofaktor av avdelingslederne, som også har opplyst at rekruttering av sykepleiere er spesielt krevende innen sykehjemstjenesten, da denne blir ansett som mindre attraktiv enn eksempelvis både hjemmetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I sykehjemstjenesten må sykepleiere normalt utføre ganske mange andre typer arbeidsoppgaver enn det som kreves sykepleierkompetanse til. Viken senter¹⁸ og Forsvaret er samtidig sterke konkurrenter når det gjelder rekruttering av sykepleiere. Etablering av ett tverrfaglig sykepleierteam som kan tre inn ved sykefravær i grunnbemanningen er ment å kunne løse noen av disse utfordringene. I kompetanseplanen for helse, omsorg og barnevern som ble ferdigstilt i januar 2023 er ressursteam og sykepleierteam omtalt. Det står om styrking av ressursteamet hvor formålet er:

- Sikre helsefaglig kompetanse ved fravær for å opprettholde krav til forsvarlighet og kvalitet i tjenestetilbudet
- Redusere belastning på leder og annet administrativt personell
- Redusere kostnader knyttet til overtid
- Fremme rekruttering/utdanning av helsepersonell.

Det nevnte sykepleierteamet har som mål å få:

- Benyttet ressursene riktig, på rett sted til rett tid
- Sterkere og tryggere fagmiljø på tvers av avdelingene
- Øke kompetansen på helsefagarbeidere og assistenter.

Revisor har etterspurt informasjon fra kommunen om også risikofaktorer i tjenestene, det vil si knyttet til de som er brukere av kommunens tjenester. Risikofaktorer knyttet til sykehjems- og hjemmetjenesten i Bardu kommune fremkommer normalt enten av tjenestetypiske tilfeller som fallrisiko, medisindosering mv., og/eller det som avdekkes i den ordinære driften. Sykehjems- og hjemmetjenesten bruker begge avviksrapporteringer i kvalitetssystemet og i pasientjournalssystemet Profil (personrettede avvik). Gjennom dette kan de identifisere risikoområder innen tjenestene. Endringer i regelverk kan også være en risikofaktor, men her forsøker de å holde seg oppdatert gjennom bruk av Veilederen.no.

I hjemmetjenesten er det til dels mye kjøring til brukerne, og når enkelte bodde langt unna (lengste ca. 3 mil) så er dette også opplyst å være en sikkerhetsrisiko - særlig om vinteren med dels dårlige veier. Avdelingsleder for tjenesten har også vist til økende utfordringer med å få vikarer til hjemmetjenesten, og kjøring over lange avstander kan medføre stress.

Enhetsleder har som risikofaktorer for intern samhandling opplyst om én kjent hendelse, der samhandling mellom lege og sykehjem ble vanskelig. Dette ble tatt opp og løst internt mellom daværende enhetsleder og de to partene.

¹⁸ Viken senter i Bardu er ett senter for psykiatri og sjelesorg ~ Modum bad, og ligger under Helse Nord.

Det er igangsatt risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) som grunnlag for å redusere risiko i tjenestene. Denne gjennomføres med bakgrunn i erfart behov, blant annet tidligere avdekket utfordringer ved strømbrudd, der de da ikke hadde hatt nødaggregat. Et slik aggregat er nå på plass. En voldssituasjon kunne også vært unngått dersom det hadde vært etablert en egen nødutgang i lokalet. I forbindelse med dette var det også avdekket en utfordring med at feil eller mangler ved tekniske installasjoner på Barduheimen ikke var noe som enheten helse, omsorg og barnevern hadde ansvar for å rapportere avvik på i Compilo, men noe teknisk enhet skulle rapportere inn på sitt FAMAC-system.¹⁹ I kvalitetssystemet EQS kan ansatt velge mellom alternativene «Meld avvik» og «Meld avvik bygg-FAMAC». Selve systemet skiller altså mellom type avvik som skal meldes inn.

System for læring av feil og kunnskapsdeling, er dels omfattet av avviksrapporteringene i kvalitetssystemet. Slike avvik gjennomgås jevnlig av avdelingsledere og enhetsleder for vurdering av behov for å rette eller korrigere tjenestene. Avvik og risikofaktorer tas normalt også opp på jevnlig avholdte avdelingsmøter, og møter mellom enhetsleder og avdelingsledere innen sykehjems- og hjemmetjenesten.

Revisor har spurt kommunen om det finnes skriftliggjorte rutinebeskrivelser eller prosedyrer for gjennomføring av risikovurdering. Kommunedirektør har opplyst at i ROS-systemet er «gangen» i analysen beskrevet og ganske selvforklarende. Til arbeidet med helhetlig ROS som også avdelingslederne var involvert i lå det egne maler med beskrivelser av dette arbeidet.

