

FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT

Styring, drift og kompetanse i helse- og omsorgstjenestene

ENGERDAL KOMMUNE 2022/2023

Postboks 84, 2341 Løten
Telefon: 62 43 58 00
<https://www.revisjon-ost.no>
E-post: post@rev-ost.no
Org. nr.: 974 644 576 MVA

Forord – om rapporten

Denne rapporten er bygget opp pedagogisk med et kort sammendrag som går gjennom hovedfunnene og konklusjonen i forvaltningsrevisjonsprosjektet i første kapittel.



Vi har valgt å benytte en «trafikklysmoell» for å illustrere hva vi mener er i henhold til krav på området, det som er godkjent med merknad, og det som ikke er i henhold til krav på området. Hver vurdering blir merket med henholdsvis grønt, gul/oransje og rødt.

Vi gjør oppmerksom på at vurderinger med gul/oransje og rødt vil følge av beskrivelser av de mangler og/eller forbedringsmomenter vi mener at tjenesten har. For

leseren vil det derfor være nyttig å lese gjennom vurderingene som fremgår av underkapitlene for hver problemstilling, i tillegg til den informasjonen leseren får i sammendraget.

Rapporten er for øvrig utarbeidet med et digitalt tilsnitt og innehar lenker til ulike seksjoner av rapporten. Dette skal gjøre det enklere for leseren å navigere i rapportens innhold. Det er også lenket til de kilder som er digitalt tilgjengelige, for en mer interaktiv opplevelse av rapporten.

Rapporten er bygget opp etter NKRFs krav til sluttrapport i Standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001). Dette innebærer minstekravene til

- sammendrag (kap. 1),
- informasjon om bestillingen (kap. 2),
- problemstillingene (kap. 5-7),
- valg av metoder og vurdering av datagrunnlag (kap. 4),
- revisjonskriterier (vedlegg A),
- presentasjon av data (kap. 5-7),
- vurderinger (kap. 5-7),
- konklusjon (kap. 8),
- anbefalinger (kap. 9),
- referanser (kap. 11) og
- kommunedirektørens uttalelse (kap. 10).

I tråd med RSK 001, ønsker vi å fremheve at vi vektlegger at forvaltningsrevisjoner skal «bidra til et godt beslutningsgrunnlag for de folkevalgte styring og kontroll, og å bidra til læring».

Vi vil takke kontrollutvalget for oppgaven, og administrasjonen for tilrettelegging for en best mulig og effektiv gjennomføring av forvaltningsrevisjonsprosjektet. Vi håper at leseren finner nytte i rapporten og vil benytte denne videre i forbindelse med en trygg og god forvaltning av tjenesteområdet.

Løten, den 27. februar 2023

Magnus Michaelson

Magnus Michaelson
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Jo Erik Skjeggstad

Jo Erik Skjeggstad
Utøvende forvaltningsrevisor

Innholdsfortegnelse

1	Sammendrag	4
2	Bakgrunn for prosjektet	8
2.1	Kort om styring, drift og kompetanse i helse- og omsorgstjenestene	8
3	Revisjonskriterier.....	9
4	Metode for revisjonen.....	9
5	Problemstilling 1 – Styringssystem for helse og omsorgstjenestene	11
5.1	Revisjonskriterier for problemstilling 1	11
5.2	Innhentet data.....	11
5.3	Revisors vurdering.....	20
6	Problemstilling 2 – Kompetanse- og kompetanseutvikling.....	26
6.1	Revisjonskriterier for problemstilling 2	26
6.2	Innhentet data.....	26
6.3	Revisors vurdering.....	32
7	Problemstilling 3 – Måloppnåelse og forsvarlig drift av helse og omsorgstjenestene	37
7.1	Revisjonskriterier for problemstilling 3	37
7.2	Innhentet data.....	37
7.3	Revisors vurdering.....	43
8	Konklusjon	48
9	Anbefalinger	51
10	Kommunedirektørens uttalelse.....	53
11	Referanser	55
11.1	Internettreferanser	55
	Vedlegg A: Revisjonskriterier	56

1 Sammendrag

Formålet med denne forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke om Engerdal kommune har styringssystemer i pleie- og omsorgstjenestene som sikrer tilstrekkelig kompetanse i tjenestene og en forsvarlig drift. Formålet er belyst gjennom å besvare følgende problemstillinger:

1. Har kommunen hensiktsmessige styringssystemer for å sikre måloppnåelse og forsvarlige tjenester i helse- og omsorgstjenestene?
2. Arbeider kommunen systematisk for å sikre nødvendig kompetanse innen helse- og omsorgstjenestene?
3. Sikrer styringssystemet og arbeidet med kompetanseutvikling måloppnåelse og en forsvarlig drift av helse- og omsorgstjenestene?

I forbindelse med forvaltningsrevisjonen er det utledet revisjonskriterier fra lovverk, veiledere til lovverket og premisser for helse- og omsorgstjenestene som ligger i kommunens eget planverk. Grunnlagsdata til forvaltningsrevisjonen er innhentet ved dokumentgjennomgang, intervjuer og en spørreundersøkelse rettet mot ansatte i helse- og omsorgstjenestene. I det følgende oppsummeres konklusjonene for den enkelte problemstilling.

Har kommunen hensiktsmessige styringssystemer for å sikre måloppnåelse og forsvarlige tjenester i helse- og omsorgstjenestene?

Vi mener kommunen delvis har hensiktsmessige styringssystemer for å sikre måloppnåelse og forsvarlige tjenester i helse- og omsorgstjenestene. Det finnes flere elementer av god styring rundt om i tjenesten. Utfordringen er imidlertid at en mangler enkelte grunnleggende elementer som skal til for å sikre et helhetlig og godt styringssystem. Systemet bør også dokumenteres i større grad. Områder hvor vi mener det er potensiale for forbedring, kan oppsummeres som følger:

- Det mangler en samlet og dokumentert analyse av sannsynligheten for at regelverk og målsettinger innen helse- og omsorgstjenestene ikke følges, og dermed hvilke risiko-områder som styringssystemet må følge opp. Det gjennomføres ikke systematisk kartlegging og vurdering av risiko i tjenestene. Vi mener videre at tjenestene med fordel kan jobbe mer systematisk med utvikling og iverksetting av rutiner/internkontrolltiltak, samt distribusjon av informasjon til de ansatte i denne forbindelse.
- Styringssystemet gir i liten grad oversikt over, og beskriver målsettinger for tjenestene. Det samme gjelder også beskrivelser av oppgaver, aktiviteter og organisering. Vi mener også at styringssystemet bør utvikles for å skaffe tilveie et bredere spekter at styringsinformasjon som kan benyttes til systematisk planlegging av en forsvarlig tjeneste.
- I spørreundersøkelsen til de ansatte har vi fått tilbakemelding om at en del er usikre på om de får nødvendig informasjon om endringer i regelverk, reglementer, faglige anbefalinger og veiledere. Det er også meldt om behov for opplæring i bruk av Netpower som er en viktig del av styringssystemet. I spørreundersøkelsen er det også signaler som tyder på at ledelsen bør være enda mer tilstede, og enda mer tydelige med hensyn til oppfølging av oppgavene.

Arbeider kommunen systematisk for å sikre nødvendig kompetanse innen helse- og omsorgstjenestene?

Vi kan konkludere med at kommunen arbeider systematisk for å sikre nødvendig kompetanse innen helse- og omsorgstjenestene. Det finnes likevel områder som kan forbedres. Områder hvor vi mener det er potensiale for forbedring, kan oppsummeres som følger:

- Det er en utfordring å få avsatt tid og å få skaffet vikarer slik at ansatte kan delta i kompetansetiltak. Vi mener at kommunen bør vurdere hvordan en kan legge bedre til rette for dette slik at en unngår at ansatte mangler nødvendig kompetanse. Fra de ansatte i tjenestene har vi fått tilbakemelding på at det bør legges bedre til rette for opplæring av nytilsatte. Det etterlyses også rutiner som sikrer en god oppfølging i prøvetiden. Tilbakemeldingene er ellers at det avsettes for lite tid til intern opplæring. Arbeidsplassbasert opplæring er en av læringsarenaene som kommunens strategiske kompetanseplan legger opp til, men de ansatte i tjenestene opplever ikke at dette er en læringsmetode som brukes i særlig grad.
- Det er bestemmelser i kommunens strategiske kompetanseplan som kan følges bedre opp. Dette gjelder blant annet utarbeidelse av egne lokale kompetanseplaner, evaluering av kompetansetiltakene og rullering av selve planen. Ellers kan vi ikke se at helse- og omsorgstjenestene har fastsatt et system eller faste rutiner som sikrer et planmessig arbeid med kvalitetsforbedringer. En oversikt eller beskrivelse av tjenestenes system for kvalitetsforbedringer er et krav i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene. Vi kan heller ikke se at det har vært satset på opplæring i forbedringsarbeid for de ansatte i tjenestene, noe som er anbefalt i veilederen til nevnte forskrift.

Sikrer styringssystemet og arbeidet med kompetanseutvikling måloppnåelse og en forsvarlig drift av helse- og omsorgstjenestene?