5.6 Prosedyrer, instruksjoner og rutiner

Revisor har gjennomgått rutineene som kommunen hadde i Compilo for enhet Helse, omsorg og barnevern. For det enkelte nivå – felles, enhet eller avdeling – var det lik struktur. Planer, rutiner og dokumenter var sortert etter: i) *Overordnede dokumenter*, ii) *Hovedprosesser* og iii) *Støtteprosesser*.

Relevant regelverk, retningslinjer, rutiner og veiledere for helse- og omsorgstjenestene har vært lagt inn i Compilo. Systemet Veilederen, som også benyttes, gir oppdatert informasjon om regelverket innen helse- og omsorgssektoren (e-læring, oppslagsverk, juridisk svartjeneste, nyhetsmeldinger, spørsmål og svar. Det finnes også sjekklister for vikarbruk i helsesektoren og sjekklister for brannvern i hjemmetjenesten.

Kvalitetssystemet EQS og fagsystemet Veilederen skal være tilgjengelig via pålogging for samtlige ansatte innen sykehjems- og hjemmetjenesten. Revisor har stilt spørsmål til kommunen om praksis for å gjøre kommunens planverk og rutiner kjent for de ansatte og nyttiggjøre dette i det daglige. Avdelingsleder for sykehjemstjenesten opplyste til revisor det har vært utfordrende å gjøre planverk, rutiner, prosessbeskrivelser mv. som lå i Compilo kjent. Det har vært noe utfordring med å nå alle ansatte da de går i turnus og ikke er tilgjengelig på samme tidspunkter.

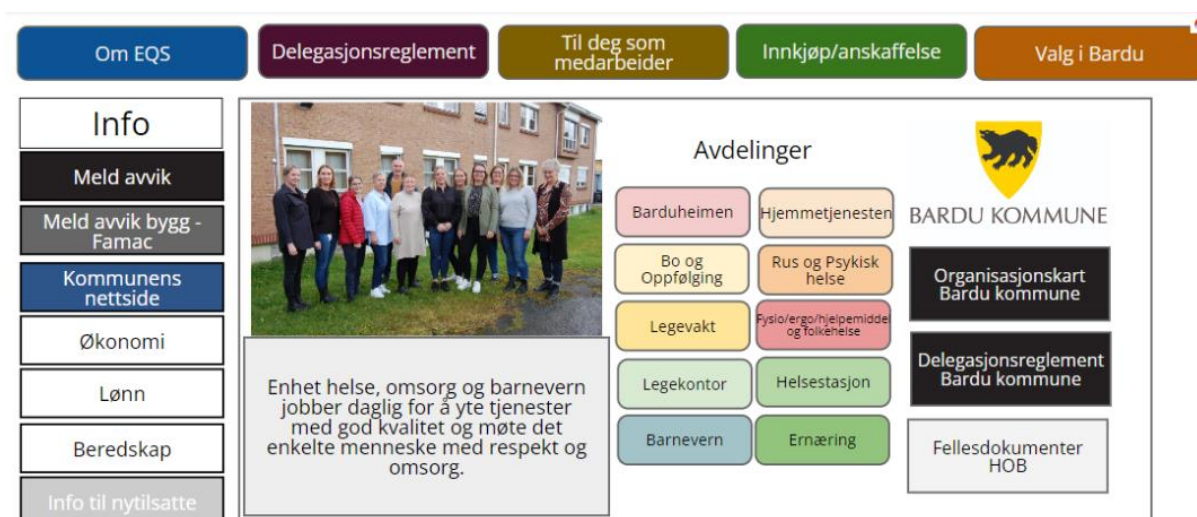
I tillegg til kvalitetssystemet og avdelingsmøtene, brukes andre typer interne informasjonskanaler som Yammer²⁰, som nå er digital hovedkanal for interne meldinger. Avdelingslederne legger her ukentlig ut både hva de har jobbet med sist uke og andre typer

¹⁹ FAMAC er ett (av flere) digitalt styringssystem for FDVU, knyttet til *forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling* av bygningsmasse og/eller eiendomsmasse.

²⁰ Yammer er et Microsoft verktøy for blant annet intern kommunikasjon i organisasjoner.

meldinger, og de ansatte er oppfordret til å lese hva som legges ut der. Fast ansatte synes å bruke denne kanalen mer og mer, men vikarer i mindre grad. Det er totrinns tilgangskontroll, og i starten var det mange som av den grunn hadde utfordringer med å ta Yammer i bruk, men etter hvert skal alle ha fått tilgang til bruk. Referat fra personalmøter og filer legges normalt ut via Teams – for egne team. Avdelingsleder for hjemmetjenesten mente at å gjøre kjent rutiner og planer for ansatte i tjenesten sikkert var noe de kunne bli bedre på.

Kvalitetssystemet EQS er bygget opp som kommunens organisasjonskart:



Det er egne områder for de ulike avdelingene i enhet for helse, omsorg og barnevern. Rutinene som var i Compilo har blitt lagt inn i det nye systemet. Nye rutiner som er utarbeidet blir også lagt inn i det nye systemet. Avdelingsleder for hjemmetjenesten har opplyst til revisor at det ligger inne flere rutiner på medikamenthåndtering, sjekklister og pasientrettede rutiner. Hun viste også til at det bør gjøres en gjennomgang av hvilke rutiner som mangler/er nødvendig. Hun mener også det er behov for mer opplæring i systemet.

Av skriftlige rutiner og prosedyrer som revisor fant i kvalitetssystemet var blant annet:

- Opplæring av nye sykepleiere – legemiddelhåndtering
- Praktisk oppfølging av nye sykepleiere
- Sjekkliste for nyansatte Barduheimen
- Sjekkliste for nyansatte i hjemmesykepleien
- Sjekkliste for nyansatte sykepleiere som arbeider på Barduheimen og hjemmesykepleien
- Sjekkliste for opplæring
- Rutine for nyansettelser – administrativt

For både hjemmetjenesten og sykehjemstjenestene var det faglige rutiner og prosedyrer knyttet den daglige driften og oppfølging av pasient.

5.7 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er omtalt i kommunens helse- og omsorgsplan, og det er angitt ulike tiltak tilknyttet brukermedvirkning.

Vi har fått opplyst at det foretas kartlegging av brukernes interesser om personavhengige forhold gjennom kartleggingsverktøy, der pårørende normalt deltar (dersom søker/tjenestemottaker har pårørende).

Fra enhetsleder er det opplyst at brukerne medvirker gjennom daglig kontakt med ansatte, eller via andre. Tilbakemeldinger på tjenestetilbud fra tjenestemottaker eller pårørende – herunder klager – skal normalt både drøftes med den som har gitt tilbakemeldingen, og noteres ned i pasientjournalssystemet Profil. I det daglige er det også dialog mellom brukerne og ansatte innen sykehjems- og hjemmetjenesten, der det kan komme frem forhold som blir tatt videre.²¹

Avdelingsleder for hjemmetjenesten har opplyst at det hendte at de fikk tilbakemelding fra pårørende om de tjenestene som ble utført av assistenter og andre. Slike tilbakemeldinger kunne også være av positiv karakter, noe som også har bidratt til at avdelingsleder blant annet har oppfordret assistenter til å ta fagutdanning. Kartlegging av brukernes behov foretas normalt av sykepleier 1, men interessekartlegging mente hun nok hjemmetjenesten generelt kunne bli bedre på – særlig hva gjelder de som hadde ett stort omfang av hjemmetjenester. Det er relevant for de med begrenset omfang og/eller tjenestebehov for en kort periode. For hjemmeboende med demens er det lett å samarbeide med demensavdelingen, der de har ansvaret for både skjematiske utredninger (nasjonale standard skjema anbefalt av «Aldring og helse») og interessekartlegging. En god del av denne pasientgruppen får også tilbud om å delta på ulike aktivitetstilbud på dagsenteret, og mange velger å delta.

For demensavdelingen er det fra demenssykepleier opplyst at tilstanden til den enkelte pasient varierer. Kartlegging av interesser blir gjort ved hjelp av «*Min livshistorie*», der pårørende er med å skrive inn pasientenes interesser, viktige personer, vaner, uvaner og andre forhold som er viktig for de ansatte å være kjent med. Kartleggingen gjøres for samtlige sykehjemsbeboere, og ikke bare de tilknyttet demensavdelingen. Kommunikasjon med pårørende vektlegges derfor høyt, og gir grunnlag for å ivareta pasientene på en best mulig måte. Avdelingsleder for sykehjemmet har supplert med at brukergruppen på sykehjemmet i all hovedsak ikke har særlig ønske om å sosialiseres eller delta på sosiale aktiviteter.

Det er lenge siden det ble gjennomført pasient- og brukerundersøkelser i tjenestene. Ifølge enhetsleder ønsker tjenesten å gjøre pasient- og brukerundersøkelser, og det er sannsynlig at dette blir gjort i løpet av 2024.

Demenssykepleier har opplyst hun og merkantil ansatt har gitt informasjon til organisasjoner som pensjonistforeningen og forsvarets pensjonistforening. Det er opplyst at pensjonistforeninga er ganske aktive med å uttale seg i media, samt har involvert seg i en del saker som blant annet byggingen av omsorgsboligene som skal være ferdige i 2024.

Eldrerådet har vært involvert i ulike saker, og har etter kommuneloven uttalelsesrett i alle saker som gjelder de eldre. De sender også uttalelser til Omsorgs- og oppvekstutvalget. På Barduheimen er det også ett brukerråd, som har møter to ganger i året. På sone Sentrum er det opprettet egen pårørendegruppe, som i utgangspunktet er ett samlingspunkt for pårørende. Innspill fra nevnte pasient- og brukerrepresentanter blir ifølge kommunen hørt på.