Vår konklusjon er at styringssystemet og arbeidet med kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenestene i tilfredsstillende grad sikrer måloppnåelse og en forsvarlig drift av tjenestene. Det finnes områder hvor det er behov for forbedring, og de områdene hvor vi mener det er potensial til forbedring kan oppsummeres som følger:

- Risikoen for ikke å ha lovpålagt kompetanse på plass i et omfang som sikrer forsvarlige helse- og omsorgstjenester øker ved fravær. Det er ikke alltid at de ansatte i tjenestene opplever at de er mange nok på jobb til å sikre forsvarlige tjenester. Tilbakemeldingene fra de ansatte tilsier ellers at helse- og omsorgstjenestene bør ha enda større fokus på bruk av medarbeidernes kunnskap og erfaringer i forbedringsarbeidet, og tydeliggjøre når og hvordan de ansatte kan bidra. Det å samle og dokumentere forbedringsforslag på ett sted, kan bidra til å tydeliggjøre de ansattes medvirkning og til å gi tjenestene bedre oversikt.
- Helse- og omsorgstjenestene har til dels begrensede muligheter til å innhente erfaringer fra brukere/pasienter og pårørende for forbedringsarbeid. Erfaringer fra enkeltbruker/pasient og enkeltpårørende er en viktig kilde for brukererfaringer for tjenestene i Engerdal. Denne typen erfaringer blir etter hva vi kan forstå ikke dokumentert og/eller systematisert, eller at de ses i sammenheng med andre typer tjenesteinformasjon i et system for kvalitetsforbedring.
- Selv om det gjøres evalueringer i deler av helse- og omsorgstjenestene kan vi ikke se at det gjøres noen samlet evaluering som rapporterer på måloppnåelse når det gjelder kvalitet i tjenestene og etterlevelse av kravene i helse- og omsorgslovgivningen. En slik samlet evaluering vil være et viktig

grunnlag for å vurdere styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene. Styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene blir ikke evaluert årlig, slik Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene stiller krav om. Dette er grunnleggende, og en viktig dokumentasjon på at styringssystemet er egnet til å sikre forsvarlige helse- og omsorgstjenester i henhold til lov og forskrift.

Våre anbefalinger

Med bakgrunn i de vurderinger og konklusjoner som er gjort gir vi kommunen anbefalinger. Disse har vi delt inn etter problemstillingene i forvaltningsrevisjonen. Når det gjelder **helse- og omsorgstjenestenes styringssystem** anbefaler vi at kommunen vurderer å:

1. Gjennomføre en samlet analyse av sannsynligheten for at regelverk og målsettinger innen helse- og omsorgstjenestene ikke følges. Analysen må kunne danne grunnlag for utforming og dimensjonering av styringssystemet.
2. Innføre rutiner for:
 - Systematiske kartlegginger og vurdering av risiko i tjenestene.
 - Utvikling og iverksetting av internkontrolltiltak.
3. Tydeliggjøre kommunens egne målsettinger for tjenestene og gjøre disse mer tilgjengelige. Kommunens egne målsettinger er en viktig del av oversikten over gjeldende rammevilkår og bør være lett tilgjengelige i styringssystemet.
4. Utvikle styringssystemet slik at det kan skaffe tilveie mer informasjon som kan benyttes til systematisk planlegging av en forsvarlig tjeneste. Styringssystemet bør kunne generere data vedrørende avvik, informasjon fra risikovurderinger, tilbakemeldinger fra brukere, innspill fra medarbeiderne, evaluering av kompetanse/kompetansetiltak, nasjonal statistikk og utvikling av egne tjenestedata sett opp mot andre og mot kommunens målsettinger.
5. Utarbeide en samlet oversikt over/beskrivelse av hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenestene. Det bør også vurderes å gi de ansatte i tjenestene opplæring i forbedringsarbeid.
6. Vurdere hvordan styringssystemet kan legge til rette for at ansatte får enklere tilgang til nødvendig informasjon. I denne forbindelse bør det også gis opplæring i bruk av tjenestenes styringssystem.

I tilknytning til **systematisk arbeid for å sikre nødvendig kompetanse** bør kommunen vurdere:

7. Tiltak for å sikre en grundigere og mer koordinert opplæring av nytilsatte. Det bør også vurderes å innføre mer formaliserte rutiner for oppfølging av nytilsatte i prøvetiden.
8. Tiltak som gjør at det avsettes nok tid og legges bedre til rette for deltagelse i kompetansetiltak for de ansatte. Vi mener at tjenestene kan ha mer fokus på intern opplæring, både i interne møter/grupper og som arbeidsplassbasert opplæring. Det kan eventuelt utvikles rutiner for dette.
9. Å følge opp bestemmelsene i kommunens strategiske kompetanseplan når det gjelder å:
 - Utarbeide enkle kompetanseplaner for hver virksomhet.
 - Evaluere de gjennomførte opplæringstiltakene.
 - Evaluering og revidering av den strategiske kompetanseplanen.

Når det gjelder det å **sikre en forsvarlig drift av tjenestene** mener vi at kommunen bør vurdere:

10. Hvordan kommunen kan sikre forsvarlige tjenester i perioder med mye fravær.
11. Hvordan ansattes kunnskap og erfaring, samt erfaringer fra enkelt-brukere/pårørende, kan systematiseres i større grad, og ses i sammenheng med andre typer tjenesteinformasjon i et system for kvalitetsforbedring.
12. Å gjennomføre en samlet evaluering av helse- og omsorgstjenestene årlig, som blant annet rapporterer på måloppnåelse når det gjelder kvalitet i tjenestene og etterlevelse av kravene i helse- og omsorgslovgivningen. En slik samlet evaluering vil være et godt grunnlag for rapportering til de folkevalgte.
13. Å innføre rutiner for en årlig evaluering av styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene. Vi mener det i denne forbindelse bør utarbeides egne rapporter som beskriver resultatet og hva som er gjort av endringer for å sikre at systemet er godt nok.

2 Bakgrunn for prosjektet

I henhold til kommuneloven § 23-2, punkt c, skal kontrollutvalget påse at det blir gjennomført forvaltningsrevisjon i kommunen. Forvaltningsrevisjon innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak (§ 23-3, første ledd).

Kontrollutvalget i Engerdal vedtok i møte 31.05.2021 sak 23/21 å bestille en forvaltningsrevisjon rettet mot styring, drift og kompetanse i kommunens pleie og omsorgstjenesten. Vedtaket lød som følger:

Kontrollutvalget tar prosjektplan «Styring, drift og kompetanse PLO» til orientering, og bestiller på bakgrunn av denne gjennomføring av en forvaltningsrevisjon innenfor en ramme på 250 timer. Oppstart er planlagt høsten 2021 med ferdigstilling høsten 2022.

Tema og fokusområder for forvaltningsrevisjonen er fastsatt i dialog med kontrollutvalget. Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke om Engerdal kommune har styringssystemer i pleie- og omsorgstjenestene som sikrer tilstrekkelig kompetanse i tjenestene og en forsvarlig drift.

Dette er belyst ved å besvare følgende problemstillinger:

1. Har kommunen hensiktsmessige styringssystemer for å sikre måloppnåelse og forsvarlige tjenester i helse- og omsorgstjenestene?
2. Arbeider kommunen systematisk for å sikre nødvendig kompetanse innen helse- og omsorgstjenestene?
3. Sikrer styringssystemet og arbeidet med kompetanseutvikling måloppnåelse og en forsvarlig drift av helse- og omsorgstjenestene?

Forvaltningsrevisjonen er for øvrig avgrenset til å gjelde tjenestene Forebyggende rehabilitering, Institusjonstjenester, Habilitering/avlastning og legetjenester.

2.1 Kort om styring, drift og kompetanse i helse- og omsorgstjenestene

Endringer i befolkningssammensetning, innbyggertall, ressursituasjon og innbyggernes forventninger stiller krav til utvikling og fornying i kommunene. Det er derfor nødvendig med kontinuerlig nytenkning, utvikling og innovasjon. Det er forventninger om at kommunene skal levere tjenester av god kvalitet og at de skal være effektive. Samtidig konkurrerer kommunen med andre arbeidsgivere om kompetente ansatte. For å lykkes må kommunene satse systematisk og strategisk på kompetanse og kompetanseutvikling i egen organisasjon. Kompetanse kan tilflytte kommunen både gjennom rekruttering og kompetansehevende tiltak. Engerdal kommune har sine spesielle utfordringer i denne sammenheng som en mindre kommune, der befolkningens gjennomsnittsalder er økende og en ikke har noe særlig med tilflytting.

Innen helse og omsorg er kompetanse tett knyttet til hva som til enhver tid anses som forsvarlige tjenester. I kommentarer til helsepersonell-loven heter det at begrepet forsvarlighet er en rettslig standard, hvis innhold kan variere over tid, og for det enkelte helsepersonell innebærer forsvarlighetskravet å opptre i samsvar med de til enhver tid gjeldende faglige normer og lovbestemte krav til yrkesutøvelsen. Som arbeidsgiver har Engerdal kommune plikt til å tilrettelegge for dette, blant annet i form av kompetanseutvikling. Kompetanse og kompetanseutvikling er således avgjørende for å oppnå forsvarlig drift og er en viktig faktor å ta hensyn til i styringen av helse- og omsorgstjenestene.

Det stilles strenge krav til styring og drift av helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Dette for å sikre forsvarlige tjenester. Vanlige verktøy til styring av helse- og omsorgstjenestene i kommunene er elektroniske kvalitetssystemer, system for internkontroll, avviksregistrering samt oppfølging og rapportering på målsettinger for tjenestene. Denne forvaltningsrevisjonen berører både styringssystemene og arbeidet med kompetanseutvikling.

3 Revisjonskriterier

På bakgrunn av problemstillingene i forvaltningsrevisjonen skal det etableres revisjonskriterier. Disse danner grunnlaget for hva innsamlede data skal vurderes opp mot. Kriteriene skal begrunnes i/utledes av autoritative kilder innenfor det reviderte området. Autoritative kilder kan være lover, forskrifter, forarbeider, rettspraksis, politiske vedtak/mål/føringer, administrative retningslinjer/mål/føringer, statlige føringer/veiledere, andre myndigheters praksis, teori og reelle hensyn som vurderinger av hva som er rimelig/formålstjenlig/effektivt. I dette prosjektet er revisjonskriteriene utledet fra følgende kilder:

- Kommuneloven
- Helse- og omsorgstjenesteloven med forskrifter
- Veiledere og anbefalinger fra departementer og KS
- Kommunens planverk.