²¹ Enhetsleder har supplert med at hun ikke er kjent med hvordan avdelingene jobber med tilbakemeldinger fra tjenestemottaker eller pårørende til avdelingene – herunder om disse samles og gjennomgås, men at hun involveres i klagesaker.

Hva gjelder klager/klagesaker, har det vært noen, men ikke mange. Det har vært én stor klagesak (pasientklage) knyttet til sykehjemmet for ett par års siden. Kommunen har fortalt revisor om denne og at de påpekte forholdene bidro til endringer av rutiner og mer bevissthet omkring foreliggende rutiner.

Om andre typer tilbakemeldinger enn avvik og klager, har vi fått opplyst at dette tas ofte opp i møter med den som har gitt tilbakemeldingen. Slike tilbakemeldinger blir notert ned i fagprogrammet Profil (pasientjournal systemet) dersom det er forhold som omhandler enkeltstående brukere. I det daglige er det også dialog mellom brukerne og ansatte innen sykehjems- og hjemmetjenesten, der det kan komme frem forhold som blir tatt videre.²²

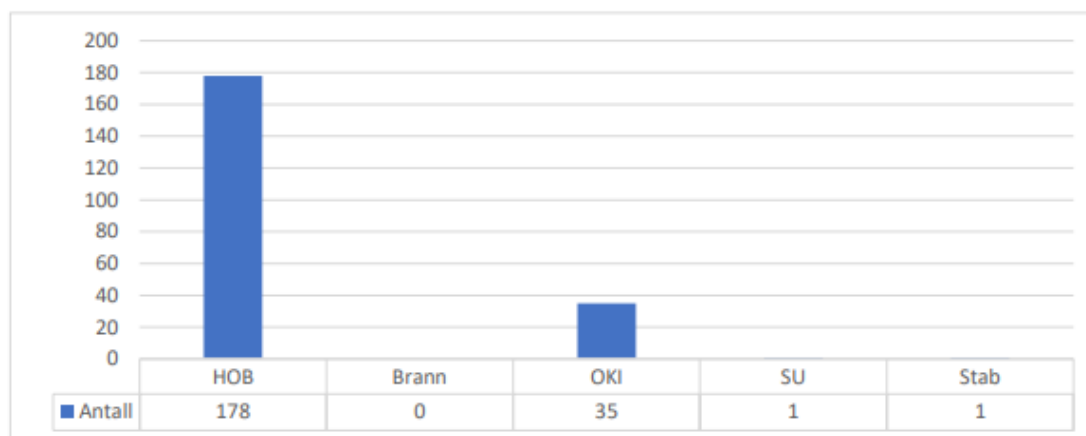
5.8 Avvik, evaluering og korrigerings

I Compilo inngikk en avviksmul hvor avvik skulle meldes inn. I Compilo inngikk også prosedyrer for å følge opp og lukke disse. Avvik kan gjelde brudd på lov, forskrifter eller prosedyrer, og kan gi viktige signaler på forhold som ikke fungerer slik de skal eller bør. Kommunedirektøren angir i årsrapport for internkontrollen at:

«I arbeidet med systematikk i internkontrollarbeidet vil avvikene aggregeres, slik at vi får oversikt over hvor mange avvik som meldes på hver enkelt avdeling/enhet, type avvik og utfordringer vi må ta tak i administrativt eller melde til politisk behandling i forbindelse med budsjett eller som egne saker. Ofte kan man tenke at «det hjelper ikke å melde avvik», men avvik har en egenverdi i å beskrive tilstanden til kommunen, også i de tilfellene hvor avvikene kanskje ikke håndteres slik som den som melder skulle ønske seg.»

Om avviksrapporteringen er det i rapporten også opplyst at «Helse- omsorg og barnevern (HOB) har meldt langt flest avvik. Dette handler delvis om at enheten er størst, men handler nok også om høyere bevissthet på avviksmelding i enheten.» Som illustrasjon på dette var følgende figur over rapporterte avvik for de enkelte enhetene for 2021 lagt inn i rapporten:

Utklipp 13: Rapporterte avvik på enhetsnivå for 2021 (fra kommunedirektørens internkontrollrapport for 2021)



Figuren over viser at av totalt 228 innmeldte avvik i 2021 (ikke alle med i figuren, men nevnt i internkontrollrapporten), var 178 knyttet til enhet Helse, omsorg og barnevern. Det er ikke gitt spesifisering på hva avvikene gjelder. Internkontrollrapporten opplyste at det totale antall

²² Enhetsleder har supplert med at hun ikke er kjent med hvordan avdelingene jobber med tilbakemeldinger fra tjenestemottaker eller pårørende til avdelingene – herunder om disse samles og gjennomgås, men at hun involveres i klagesaker.

innmeldte avvik for 2020 var på 201, og at det også var forventet en økning kommende år som følge av større grad av implementering av internkontrollsystemet i avdelingene, kombinert med fokus på avviksmeldinger og oppfølging fra ledernes side.