Fullstendig utledning av revisjonskriterier finnes i vedlegg A til rapporten.

4 Metode for revisjonen

Informasjon som belyser problemstillingene er innhentet gjennom dokumentstudier, intervjuer og spørreundersøkelser. Styringssystemet er i noen grad dokumentert. Vi har hatt behov for å gjennomføre intervjuer, blant annet for å få beskrevet de deler av styringssystemet som ikke er dokumentert. Spørreundersøkelsen er gjennomført for å kartlegge hvordan styringssystemet fungerer. Vi har vurdert valgt metode som tilstrekkelig for å besvare problemstillingene.

Dokumentstudier

Undersøkelsen har blant annet omfattet gjennomgang og vurdering av relevant dokumentasjon opp mot fastsatte revisjonskriterier, som i denne sammenheng er:

- Oversikt og oppbygging av kvalitetssystemet Netpower
- Rutinebeskrivelser
- Stillingsbeskrivelser
- Sjekklister
- Årshjul
- Intern rapportering
- Rapporter fra ulike prosjekter/gjennomganger
- Resultater fra lokal intern revisjon/internkontrollgjennomganger

Dokumenter som er grunnlag for våre vurderinger er omtalt i de relevante datakapitlene.

Intervjuer

Det ble innledningsvis gjennomført et oppstartsmøte (25.05.2022) der kommunalsjefen for oppvekst og helse/velferd og tre av virksomhetslederne deltok. Formålet med møtet var, i tillegg til å informere kommuneadministrasjonen om forvaltningsrevisjonen, å innhente mer overordnet informasjon og

sentrale dokumenter tilknyttet styring, drift og kompetanse i helse- og omsorgstjenestene. Det er videre i perioden november 2022 til februar 2022, gjennomført kvalitative intervjuer med ledere og tillitsvalgte i sektor for velferd og oppvekst. Disse er:

- Kommunalsjef for oppvekst og helse/velferd (sektorleder helse og mestring fra 01.01.23)
- Virksomhetsleder Institusjonstjenester
- Virksomhetsleder Forebyggende rehabilitering
- Virksomhetsleder Habilitering/avlastning og legetjenester
- Hovedtillitsvalgt NSF
- Plasstillitsvalgt Fagforbundet

Intervjuene er gjennomført enkeltvis og det er utarbeidet temalister som ble sendt de ulike respondentene før intervjuet. Det er også utarbeidet intervjuguider som er benyttet under selve intervjuene.

Spørreundersøkelser

Det er gjennomført en spørreundersøkelse rettet mot ansatte i helse- og omsorgstjenestene. Undersøkelsen ble gjennomført i perioden 9. desember 2022 til 5. januar 2023. Det ble sendt to påminnelser til de som ikke hadde svart ved det enkelte påminnelsestidspunkt. Undersøkelsen har vært avklart med den som har vært oppnevnt som vår kontakt i kommunen i forbindelse med forvaltningsrevisjonen. Vår kontaktperson ble oppfordret til å sende ut et e-postvarsel til alle respondentene i starten av undersøkelsen. Undersøkelsen hadde til sammen 13 spørsmål, hvorav 3 spørsmål inneholdt en del påstander som det skulle tas stilling til. De fleste spørsmålene var avkryssningsspørsmål. 4 av spørsmålene var åpne slik at de ansatte kunne gi egne beskrivelser. De fleste har svart på alle avkryssningsspørsmålene, og antall besvarelser (N) på disse varierer fra 32 til 34. De åpne spørsmålene er det langt færre som har svar på og antall besvarelser (N) ligger her fra 4 til 17.

Undersøkelsen er sendt ut til alle ledere og ansatte ved virksomhetsområdene for Institusjon, Forebyggende rehabilitering og Habilitering, avlastning og legetjenester. Til sammen gjelder dette 68 respondenter. Det er mottatt til sammen 34 svar noe som gir en svarprosent på 50 %. Fordelingen av svar fra de ulike virksomhetene fordeler seg med 44 % fra Institusjonstjenestene, 29 % fra Forebyggende rehabilitering og 27 % fra Habilitering, avlastning og legetjenester. Av de som svarte på undersøkelsen var 50 % ansatt i heltidsstilling, 41 % i deltidsstilling og 9 % var ansatt som vikar. I undersøkelsen ble det også stilt spørsmål om hva slags utdanningsnivå den enkelte hadde. Av de som har svart var det 15 % ufaglærte, 44 % som har fag/helsefagarbeider bakgrunn, 25 % som har universitets-/høgskoleutdanning på bachelornivå og 6 % som har universitets-/høgskoleutdanning på masternivå. De som har svart på undersøkelsen fordeler seg, etter vår vurdering, ganske jevnt med hensyn til virksomhetsområde, stillingsstørrelse/stilling og de ulike utdanningsgruppene.

Verifisering av innhentet data

Data som er innhentet via intervju og dokumentstudier er verifisert. Intervjuer verifiseres av intervjupersonene og data hentet fra ulike dokumenter er verifisert i forbindelse med at foreløpig rapport er sendt kommunedirektøren til uttalelse. Prosjektet er ellers gjennomført i samsvar med NKRF¹ sin standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001).







¹ NKRF- forbundet for kontroll og revisjon i kommunene (tidligere Norges Kommunerevisorforbund).

5 Problemstilling 1 – Styringssystem for helse og omsorgstjenestene

Har Engerdal kommune hensiktsmessige styringssystemer for å sikre måloppnåelse og forsvarlige tjenester i helse- og omsorgstjenestene?

5.1 Revisjonskriterier for problemstilling 1

Følgende er en tabell med de kriterier vi har benyttet for å besvare problemstillingen og våre vurderinger av disse. Kriteriene er gjengitt i kortform. For en full utledning av revisjonskriteriene, se [vedlegg A](#). Tabellen er interaktiv og leseren kan gå rett til den enkelte vurdering ved å trykke på det enkelte kriteriet. Vurderingene er knyttet til de data som er samlet inn og som blir gjengitt i kapitlene nedenfor. Vi gjør derfor leseren oppmerksom på at vurderingene må sees opp imot de innhentede data i prosjektet.

-  [Kriterie 1](#) Det må være gjort en konkret analyse og vurdering av sannsynligheten for at regelverk og målsettinger innen helse- og omsorgstjenestene ikke følges, og styringssystemet må utformes og dokumenteres med bakgrunn i vurderingen.
-  [Kriterie 2](#) Kommunen bør ha felles struktur, maler og standarder for internkontrollarbeid/kvalitetsarbeid.
-  [Kriterie 3](#) Styringssystemet må bidra til å skaffe oversikt over de rammevilkårene som til enhver tid gjelder for virksomheten, det må skaffes tilveie tilstrekkelig informasjon og kunnskap som kan benyttes til planlegging av en forsvarlig tjeneste, og det må planlegges hvordan denne informasjonen skal gjøres kjent i virksomheten.
-  [Kriterie 4](#) I forbindelse med planlegging av virksomheten må styringssystemet sikre oversikt over:
 - Og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering.
 - Ansvars-, oppgave- og myndighetsfordeling.
 - Hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring.
-  [Kriterie 5](#) Styringssystemet må sikre at helse- og omsorgstjenestene har oversikt over:
 - Områder hvor det er risiko for svikt, og det må planlegges hvordan en reduserer risiko
 - Medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring.
 - Avvik.
-  [Kriterie 6](#) I den daglige drift må styringssystemet sikre at:
 - Oppgaver, organisering og planer er kjent i organisasjonen og gjennomføres.
 - Det finnes tilstrekkelig kunnskap og kompetanse blant de ansatte.
 - Det utvikles og iverksettes nødvendige internkontrolltiltak.
 - Medarbeiderne medvirker.
 - Brukerne medvirker.

5.2 Innhentet data

5.2.1 Data fra dokumenter

Innhold i kvalitetssystemet Netpower: Vi har fått oversendt en oversikt over hvilke kategorier og dokumenter som ligger inne i systemet høsten 2022. Kvalitetssystemet er inndelt i kategoriene felles helse, apotek, legemiddelhåndtering, lokal internrevisjon, smittevern, tvungen helsehjelp, brannvern og stillingsbeskrivelser. I tillegg finnes dokumentasjon som gjelder for virksomhetsområdet forebyggende og rehabilitering, legetjenesten og stab/administrasjon.

Typen dokumenter som ligger inne i Netpower er prosedyrer, tjenestebeskrivelser, rutiner, retningslinjer/instruksjoner, sjekklister, skjemaer, maler, stillingsbeskrivelser, fullmaktsskjema, brosjyrer og tiltaksplaner. Her ligger også pandemiplan og smittevernplan for kommunen. Ett dokument som er spesielt relevant for denne forvaltningsrevisjonen er rutinen for lokal internrevisjon. Høsten 2022 lå det til sammen 148 dokumenter som gjelder helse- og omsorgstjenestene i Netpower. 80 av disse dokumentene var felles for helse- og omsorgstjenestene. I tillegg hadde virksomhetsområdet Forebyggende rehabilitering lagt inn 36 dokumenter som gjaldt spesielt for deres virksomhet, legetjenesten hadde 13 egne dokumenter og stab/administrasjon hadde 13 egne dokumenter.

Rutine for lokal internrevisjon – helse og velferd: beskriver bakgrunn, formål og omfang, ansvar og fremgangsmåte for gjennomgang og vurdering av spesifikke emner (fagområder/pasientrettet aktivitet). Det heter i beskrivelsen at lokal internrevisjon er en del av arbeidet med kvalitetsforbedring i den enkelte virksomhet, og en del av styringssystemet når det gjelder internkontroll. Gjennomgangen skal bidra til faglig forsvarlige tjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Det er presisert at det er enhetsleder som har det overordnede ansvaret for internkontrollen og som skal sammenstille resultatene fra de enkelte virksomhetene. Virksomhetsleder har ansvar for at internrevisjonen blir gjennomført, rapportering til enhetsleder og iverksetting av tiltak etter gjennomgangene. Fagsykepleier har ansvaret for å utføre kartleggingsarbeidet.

Det heter videre at lokal internrevisjon skal gjennomføres hvert halvår, med prioritering av ulike emner etter eget oppsett. Kartleggingen gjennomføres i utgangspunktet ved gjennomgang av dokumentasjon i pasientjournaler (Profil) på 3 tilfeldige målpersoner ved hver kontroll.

De ulike emnene som skal gjennomgås er overganger i pasientforløp, dokumentasjon av helsehjelp, fallforebygging, smertebehandling, vurdering av samtykke-kompetanse, ernæringsarbeid, legemiddelhåndtering, tvungen helsehjelp og bruk av tvang og makt. For hvert av de ulike emnene er det utarbeidet egne skjemaer som skal bidra til å dokumentere gjennomgangen. Resultatene rapporteres til kommunalsjefen på eget skjema som oppsummerer resultatene fra de ulike temaene samt forslag til forbedringstiltak.

Årshjul for de tre virksomhetsområdene i helse- og omsorgstjenestene angir tidspunkt for ulike gjøremål for kommunalsjefen, virksomhetsledere, fagsykepleier og øvrige ansatte. Alle tre årshjul inneholder mange av de samme oppfølgingspunktene, men det er også noen oppfølgingspunkter som er særegne for den enkelte virksomhet. Av gjøremål som kan knyttes til det å sikre faglig forsvarlige tjenester er:

- Gjennomføring av lokal internrevisjon
- Gjennomgang av avvik
- Utarbeidelse av kvalitetsrapporter og prosedyregjennomgang.
- Gjennomgang på ulike risikoområder som ernæring, legemidler, fallrisiko etc.

Det heter at avviksgjennomgangen skal rapporteres til enhetsleder etter gjennomgang. Det er videre presisert at kvalitetsrapporten skal inneholde dokumentasjon av helsehjelp, ernæring, medikamenthåndtering, fallforebygging, rehabilitering, pasientregnskap og pårørendesamtaler. I eget punkt om gjennomgang av kvalitetsrapporter heter det at disse skal inneholde en ROS analyse av mulige risikoområder som følge av mulig svikt. For 2022 er det også satt opp et allmøte med tema «Tiltak for å sikre faglig forsvarlige tjenester, kvalitet og bruker/pasientsikkerhet».

Statusrapport – Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre: Rapporten er utarbeidet med bakgrunn i Stortingsmelding 15 (2017-2018) leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre, og er Engerdal kommunens svar på hvordan en kan skape en mer aldersvennlig kommune. Overordnede mål for reformen er flere gode leveår der eldre beholder helse lenger, opplever god livskvalitet og mestring, samtidig som de får den helsehjelpen de trenger når de har behov for den. Det er videre en målsetting å hindre utslitte pårørende og at ansatte opplever å ha et godt arbeidsmiljø der de får brukt sin kompetanse og gjort en faglig god jobb. Rapporten tar for seg hvordan kommunen kan legge bedre til rette for et aldersvennlig Engerdal, aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp og sammenheng i tjenestene.

Når det gjelder et aldersvennlig Engerdal er fokus på aldersvennlige boliger og nærmiljøer, stedsutvikling og transport. I tilknytning til aktivitet og fellesskap har en sett på tiltak for forebygging av ensomhet, frivillighetssentralen som samfunnskontakt, de etablerte aktivitetene i kommunen og samisk kultur. For temaet mat og måltider har en fokusert på oppfølging av ernæring til hjemmeboende og levevaner, mulighet for utlevering av måltider, samarbeid med Fjellheimen og frivillige organisasjoner og kompetanse innen ernæring i helse og velferd. Temaet helsehjelp tar for seg hverdagsmestring, forebyggende grende- og hjemmebesøk, velferdsteknologi og fysisk trening. Når det gjelder sammenheng i tjenestene er fokus på personsentrert tilnærming, overganger og helhetlige pasientløp, felles lokal pårørendekontakt, primærkontakt, bruk av personell på tvers og system for bekymringsmeldinger. Rapporten ender opp med 20 ulike tiltak for å tilpasse helse- og omsorgstjenestene i Engerdal til de krav en vil møte i tiden fremover.

Statusrapport «Omstillingsprosjekt 2019 Helse og velferd»: I denne rapporten heter det innledningsvis at fokus i prosjektmandatet er å utrede muligheter for samordning av tjenester eller andre omstillinger for å oppnå effektivisering, og eventuelt sparing. Fokusområder med hensyn til Helse- og Velferd er demografisk utvikling/analyse, tjenestetilbud-geografisk, samordning av turnus/bemanningsplaner, velferdsteknologi, ledelsesstruktur, interkommunal legevaktordning og felles kjøkken sykehjem/Fjellheimen. Det er kun demografisk utvikling- analyse og ny organisering av ledelsesstruktur som er ferdig utredet i rapporten.

Risiko- og sårbarhetsanalyse Engerdal Helse- og omsorgssenter – Engerdal kommune: I forbindelse med vedtak om å redusere antall institusjonsplasser med 6, øke antall demensplasser fra 6 til 8 og redusere bemanningen med 7 årsverk, ble det i 2018 utarbeidet en risiko- og sårbarhetsanalyse. Bakgrunn for reduksjonen var anstrengt økonomi, at tjenestene var for omfattende og kostbar når en sammenlignet seg med andre kommuner (KOSTRA), og at den var feil dimensjonert ut fra behovet i kommunen. Det heter innledningsvis at denne ROS-analysen benytter en metodikk basert på sjekklisteridentifikasjon av uønskede hendelser og farer knyttet til en slik reduksjon, samt en vurdering av sannsynlighet og konsekvens med sammenstilling i en risikomatrix for de identifiserte hendelsene. Det er også fremmet forslag til avbøtende tiltak. Metoden er ellers presentert som første del i rapporten.

Det ble i analysen pekt på enkelte risiko-områder hvor det ville være nødvendig å gjennomføre risikoreducerende tiltak. For nedbemanning i tjenestene var dette blant annet risiko for ikke å ha tilstrekkelig med sykepleiere, akutt mangel på personell som følge av ferie, fravær og sykdom, samt dårligere arbeidsmiljø. For strukturendringer i tjenestene var to alternativer vurdert. Det ene alternativet medførte flytting av demente, noe som ble vurdert å være en risiko som utløste behov for risikoreducerende tiltak. I tillegg var økonomi med hensyn til utbygging og det at en ville mangle rom i

beredskap, risikoområder som måtte tas hensyn til. For det andre alternativet var det kun risiko knyttet til økonomi i forbindelse med utbygging som krevde risikoreduserende tiltak.

Stillingsbeskrivelser: Kommunen har stillingsbeskrivelser for virksomhetsledere, fagsykepleiere, miljøarbeidere, assistenter og miljøterapeuter. I stillingsbeskrivelsene er blant annet målsettingen for stillingen, ansvar og myndighet og arbeidsoppgavene beskrevet. Som et eksempel tar vi med noen av de arbeidsoppgavene som finnes i stillingsbeskrivelsen for fagsykepleier:

- Jevnlig oppdater virksomhetsleder om den faglige utviklingen og problemstillinger.
- Ansvar for måloppnåelse og resultater i samarbeid med virksomhetsleder.
- Bistå med innspill til kompetansebehov, læring og utvikling og gi veiledning til medarbeidere.
- Fagsykepleier skal sammen med virksomhetens ledelse arbeide for å realisere virksomhetens visjoner, mål, planer og rutiner. Fagsykepleier samarbeider om viktige faglige utfordringer for å maksimere kompetanseutvikling og effektiv internkontroll.
- Legge til rette for at pasienter og eventuelt pårørende deltar i arbeidet. Brukermedvirkning.
- Sørge for at pasienten ivaretas med tanke på vedtak, rettigheter og lovverk.
- Ansvar for å følge opp gjeldende rutiner, opplærings- og behandlingstiltak.
- I henhold til internrevisjon, levere kvalitetsrapporter til virksomhetsleder 2 ganger pr år med gjennomgang av overganger i pasientforløp, vedtak, dokumentasjon av helsehjelp, fallforebygging, samtykkevurdering, tvungen helsehjelp, bruk av tvang og makt, legemidler og ernæringsarbeid og andre områder som kan være gjenstand for evaluering.
- Levere avvik i tråd med retningslinjer og bidra til at øvrige ansatte melder avvik tjenestevei.

5.2.2 Data fra intervjuer

Fra **kommunalsjef for oppvekst og helse/velferd** har vi fått opplyst at kommunen ikke har noen fungerende helse- og omsorgsplan i dag. En slik plan er imidlertid nedfelt i kommunens planstrategi. Arbeidet med ny plan er startet opp og vil forhåpentligvis være klar i løpet av våren. I mangelen av en egen kommunal plan er målsettingen for helse- og omsorgstjenestene først og fremst å holde seg innen gjeldende lovbestemmelser. Økonomiplan og årsbudsjettene legger rammer for økonomien i tjenestene, men virksomhetene legger også vekt på å levere helse- og omsorgstjenester med best mulig kvalitet. Ellers finnes det ulike delplaner eller rapporter som fastsetter mål for tjenesten, som for eksempel «Sluttrapport for Engerdal kommune, november 2020, Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre».