For enhet Helse, omsorg og barnevern var det angitt åtte forhåndsdefinerte avvikskategorier og en kategori for forbedringsforslag. Det er også mulig å legge inn egendefinerte kategorier. De forhåndsdefinerte kategoriene er:

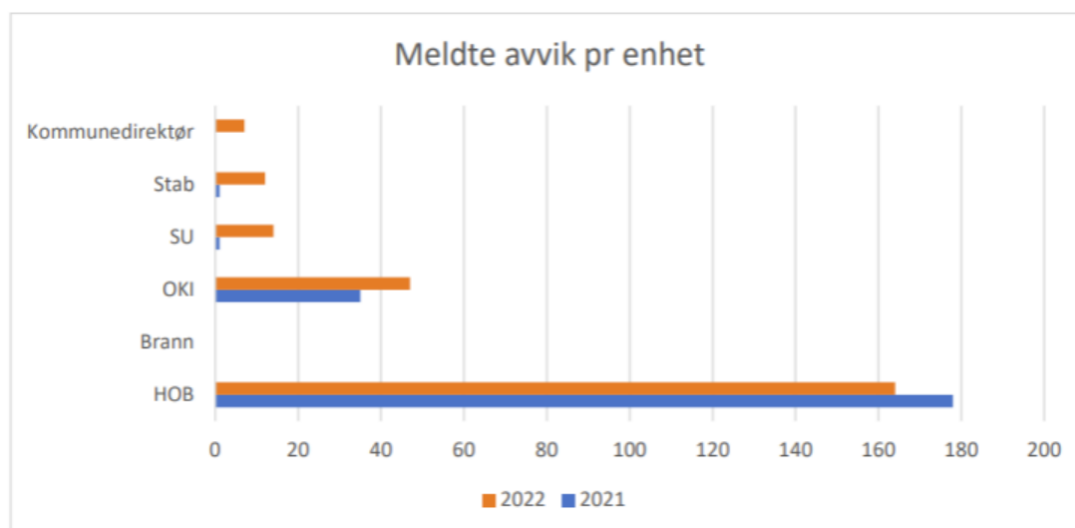
- Avvik (Hvor mange avvik som er meldt på hver enhet)
- HMS-avvik
- Helse org/int. avvik
- Personvern GDPR / Informasjonssikkerhet avvik
- Tjeneste – tjenestemottak avvik
- Ytre miljø avvik
- Kommuneplikter avvik
- Andre avvik
- Forbedringsforslag (Hvor mange forbedringsforslag som er meldt på hver enhet)

Det er også mulig å gjøre ulike avviksanalyser for de innmeldte avvikene, herunder over *lukketid på avvik* ut fra satte dagskategorier, *status på avvik*, *alvorlighetsgrad* (lav, middels, høy) og *avviksområde* (avvikskategori).

Systemavvik i form av rutinesvikt og liknende meldes inn i kvalitetssystemet, mens avvik knyttet til den enkelte bruker skal registreres i pasientjournalssystemet Profil. Sistnevnte omhandler blant annet avvik i medisiner. Ut fra lavt antall innmeldte avvik i Profil, mente avdelingsleder for hjemmetjenesten det ikke var så mange ansatte som brukte dette.

I årsberetningen for 2021 rapporteres det fra kommunedirektøren at avviksmodulen i systemet var fullt iverksatt og benyttes i daglig drift til læring og forbedring av tjenestene. Det er opplyst at det ikke var avdekket betydelige avvik i 2021, og at det i 2021 hadde vært fokus på opplæring og implementering av Compilo. Dette var tenkt videreført i 2022. I utklippet nedenfor ser vi økning i antall meldte avvik fra 2021 til 2022.

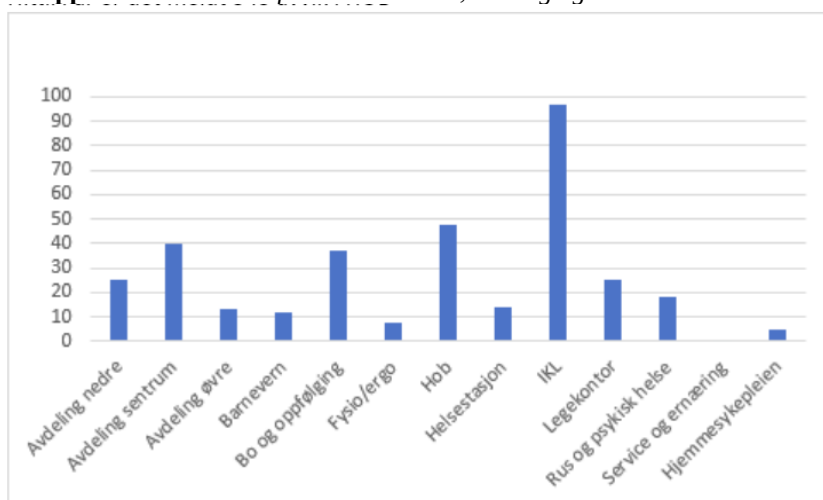
Utklipp 14: *Meldte avvik pr enhet 2021 og 2022*