Netpower og årshjul er viktige deler av styringssystemet i tjenestene. Det samme gjelder arkiv og journalsystemet Elements. Dette med hensyn til oppfølging av vedtak og å fange opp sentrale føringer for tjenestene. Det er ikke gjort noen systematisk og overordnet risikovurdering med hensyn til hvordan styringssystemet skal innrettes. Kommunen har en overordnet ROS-analyse, men denne er i stor grad innrettet mot beredskap. Det gjennomføres internkontrollgjennomgang i virksomhetene to ganger i året på risiko-områder. Bakgrunn for valg av områder i disse gjennomgangene er et tilsyn som kommunen hadde i 2019, og internkontrollgjennomgangen er et tiltak for å lukke avvikene fra dette tilsynet. Helse- og omsorgstjenestene bruker ellers felles mal for rutiner/prosedyrer.

Når det gjelder oversikt over og formidling av informasjon om rammevilkårene for tjenestene er Netpower også en kilde for dette. Årsbudsjett- og økonomiplandokumentene legger videre viktige rammebetingelser for tjenestene. Fra budsjettåret 2023 fastsettes også en ramme for antall årsverk som er grunnlag for lønnsbudsjettet i den enkelte virksomhet. Kommunalsjefens ukentlige møter med

virksomhetslederne er en viktig informasjonskanal på ledernivå. Kommunalsjefen deltar også på kvartalsvise fellesmøter med alle ansatte i helse- og omsorgstjenestene. Temaene på disse møtene varierer, men kan gjerne dreie seg om tiltak for å sikre bedre tjenester. Formidling av målsettinger, oppgaver, aktiviteter og organisering foregår i de samme møteforaene når det er aktuelt. Når det gjelder risiko for svikt, så har ikke tjenestene egne rutiner for risikokartlegging og risikovurderinger utover de faste internkontrollgjennomgangene.

Helse- og omsorgstjenestene har god tradisjon på avviksregistrering, og er gode på dette. Det kan likevel være avvik som ikke registreres også i disse tjenestene. Dette er noe en uansett må minne de ansatte på med jevne mellomrom, og virksomhetslederne har løpende fokus på dette. Det tas ut noen rapporter fra avvikssystemet innimellom, men en har ingen fast rutine på å systematisere og gjennomgå alle avvikene. Avvik er imidlertid et tema som tas opp i de ukentlige møtene mellom kommunalsjefen og virksomhetslederne, og det vurderes om det er behov for tiltak. Tema i disse møtene er drift, økonomi, avvik og personal. Kommunalsjefen har også møter med virksomhetslederne i forbindelse med internkontrollgjennomgangene som gjøres hvert halvår.

Nye rutiner/prosedyrer eller utvikling av eksisterende, skjer som følge av at en ser at det er behov for det. For eksempel når det er nye arbeidsoppgaver som skal utføres, eller at en må jobbe på en annen måte. Oppståtte avvik er også årsak til nye eller endrede rutiner/prosedyrer. De rutine/prosedyrene som ligger i Netpower evalueres årlig, og systemet sier fra når det er frist for å gjøre dette. Dette er ingen garanti for at rutineene er oppdatert, og en er selvsagt avhengig av hvor pliktoppfyllende den som har ansvaret for rutinen er. Kommunalsjefen mener de fleste tar innover seg dette ansvaret.

I **intervjuer med virksomhetslederne** har vi fått opplyst at kommunen mangler en fungerende helse- og omsorgsplan, men at en har intensjoner om å få utarbeidet en ny oppdatert plan. De faglige målsettingene er imidlertid klare. Kommunen har en målsetting om å etterleve lov og forskrift og å levere tjenester av god kvalitet. Budsjettet legger videre rammen i forhold til at enheten må drives effektivt/rasjonelt. Målsettingene med hensyn til etterlevelse av lovkrav, god kvalitet i tjenestene og å overholde budsjettammen henger tett sammen. Vi har fått innspill på at det at kommunen mangler en fungerende helse- og omsorgsplan som fastsetter de overordnede og langsiktige målene for tjenestene, gjør det mer krevende å finne argumenter for tiltak som tas inn i budsjettforslagene. Dette blir da som regel å knytte til nye krav og endringer som en vet at vil komme. Manglende kommunale målsettinger vanskeliggjør også kommunikasjonen opp mot de folkevalgte. Alle virksomhetene har meldt inn at det rapporteres i forbindelse med tertialrapporteringer. Denne rapporteringen omfatter i stor grad status i forhold til budsjett, men det kan også redegjøres for status på ulike tiltak som er iverksatt. På kommunalsjefsområdet har en også en økonomigjennomgang og rapportering en gang i måneden. Når det gjelder internkontroll og risikovurderinger rapporteres det også på dette to ganger i året, internt i hver virksomhet og til kommunalsjefen.

Kvalitetssystemet Netpower er sentralt med hensyn til styring av virksomheten. I dette systemet ligger mesteparten av de rutiner/prosedyrer som virksomhetene forholder seg til. Noen rutiner er felles for hele kommunen, noen for helse- og omsorgstjenestene og noen er interne for den enkelte virksomhet. I systemet ligger kommunens delegeringsreglement og prinsippene for tildeling av tjenester. Avvikssystemet ligger også i Netpower, og det finnes en risikovurderingsmodul der. Denne er foreløpig lite brukt, men vi har fått opplyst at en har planer om å ta denne i bruk i større grad.

Når det gjelder lovverk, veiledere og generelle prosedyrer (Helsedirektoratet) har virksomhetene tilgjengelighet til ulike lenker i Netpower eller i form av brukerkonti på ulike nettsteder og apper. Når

det gjelder endringer i regelverk, eksterne veiledere etc. så får kommunen som regel beskjed om dette i form av et rundskriv eller på annen måte. Andre kilder er HF infoserie, Stortingsmeldinger og –proposisjoner. Den enkelte leder har ansvar for å sette i verk nødvendige tiltak for å sikre at endringene tas hensyn til. Rammene og målene for tjenestene er også beskrevet på kommunens hjemmesider, i form av en kort beskrivelse av hva som gjelder for tjenestene, hva kommunen tilbyr av tjenester og kontaktinformasjon. Ellers har virksomhetene egne årshjul som skal bidra til at ulike oppgaver gjennomføres til planlagt tid. Årshjulene beskriver også hvilken ansvars-, oppgave- og myndighetsfordeling som gjelder.

Når det gjelder risikovurderinger gjennomføres det internkontrollgjennomganger to ganger i året. Ved virksomhetsområdene Institusjon og Forebyggende rehabilitering gjøres det et tilfeldig utplukk av 3 brukere som gjennomgås etter egen sjekklister. Viktige sjekkpunkter er dokumentasjon, målsettinger og evalueringer. Ved virksomhetsområde Habilitering/avlastning og legetjenester velges det ut 2-3 områder som skal gjennomgås etter en egen sjekklister. Valg av områder kan for eksempel velges ut fra hyppigheten eller alvorlighetsgraden på avvik. Kontrollene sammenfattes og rapporteres til kommunalsjefen. Det gjennomføres også «journalkikke-kontroller» to ganger årlig i henhold til årshjul, eller oftere ved eksempelvis mistanke/ avvik.

Alle ansatte har tilgang til avvikssystemet i Netpower og opplæring i å bruke systemet, og det regnes også som enkelt å bruke uten for mange feilmeldinger. Det kan være noe variasjon på bruk av systemet rundt i virksomhetene, men virksomhetslederne opplever at det generelt er god kultur for å melde avvik. Avvik skal løses på lavest mulig nivå, og alle som registrerer avvik skal få tilbakemelding på e-post.

Personalmøter er sentrale med hensyn til å ta opp ting som må endres. Denne typen møter avholdes jevnlig, og vanligvis en gang i måneden. Registrerte avvik og resultater fra de halvårige internkontrollgjennomgangene er tema på disse møtene. Tema kan også være endringer i lover og regler, veiledere eller anbefalinger. Både avvik, resultat fra internkontrollgjennomgangene og endringer i regler og anbefalinger kan være grunnlag for å endre eksisterende rutiner, eller å opprette nye. Slike endringer kan også innebære behov for kurs/kompetanseutvikling. Nye/endrede rutiner er også tema på personalmøter. Utvikling av nye rutiner/prosedyrer gjøres ofte i samarbeid med flere enheter i kommunen. Virksomhetslederne og fagsykepleierne er sentrale i dette arbeidet, men virksomhetene kan også benytte andre ansatte til denne typen tiltak. For eksempel de som er i videreutdanning og som kan se på virksomhetens rutiner/prosedyrer med nye øyne, eller ser behovet for nye prosedyrer.

Opgavene i virksomhetene følges opp løpende ved at virksomhetslederne både er ute i avdelingene og er lett tilgjengelige på kontoret. Det rapporteres også ved den enkelte enhet og virksomhet, og ting som må tas tak i kan for eksempel dukke opp gjennom vaktskifterapporter. Personalmøtene har blitt nevnt som en arena for oppfølging. Det samme gjelder møter i tverrfaglig team i helse- og omsorgstjenestene. Ellers er evaluering av pleieplaner oppgitt som en måte å følge opp kvaliteten i tjenestene på. Det samme gjelder delttagelse i brukermøter og evaluering av tiltaksplaner.

Vi har eller fått opplyst at det er lite med klager på helse- og omsorgstjenestene i Engerdal, og at dette kan ha sammenheng med at det ikke er kultur for å klage blant den generasjon av Engerdøler som mottar tjenester fra kommunen i dag. Fra virksomhetsleder for Institusjonstjenestene har vi fått innspill på at kommunen er en liten og oversiktlig organisasjon. Dette kan være en fordel med hensyn til å skaffe oversikt over risiko-områder, men det kan også være en sovepute.