Kommunedirektør har opplyst at med det nye kvalitetssystemet er det lagt inn eget avviksskjema som er koblet til prosedyrene og som ligger på forsiden av EQS. Det har vært en positiv utvikling i avviksmelding, herunder innenfor helse, omsorg og barnevern med ca. 300 % økning i meldinger. Kommunedirektøren viser til at det gjør kommunen i bedre stand til å identifisere feil og systemiske feil.

Pr desember 2023 var det 343 meldte avvik fra enheten helse, omsorg og barnevern:

Utklipp 15: *Meldte avvik fra enheten helse, omsorg og barnevern*



Avdelingsleder er ansvarlig for å registrere oppfølging av innmeldte avvik som gjelder egen drift, og systemet registrerer da antall dager før forholdet er lukket. Innmeldte avvik knyttet til sykehjems- og hjemmetjenesten gjennomgås normalt i plenum på avdelingsmøtene (hver sjettede uke). Avvik som ikke kan vente med å bli lukket, blir ifølge kommunen tatt tak i med en gang, og slike avvik blir gjerne også først meldt muntlig. Denne typen oppfølging av avvik er opplyst at ofte medfører endringer i rutiner.

Noen av avvikene som innmeldes er forhold som pleie- og omsorgstjenesten ikke kan gjøre noe med, men som må rettes av andre i kommunen. Mange innmeldte avvik går på bemanning og HMS, byggetekniske forhold (dårlig luftsirkulasjon, dårlig isolering mv.), og er eksempler på avvik som må videresende til den enhet eller avdeling som har ansvaret for disse forholdene. Hva gjelder avvikskulturen er det fra avdelingsleder for sykehjemmet opplyst at denne nok kunne diskuteres, men at denne kanskje hadde blitt bedre. Det har på flere avdelingsmøter vært oppfordret til å melde avvik. Et annet poeng er hva man gjør med avvikene, og dersom det gjøres lite for å lukke avvikene så påvirker dette også motivasjonen til å melde avvik. Avvik på rutiner kan ofte føles som kritikk av seg selv eller kollegaer, og utfordringen er da å få forståelse for at avvik meldes inn for at de skal bli bedre og ikke skal være noe som kritiseres. Implementering av en god avvikskultur både er og har derfor vært utfordrende, men samtidig noe det har vært jobbet med de siste årene. Ofte skyldes rutinesvikt at det er høyt tempo, lite folk på jobb og at ansatte da blir slitne og derfor lettere kan gjøre feil – noe man blant annet har opplevd hva gjelder medikamentering.

Revisor har spurt om det gjøres evalueringer/vurderinger av om tjenestene som blir levert er i tråd med krav i helselovgivning. Både avdelingsleder for hjemmetjenesten og sykehjemstjenesten opplyste at det gjøres, og da særlig om behov for bemanning i forhold til de oppgaver de var pålagt.

Både enhetsleder og avdelingsledere har opplyst at det har vært for stort lederspenn til at det har vært mulig for avdelingslederne å følge opp alle sine ansatte på en tilstrekkelig god nok måte. Avdelingslederne ved begge tjenesteområdene har også vist til at økende oppgavemangfold for dem. Disse to forholdene har gjort at de mener det ikke har vært mulig å gjennomføre oppfølging av ansatte og de oppgaver de er satt til på en god nok måte.

Innrapporterte avvik herunder også eventuelle forbedringsforslag, samt tilhørende avviksstatistikker på ulike avvikskategorier gjør det mulig å analysere om gjennomføring av oppgaver, tiltak og planer er egnet til å gi faglig forsvarlige tjenester, systematisk kvalitetsforbedring og trygge pasient- og brukersikkerheten. Innmeldte avvik gjennomgås og drøftes normalt i plenum i avdelingsmøtene, og medfører at rutiner blir endret dersom det blir oppfattet å foreligge mangler ved disse. Årlig gjennomføres det også medarbeidersamtaler. Her ønsker enhetsleder å kartlegge hva den enkelte kan tenkte å lære mer om, gi forslag til justeringer i turnus, og mulighet for å gi tilbakemelding om andre relevante forhold.

Rutiner som ligger på kvalitetssystemet «flagges» automatisk for årlig gjennomgang. Endringer i regelverk knyttet til rutiner kan på denne måten innarbeides slik at dokumentene er oppdaterte. I hovedsak kommer «flaggingen» til avdelingslederne hva gjelder rutiner som gjelder sykehjems- og hjemmetjenesten, og det er også de som gjennomgår og eventuelt gjør korrigeringer.²³

²³ I annet møte opplyst fra enhetsleder at de også bruker «Veilederen» (veilederen.no) til å oppdatere seg på regelverk mv.