I intervju med de tillitsvalgte har vi fått opplyst at kommunen akkurat har innført trepartssamarbeid i kommunen, det vil si mellom partene arbeidsgiver, verneombud/tillitsvalgte og folkevalgte. Dette er fremdeles i oppstartfasen, og samarbeidet er under utvikling. De tillitsvalgte er ikke involvert i arbeidet med å utvikle styringssystemet i helse og omsorgstjenestene. Det bekreftes at kommunen tidligere hadde en egen helse- og omsorgsplan, men at denne er ikke noe styrende dokument for kommunen i dag. I og med at det ikke finnes noen fungerende plan for tjenestene er det også vanskelig å si noe om hvilke mål en styrer mot, utover de faglige kravene og målsettingen om å levere tjenester med god kvalitet. De tillitsvalgte er heller ikke kjent med at det finnes noe eget system for risikovurderinger i kommunen selv om det ble større fokus på dette i forbindelse med et tilsyn for en tid tilbake. Risikovurderinger kan gjøres i forbindelse med budsjettforberedelsene og i forhold til enkeltpasienter/brukere.

Den viktigste kanalen for informasjon til de ansatte er personalmøtene som avholdes ca. en gang i måneden. Fra Fagforbundet har vi fått innspill på at møter i forbindelse med vaktskifter også er en viktig kanal for informasjon. Det er å anta at de tillitsvalgte får mer informasjon enn de øvrige ansatte. For eksempel om endringer i lov og forskrift og andre mer overordnede ting som har betydning for helse- og omsorgstjenestene å gjøre. Det er heller ikke alle som har mulighet til å delta på personalmøtene. Det skrives referater, men det er likevel ikke sikkert at alle får med seg det som skjer. Initiativet til å skaffe seg informasjon vil variere fra person til person.

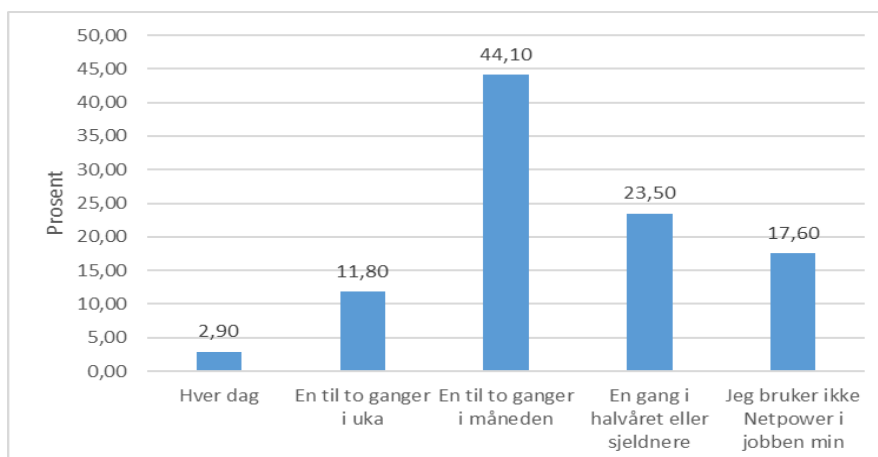
Avvik registreres i Netpower. De fleste melder avvik når slike oppstår, og systemet fungerer i utgangspunktet godt. Det antas at sykepleierne i større grad melder inn avvik enn helsefagarbeidere og assistenter. Det er nærmeste leder som får avvikene til behandling og alle får tilbakemelding på de avvikene som meldes inn. Avvik tas også opp på personalmøter. Argumentet for ikke å melde avvik kan være at de som har meldt inn avviket ikke ser at det blir tatt tak i. Det er da viktig å være klar over at det ikke er alle forhold i tilknytning til et avvik som kan meldes tilbake til den som har meldt inn et avvik.

Fra tillitsvalgt i fagforbundet har vi fått tilbakemelding på at Netpower sannsynligvis ikke brukes så mye av helsefagarbeiderne i virksomheten. Det er ingen som har fått annen opplæring i dette systemet enn det som formidles mellom de ansatte. Det finnes heller ikke så mye informasjon i dette systemet som helsefagarbeiderne har nytte av, og kommunen har for få PCer som fungerer godt med hensyn til Netpower. Tilbakemeldingen er at det oppleves som vanskelig for mange å få til å bruke Netpower og å sette seg inn i hvordan det brukes. Dersom helsefagarbeiderne har behov for en rutine eller prosedyre kan det derfor godt være at de får den skrevet ut på papir. Tillitsvalgt fra sykepleierforbundet har opplyst at Netpower benyttes aktivt av sykepleierne med hensyn til rutiner og prosedyrer.

Vi har ellers fått opplyst at kommunen har tatt tak i ansvars-, oppgave- og myndighetsfordeling i tjenestene etter at kommunen hadde tilsyn for noen år tilbake (2017). Tilsynet gikk mye på styring og ledelse av tjenestene, og fokus var på medikamenthåndtering og ernæring. Ellers er delegeringsreglementet og stillingsbeskrivelser nevnt som kilder for å sikre oversikt. Fra tillitsvalgt i Fagforbundet er det presisert at kommunen har mange ansatte med lang erfaring, slik at de fleste har god oversikt over egne oppgaver og de vet også hvilke oppgaver andre har. De er også selvdrevne, noe som forenkler drift av tjenestene.

5.2.3 Data fra spørreundersøkelsen

Netpower er et sentralt system i tilknytning til styring og drift av helse og omsorgstjenestene. I spørreundersøkelsen har vi derfor kartlagt bruken av dette systemet. Det er spurt om hvor ofte de ansatte benytter systemet. Resultatet kan oppsummeres som følger:



De fleste oppgir å benytte Netpower en til to ganger i måneden, eller sjeldnere. Det er også en ganske stor del som oppgir å ikke benytte Netpower i jobben sin (17,6 %). Det er noe forskjell mellom virksomhetene. Forebyggende rehabilitering er den enheten som har størst andel ansatte som bruker Netpower, og som bruker Netpower ofte. Der det er minst andel som benytter systemet er i virksomhetsområdet Habilitering, avlastning og legetjenester. Respondentene er videre spurt om å beskrive hva de benytter Netpower til. Det som går igjen i svarene her er at systemet benyttes til å:

- Skrive avvik
- Finne prosedyrer og rutiner, og å ajourholde disse

Respondentene har også blitt bedt om å ta stilling til en påstand om at de i Netpower finner det de har bruk for av rutiner/prosedyrer i jobben sin. Svarene er gradert i en skala fra 1-5 der 1 er helt uenig og 5 er helt enig. Gjennomsnittssvaret ligger på 3,9, altså noe over midtverdien på skalaen (3). Det er noe variasjon mellom virksomhetene. For Forebyggende rehabilitering ligger gjennomsnittet på 4,1, for Habilitering, avlastning og legetjenester 4,2, og for Institusjonstjenestene ligger gjennomsnittssvaret på 3,5.

Vi har også presentert ulike påstander om avviksregistreringen i kommunen som respondentene skulle ta stilling til (på en poengskala fra 1 til 5, der 1 er fullstendig uenig mens 5 er helt enig). Resultatet kan oppsummeres som følger:

Hvor enig/uenig er du i følgende påstander (poengskala fra 1-5)	Poeng
Det er enkelt å forstå hvilke forhold som skal meldes inn som avvik i kvalitetssystemet	3,8
Jeg er flink til å melde inn avvik i kvalitetssystemet	3,2
Jeg opplever at innmeldte avvik blir behandlet og fulgt opp på en tilfredsstillende måte.	3,5
Mine kolleger er flinke til å melde inn oppståtte avvik i kvalitetssystemet.	3,2

Gjennomsnittet for de fleste påstandene ligger over midtverdien på skalaen (3), og flertallet er således mer enig enn uenig i påstandene. Det respondentene i snitt er mest enig i er at det er enkelt å forstå

hvilke forhold som skal meldes inn som avvik (3,8 poeng). Det de er minst enig i er at de selv og deres kolleger er flinke til å melde inn avvik (3,2 poeng). Prosentmessig fordeler svarene seg slik:

Hvor enig/uenig er du i følgende påstander (poengskala fra 1-5)	1	2	3	4	5	Vet ikke
Det er enkelt å forstå hvilke forhold som skal meldes inn som avvik i kvalitetssystemet	0%	8,8%	20,6%	35,3%	23,5%	11,8%
Jeg er flink til å melde inn avvik i kvalitetssystemet	17,6%	11,8%	14,7%	29,4%	17,6%	8,8%
Jeg opplever at innmeldte avvik blir behandlet og fulgt opp på en tilfredsstillende måte.	0%	8,8%	32,4%	26,5%	11,8%	20,6%
Mine kolleger er flinke til å melde inn oppståtte avvik i kvalitetssystemet.	11,8%	11,8%	23,5%	29,4%	11,8%	11,8%

Vi har også presentert ulike påstander som er rettet mer generelt mot styring og drift av helse- og omsorgstjenestene i kommunen som respondentene skulle ta stilling til (på en poengskala fra 1 til 5, der 1 er fullstendig uenig mens 5 er helt enig). Resultatene kan oppsummeres som følger:

Hvor enig/uenig er du i følgende påstander (poengskala fra 1-5)	Poeng
Jeg har tilgang til regelverk, og reglementer som jeg har behov for i jobben min.	4,1
Jeg har tilgang til faglige anbefalinger og veiledere som jeg har behov for i jobben min.	4,0
Jeg får informasjon om endringer i helse- og omsorgslovgivningen, reglementer og faglige anbefalinger som har betydning for mine arbeidsoppgaver.	3,6
Oppgavefordelingen er klart definert ved min arbeidsplass.	3,6
Kommunen har klare målsettinger for helse- og omsorgstjenestene.	3,5
Hvem som har ansvar og myndighet på hvilke områder er klart definert ved min arbeidsplass.	4,0
Ved min arbeidsplass har vi kartlagt områder hvor det er risiko for avvik.	3,3
Min leder følger opp at arbeidsoppgavene ved arbeidsplassen gjennomføres som planlagt.	3,3

Gjennomsnittet for de fleste påstandene ligger over midtverdien på skalaen (3), og flertallet er således mer enig enn uenig i påstandene. Det respondentene i snitt er mest enig i er at de har tilgang til regelverk og reglementer som de har behov for i jobben sin (4,1 poeng). Det de er minst enig i er at det ved deres arbeidsplass er kartlagt områder hvor det er risiko for avvik (3,3 poeng), og at deres leder følger opp at arbeidsoppgavene ved arbeidsplassen gjennomføres som planlagt (3,3 poeng). Prosentmessig fordeler svarene seg slik:

Hvor enig/uenig er du i følgende påstander (poengskala fra 1-5)	1	2	3	4	5	Vet ikke
Jeg har tilgang til regelverk, og reglementer som jeg har behov for i jobben min.	2,9	0	8,8	44,1	26,5	17,6

Jeg har tilgang til faglige anbefalinger og veiledere som jeg har behov for i jobben min.	5,9	2,9	11,8	23,5	35,3	20,6
Jeg får informasjon om endringer i helse- og omsorgslovgivningen, reglementer og faglige anbefalinger som har betydning for mine arbeidsoppgaver.	2,9	11,8	14,7	20,6	20,6	29,4
Oppgavefordelingen er klart definert ved min arbeidsplass.	2,9	14,7	20,6	20,6	26,5	14,7
Kommunen har klare målsettinger for helse- og omsorgstjenestene.	5,9	2,9	32,4	17,6	17,6	23,5
Hvem som har ansvar og myndighet på hvilke områder er klart definert ved min arbeidsplass.	0	5,9	23,5	23,5	32,4	14,7
Ved min arbeidsplass har vi kartlagt områder hvor det er risiko for avvik.	2,9	14,7	26,5	17,6	11,8	26,5
Min leder følger opp at arbeidsoppgavene ved arbeidsplassen gjennomføres som planlagt.	8,8	8,8	26,5	32,4	8,8	14,7

Den enkelte respondent har også blitt oppfordret til å komme med forslag til hvordan kvalitetssystemet i helse- og omsorgstjenestene kan forbedres. Her er det mottatt 5 svar. Forslagene er klare på at det er behov for mer opplæring. Det er også kommet forslag om å sikre at relevante prosedyrer ligger i systemet, og at en bør ha på plass en ansvarlig for systemet.

5.3 Revisors vurdering

5.3.1 Overordnet vurderinger og tilpasning av styringssystemet

Det finnes ingen samlet beskrivelse av internkontroll-/styringssystemet i helse- og omsorgstjenestene. Netpower og de dokumentene som er innlagt i dette systemet er viktige verktøy med hensyn til internkontroll og styring. Vi mener kommunen med fordel kunne dokumentere internkontroll-/styringssystemet med en beskrivelse av hvordan det er oppbygd og hvordan det er tenkt å fungere. En slik beskrivelse er også viktig med hensyn til å tydeliggjøre hvilke krav kommunens ledelse stiller til internkontroll/styring og å få integrert systemet i virksomhetene.

Når det gjelder en overordnet/generell vurdering av risiko for at helse- og omsorgstjenestene ikke når sine målsettinger, finnes det ikke etter hva vi kan se noen samlet vurdering for helse- og omsorgstjenestene. I gjennomførte intervjuer har vi fått inntrykk av at etterlevelse av lovkrav, effektiv drift og god kvalitet i tjenestene er de viktigste målene tjenestene styrer mot. Ellers registrer vi at kommunens helse og omsorgsplan ikke legges til grunn for styring av tjenestene fordi den er utdatert. Dette medfører slik vi ser det, at helse- og omsorgstjenestene i mindre grad styres etter politiske mål.

Når det gjelder effektiv drift vil risiko, eller utfordringer, i noen grad være omtalt i økonomiplaner og budsjett. Med hensyn til etterlevelse av lov og god kvalitet i tjenestene er det de siste årene gjennomført stikkprøver på bestemte områder i forbindelse med intern gjennomgang av internkontroll. Vi legger til grunn at valgte områder er basert på risiko for at det skal oppstå feil/uønskede hendelser. Vi mener likevel at risikovurderingene, og dermed valg av områder som skal kontrolleres, bør være planmessige og gjenstand for jevnlig vurdering og at det nå er på tide å evaluere valgte risiko-områder på nytt.

Ettersom det ikke finnes noen samlet og dokumentert analyse av overordnet risiko er det også vanskelig å vurdere om internkontroll-/styringssystemet er utformet for å møte de risikoforholdene det bør tas høyde for. Vi kan heller ikke se at kommunen har noen plan for å evaluere internkontroll-/styringssystemet.

Ut fra dette mener vi at revisjonskriterie 1 ikke er etterlevd.

- Det må være gjort en konkret analyse og vurdering av sannsynligheten for at regelverk og målsettinger innen helse- og omsorgstjenestene ikke følges, og styringssystemet må utformes og dokumenteres med bakgrunn i vurderingen.

5.3.2 Struktur, maler og standarder for internkontrollarbeid

Det er her lagt til grunn at helse- og omsorgstjenestene, som minimum, må ha felles struktur og maler for:

- Rutiner, prosedyrer og retningslinjer
- Risikokartlegging og risikovurderinger
- Dokumentasjon av internkontrolltiltak
- Felles frekvens og form på rapportering

Ut fra hva vi kan se har helse- og omsorgstjenestene felles struktur og maler for rutinebeskrivelser og prosedyrer i Netpower. I Netpower kan det også, etter hva vi har fått opplyst, legges inn lenker til lovverk og nasjonale retningslinjer, prosedyrer anbefalinger etc. Alt er likevel ikke samlet i Netpower og virksomhetene har opprettet brukerkonti på ulike nettsteder og apper for å ha tilgang til oppdatert informasjon. Rutiner og prosedyrer kan også skrives ut på papir. Det vil være en fordel å samle så mye som mulig i Netpower.

Når det gjelder risikokartlegging og risikovurderinger har vi fått opplyst at Netpower har en egen risikovurderingsmodul, og at det er planer om å ta denne i bruk. Ellers har ikke helse- og omsorgstjenestene noen dokumentert struktur eller maler for risikovurderinger. Det er gjennomført ROS-analyser i tjenestene i forbindelse med omlegging og nedbemanning i tjenestene for en tid tilbake, og det kan eventuelt gå an å ta utgangspunkt i disse for å utvikle et system for risikokartlegging og risikovurderinger.

Det som gjøres av kontroller opp mot internkontrolltiltak dokumenteres jevnt over godt i deler av helse- og omsorgstjenestene ved at alle sjekkpunkter i kontrollen markeres med ja eller nei for hver enkelt bruker/pasient som kontrolleres. Hvordan virksomhetsområdene gjør dette varierer imidlertid noe. Vi kan imidlertid fastslå at det rapporteres etter en felles mal. Når det gjelder frekvens for rapportering er denne planmessig, selv om de ulike virksomhetsområdene rapporterer på noe ulike tidspunkter.

Vi mener kommunen kan forbedre seg ved å utvikle et system for risikokartlegging og risikovurderinger, og at revisjonskriterie 2 derfor bare er delvis etterlevd.

- Kommunen bør ha felles struktur, maler og standarder for internkontrollarbeid/kvalitetsarbeid.

5.3.3 Oversikt over rammevilkårene for tjenestene


Vi har fått opplyst at både Netpower, ulike nettsider og apper benyttes for å holde virksomhetsområdene oppdaterte med hensyn til lover, veiledere, anbefalinger, felles nasjonale prosedyrer etc. Endringer og pålegg som kommunen må forholde seg til får en som regel beskjed om,

og virksomhetslederne og fagsykepleier har et spesielt ansvar med hensyn til å holde kommunen oppdatert, jfr. deres stillingsbeskrivelser. Det er vårt inntrykk at dette blir tilstrekkelig godt ivaretatt i tjenestene.

Når det gjelder annen relevant informasjon som styringssystemet bør bidra med i planleggingen av tjenestene, så anser vi at avvikssystemet bidrar til relevant informasjon. Det holdes også god oversikt over økonomien i tjenestene. Demografi og tjenestebehov er noe berørt i de overordnede planleggingsdokumentene i kommunen, og i forbindelse med ulike utredninger som statusrapporten i tilknytning til «Leve hele livet», ROS-analyse for Engerdal helse- og omsorgssenter og omstillingsprosjektet i 2019. Her hadde det etter vår mening vært en fordel med en egen helse og omsorgsplan, som i større grad kunne knyttet demografi og tjenestebehov tettere til helse- og omsorgstjenestene og sikret en mer samlet og langsiktig planlegging for akkurat disse tjenestene. Kommunen har etter hva vi kan se lite rapportering på tjenestedata, det ser heller ikke ut som at nasjonal statistikk og kvalitetsindikatorer har veldig mye fokus. Brukerundersøkelser er gjennomført, men dette er noe tid tilbake. Ut fra dette mener vi at kommunen har et potensiale med hensyn til å skaffe tilveie god styringsinformasjon til styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene stiller krav til at det skal være planlagt hvordan relevant regelverk, retningslinjer og veiledere skal gjøres kjent i virksomheten. Vi kjenner ikke til at kommunen har noen spesielle plan med hensyn til hvordan dette skal gjøres, bortsett fra at nytilsatte, i henhold til egen rutine, skal få innføring i blant annet Netpower og rutiner/prosedyrer de vil ha bruk for i arbeidet sitt. Endringer tas imidlertid opp i personalmøter, og vi anser at helse- og omsorgstjenestene har en tilstrekkelig god kanal for bekjentgjøring av regler, retningslinjer og veiledere i disse møtene.

Ut fra at kommunen har potensiale for å skaffe mer relevant informasjon til styringssystemet mener vi at revisjonskriterie 3 bare delvis er etterlevd.