5.9 Revisors vurderinger og konklusjon

Et internkontrollsystem skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart og 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 hjemmetjenestene og sykehjemstjenestene i Bardu kommune. Det kan likevel måles opp mot kravene som fremkommer av nevnte forskrift, og med utgangspunkt kommunens egne vedtatte føringer før tjenestene og kvalitetsarbeidet i disse.

Revisors vurdering er at Bardu kommune **i stor grad, men ikke fullt ut har oppfylt revisjonskriteriet om å ha et dokumentert styringssystem for sykehjemstjenesten og hjemmetjenesten.** Det er utarbeidet overordnede planer for helse- og omsorgstjenestene i Bardu kommune og disse angir målsetninger og tiltak for sykehjemstjenestene og hjemmetjenestene. Ansvar og oppgaver er fordelt og definert. Kvalitetsarbeid er omtalt i overordnet planverk og kommunedirektørens oppdragsbrev til enhet helse, omsorg og barnevern viser til at bruk av kvalitetssystemet EQS er helt avgjørende for at kommunen skal lykkes med oppdraget. Kvalitetssystemet er blitt implementert i tjenestene og det er angitt hvem som har ansvaret for kvalitetsarbeidet. Til grunn for vurderingen om at kommunen ikke fullt ut har oppfylt revisjonskriteriet om å ha et dokumentert styringssystem i tjenestene, er våre funn og vurderinger opp mot de øvrige kriteriene utledet for besvarelse av problemstillingen om dokumentert styringssystem.

Revisors vurdering er at Bardu kommune **i stor grad, men ikke fullt ut, har oppfylt revisjonskriteriene om å synliggjøre at kommunen planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer virksomhetens aktiviteter i tråd med §§ 6, 7, 8 og 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.**

Flere av de oppgavene som ifølge forskriften hører til planlegging er ivaretatt for sykehjem- og hjemmetjenestene i Bardu kommune. I helse- og omsorgsplanen er et utgangspunkt for å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene innen tjenesteområdene og kommunen har kartlagt fremtidige utfordringer som følge av fremtidig befolkningssammensetning i kommunen og behovet for kompetanse i tjenestene.

Bardu kommune har oversikt over mål, oppgaver, aktiviteter og organisering av sykehjems- og hjemmetjenestene. Ansvar for både ordinær drift og kvalitetsarbeidet er definert. Ansatte skal være kjent med ansvars- og oppgavefordelingen, men muntlige opplysninger fra ledelsen tilsier at kommunen ikke er helt i mål med et igangsatt arbeid med stillingsbeskrivelser og tilgjengeliggjøring av dette i kvalitetssystemet. Dette er vektlagt i revisors samlede vurdering.

Kommunen kan synliggjøre at det er oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring.

Tjenesteområdene synes å ha en mulighet for å få oversikt over områder med risiko for svikt eller mangel og hvordan minimere slike risikoforhold. Avviksrapporteringer i både kvalitetssystemet og Profil kan bidra til dette. Innmeldte avvik gjennomgås i plenum, og ofte blir det gjort endringer i rutiner i etterkant. Det gjennomføres faste møter slik at informasjon utveksles og de ansatte kan medvirke.

Revisor oppfatter av kommunens opplysninger at krav i forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring skal ivaretas gjennom implementeringen og bruk av kvalitetssystemet EQS i tjenestene. Blant annet skal relevant regelverk være tilgjengelig i kvalitetssystemet. For at oppgaver skal gjennomført som bestemt, er det utarbeidet både administrative og faglige rutiner og prosedyrer. Økende innmelding av avvik kan tilsa at tilgangen og kunnskapen om kommunens kvalitetssystem har økt etter endring av kvalitetssystem fra Compilo til EQS.

Brukere og pårørendes erfaringer skal også nyttiggjøres gjennom brukermedvirkning. I kontakt med ansatte har brukere og pårørende mulighet for å gi tilbakemeldinger, og disse skal normalt drøftes med vedkommende dersom det er forhold det bør tas tak i. Det gjøres kartlegging av brukernes interesser ut fra nasjonal standard for dette, men for hjemmetjenesten er dette noe begrenset for de som har tidsavgrensede tjenester. For sykehjemmets brukere gjøres dette for alle, og pårørende blir forsøkt involvert i dette. Pasient- og brukerundersøkelser er det mange år siden ble gjennomført, selv om det i overordnet styringsdokument er angitt at dette skal gjennomføres. At slik systematisk innhenting av informasjon fra mottakere av sykehjems- og hjemmetjenestene ikke er gjennomført, er vektlagt i revisors samlede vurdering.

Som kontroll av at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres benyttes blant annet registreringer at slike tiltak i fagsystemet Profil knyttet til enkeltbrukere. Slik kan en kvittere ut at tjenesten er gjennomført. I kvalitetssystemet er det sjekklister for dette, men avdelingslederne er usikre på om disse benyttes i særlig grad. I Bridge er det lagt opp til rapportering på oppfølging av politiske vedtak, noe som også gjennomføres i tertialrapporter og årsberetninger. Revisor oppfatter at innmelding av avvik og gjennomgang av disse er tiltak med relevans for evaluering og korrigerende av virksomheten.

Revisors undersøkelse viser at Bardu kommune kan synliggjøre at mange av de oppgavene som følger av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring blir ivaretatt i sykehjem og hjemmetjenestene i kommunen. Vi finner sammenheng mellom krav til kvalitetsarbeid i overordnet planverk og føringer fra kommunedirektør til tjenestene tilknyttet kvalitetsarbeid. Det foreligger imidlertid i liten grad skriftliggjorte vurderinger og dokumentasjon tilknyttet disse oppgavene som kommunen er pålagt under forpliktelsene til planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende. Revisors vurdering er derfor også at Bardu kommune **ikke kan dokumentere å ha oppfylt revisjonskriteriet om å ha vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig i sykehjemstjenesten og hjemmetjenesten og i hvilket omfang det skal dokumenteres.**

Revisors konklusjon på problemstilling 1 er at Bardu kommune i stor grad, men ikke fullt ut, har dokumenterte rutiner og systemer som skal bidra til å sikre at kvaliteten i kommunens sykehjems- og hjemmetjeneste er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer.

6 UTTALELSE

KomRev NORD sendte 19.12.2023 rapport til Bardu kommune v/kommunedirektør for uttalelse. Vi fikk tilbakemelding fra kommunedirektøren om at kommunen ikke så det nødvendig å komme med en egen uttalelse.

7 ANBEFALINGER

Bardu kommune skal påse at samtlige krav i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten blir ivaretatt i kommunens sykehjems- og hjemmetjenester. Med bakgrunn i revisors funn, vurderinger og konklusjon på problemstilling 2 anbefaler vi Bardu kommune å videreutvikle styringssystemet for hjemmetjenestene og sykehjemstjenestene, herunder å

- gjøre vurderinger av hvor omfattende styringssystem som er nødvendig i sykehjemstjenesten og hjemmetjenesten. Vurderingene bør dokumenteres
- gjøre vurdering av i hvilket omfang styringssystemet skal dokumenteres og hvordan kommunen skal sikre at dokumentasjon til enhver tid er oppdatert og tilgjengelig
- fullføre påbegynt arbeid med stillingsbeskrivelser
- jevnlig innhente tjenestemottakernes erfaringer og synspunkter, og benytte disse i arbeidet med styringssystemet

8 REFERANSER

- Lov 22. juni 2018 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)
- Lov 24.6.2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven – hol.)
- Forskrift 7.6.2019 nr. 714 om økonomiplan, årsbudsjett, årsregnskap og årsberetning
- Forskrift 28.10.2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesteloven

- *Økonomiplanlegging i norske kommuner og fylkeskommuner*. Veileder fra (tidl.) Kommunal- og regionaldepartementet

- Ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten (Veileder til lov og forskrift, Helsedirektoratet), først publisert 17.02.2017, faglig oppdatert 29.10.2018

- Bardu kommune, Reglement for økonomiforvaltning
- Bardu kommune, budsjett 2022, økonomiplan 2022-2025
- Bardu kommune, budsjett 2023, økonomiplan 2023-2026
- Bardu kommune, budsjett 2024, økonomiplan 2024-2027
- Bardu kommune, årsberetning 2020, 2021 og 2022
- Bardu kommune, tertialrapporteringer for årene 2020-2023
- KomRev NORD IKS, revisors beretning for regnskapsårene 2020-2022
- Kommuneplanens samfunnsdel
- Helse og omsorgsplan
- Kompetanse- og rekrutteringsplan
- Dokumentet Rekruttere og beholde kompetanse i HOB – Bardu kommune

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 Finnmark fylkeskommune, Troms fylkeskommune og Nordland fylkeskommune samt 51 kommuner i Finnmark, Troms og Nordland.

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

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 16 medarbeidere med høyere utdanning innen ulike fag:

- Rettsvitenskap
- Sosiologi
- Statsvitenskap
- Samfunnsøkonomi

KomRev NORD IKS har tidligere gjennomført følgende forvaltningsrevisjoner i Bardu kommune:

<i>Offentlige anskaffelser</i>	2024
<i>Tildeling av næringsareal</i>	2019
<i>Skoletilbudet i Bardu kommune</i>	2018
<i>Offentlige anskaffelser</i>	2017