 Styringssystemet må bidra til å skaffe oversikt over de rammevilkårene som til enhver tid gjelder for virksomheten, det må skaffes tilveie tilstrekkelig informasjon og kunnskap som kan benyttes til planlegging av en forsvarlig tjeneste, og det må planlegges hvordan denne informasjonen skal gjøres kjent i virksomheten.

5.3.4 Oversikt over mål, oppgavefordeling og system for kvalitetsforbedring

Det finnes etter vår vurdering få dokumenterte målsettinger for kommunens helse- og omsorgstjenester. Revisjonen legger til grunn at kommunen har som mål å følge gjeldende lovverk for tjenestene. At tjenestene skal drives effektivt/rasjonelt kan knyttes til økonomiplaner, årsbudsjett og rapportering i denne forbindelse. Målsettingen om at tjenestene skal leveres med god kvalitet er i liten grad dokumentert, og informasjonen om målsettingene har vi hovedsakelig fått opplyst fra de ansatte i virksomhetene gjennom intervjuer. Målsettingene som gjelder kvalitet er heller ikke målbare og/eller tidsbestemte, slik gode målsettinger bør være dersom det skal rapporteres på dem.

I spørreundersøkelsen har de ansatte gitt svar på en påstand om at kommunen har klare målsettinger for helse- og omsorgstjenestene. Gjennomsnittet gir en score på 3,5 (på en skala der 1 er helt uenig og 5 er helt enig). De fleste er altså noe over middels enige i dette. Vi merker oss videre at det er 23,5 % som har svart «vet ikke» på dette spørsmålet. Dette indikerer at deler av virksomhetens ansatte ikke har oversikt over målsettingene for tjenestene.

Det er vår vurdering at styringssystemet i liten grad gir noen oversikt over, og beskriver fastsatte mål for tjenestene. Det samme gjelder også beskrivelser av oppgaver, aktiviteter og organisering. Dette vil delvis fremgå av kommunens hjemmesider, men vi har ikke fått inntrykk av at hjemmesidene er en del av kommunens styringssystem. Vi mener kommunen bør utarbeide en samlet beskrivelse av helse- og omsorgstjenestenes målsettinger, oppgaver, aktiviteter og organisering, til bruk i tjenestenes styringssystem.

Når det gjelder ansvars-, oppgave- og myndighetsfordeling har vi fått opplyst at delegeringsreglementet ligger i Netpower. Ansvar- og oppgavefordeling er videre nedfelt i de stillingsbeskrivelsene vi har sett og i ulike rutinebeskrivelser som ligger i Netpower.

I spørreundersøkelsen til de ansatte går det frem at det er enkelte ansatte (17,6 %) som ikke bruker Netpower. På en påstand om at oppgavefordelingen er klart definert på arbeidsplassen, er gjennomsnittsscore på 3,6 (på en skala der 1 er helt uenig og 5 er helt enig). På påstanden om hvorvidt det er klart definert hvem ved arbeidsplassen som har ansvar og myndighet på hvilke områder, er gjennomsnittlig score på 4. For begge disse påstandene er det 14,7 % som har svart «vet ikke». Ut fra dette mener vi for det første, at kommunen kan ha noe å gå på når det gjelder å få de ansatte til å benytte Netpower, som vi mener bør være en viktig kanal for styringsinformasjon til de ansatte. For det andre kan det være behov for å tydeliggjøre oppgavefordelingen i tjenestene.

Det gjennomføres kontroll med internkontrollen i virksomhetene en gang i halvåret, det registreres avvik og det vurderes forbedringstiltak i forhold til de avvikene som avdekkes i denne forbindelse. Vi kan imidlertid ikke se at en har noen samlet oversikt over eller beskrivelse av hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring. Som vi var inne på under kriteriepunkt 2 mangler tjenestene et system for risikovurderinger. Under kriteriepunkt 3 var vi inne på at en bør sørge for et bredere tilfang av god styringsinformasjon til styringssystemet. Risikovurderinger og tilstrekkelig med styringsinformasjon er viktig sett opp mot et system for kvalitetsforbedring. Styringsinformasjon kan beskrive seg fra for eksempel testing av internkontrollen, avvikshåndtering, brukerinns spill, innspill fra virksomhetens medarbeidere, oppfølging av kvalitetssystemet/styringssystemet etc.

Vi mener at revisjonskriterie 4 er delvis etterlevd.

 I forbindelse med planlegging av virksomheten må styringssystemet sikre oversikt over:

- Og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering.
- Ansvars-, oppgave- og myndighetsfordeling.
- Hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring.

5.3.5 Oversikt over risikoområder, avvik og behov for kompetanse

Helse og omsorgstjenestene har ikke rutiner for planmessige og systematiske risikovurderinger, og etter vår vurdering gjennomføres det heller ikke slike vurderinger. Virksomhetene samler en del informasjon som kan være et grunnlag for risikovurderinger. Eksempler på dette er oversikt over avvik fra avvikssystemet og avvik i forbindelse med internkontrollgjennomgangene. Vi har tidligere vært inne på at tjenestene bør vurderes på et noe bredere grunnlag ned hensyn til risiko. I tillegg bør dette gjøres planmessig, og for at hele organisasjonen skal dra i samme retning bør vurderingene og resultatene dokumenteres. I spørreundersøkelsen har de ansatte tatt stilling til en påstand om at det er kartlagt områder hvor det er risiko for avvik ved deres arbeidsplassen. Gjennomsnittssvaret ga en score på 3,3 (på en skala der 1 er helt uenig og 5 er helt enig). Vi merker oss at det er hele 26,5 % som har svart

«vet ikke» her, og dette tyder på at dette med risikovurderinger ikke har så stort fokus som en kunne ønske. De ansatte i virksomheten bør være involvert i et system for risikovurderinger. Vi mener at innføring av systematiske risikovurderinger kan bidra til en mer rasjonell internkontroll, som gir økt trygghet med hensyn til å sikre forsvarlige tjenester. Hensikten med å gjennomføre risikovurderinger er å sikre at det iverksettes internkontrolltiltak der det er størst behov.


Det gjøres kartlegginger av de ansattes kompetanse og behov for opplæring. Dette har skjedd mer generelt for hele helse- og omsorgstjenestene i forbindelse med utarbeidelse av strategisk kompetanseplan. Det gis videre årlige innspill med hensyn til kompetansebehov i tjenestene, for den enkelte. Kompetansebehov og ønsker er også tema i medarbeidersamtaler. Ut fra dette mener vi at tjenestene har tilstrekkelig oversikt over de ansattes kompetanse.

Alle ansatte har tilgang til avvikssystemet i Netpower. I intervjuer har vi fått tilbakemelding om at systemet synes å fungere godt, og at det er kultur for å melde avvik i tjenestene.

I spørreundersøkelsen har de ansatte gitt svar på ulike påstander vedrørende avvik og avvikssystemet. Påstanden om at det er enkelt å forstå hvilke forhold som skal meldes inn som avvik i kvalitetssystemet har fått en gjennomsnittlig score på 3,8, som må regnes som ganske bra. Resultatet er noe dårligere for påstanden om at den enkelte er flink til å melde avvik og at kollegene er flinke til å melde avvik. Begge disse har en gjennomsnittlig score på 3,2. Det er nærmere 30 % som er uenige eller helt uenige i at de er flinke til å melde avvik, og noen færre, 23,6 %, som er uenige eller helt uenige i at kollegaene er flinke til å melde avvik. Ut ifra dette mener vi at det er sannsynlig at det ikke alle avvik blir meldt slik de skal.

Påstanden om at en opplever at innmeldte avvik blir behandlet og fulgt opp på en tilfredsstillende måte har en gjennomsnittlig score på 3,5. De fleste har her svart at de hverken er enige eller uenige. Det er også 20,6 % som har svart «vet ikke». Om realiteten er at avvikene ikke blir fulgt opp, eller at de som har meldt inn avvik ikke får nok informasjon om hvordan avviket er fulgt opp, har vi ikke noe godt svar på. At de som melder inn avvik opplever at avvikene blir tatt tak i er i alle fall en viktig forutsetning for at den enkelte fortsetter å melde avvik. Vi mener at lederne i tjenestene bør vurdere om det er mulig å være enda mer tydelige i tilbakemeldinger og behandling av innmeldte avvik. Det er vårt inntrykk at innmeldte avvik benyttes til å bedre kvaliteten i tjenestene. Blant annet ved at avvik er jevnlig oppe som tema i personalmøter etc.

Vi mener at revisjonskriterie 5 er delvis etterlevd.

 Styringssystemet må sikre at helse- og omsorgstjenestene har oversikt over:

- Områder hvor det er risiko for svikt, og det må planlegges hvordan en reduserer risiko.
- Medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring.
- Avvik.

5.3.6 Styringssystemet og oppfølging av daglig drift

Informasjon om rammevilkårene for tjenestene finnes i noen grad i Netpower, men den viktigste kanalen for å bekjentgjøre endringer i rammevilkårene og presentere planer for videreutvikling og forbedring, er etter vår vurdering ledermøter og personalmøter. I spørreundersøkelsen har de ansatte gitt svar på ulike påstander vedrørende tilgang til informasjon i jobbsammenheng. For påstanden om at en har tilgang til regelverk og reglementer som en har behov for i jobben sin, er gjennomsnittlig score på 4,1 (på skala fra 1 helt uenig til 5 helt enig). For påstanden om at en har tilgang til faglige

anbefalinger og veiledere som en har behov for i jobben sin er gjennomsnittlig score på 4. Det må legges til at det er en ganske stor andel som har svart «vet ikke» på disse påstandene. Henholdsvis 17,6 % og 20,6 %.

For påstanden om at en får informasjon om endringer i helse- og omsorgslovgivningen, reglementer og faglige anbefalinger som har betydning for arbeidsoppgavene er gjennomsnittlig score lavere, og ligger på 3,6. Her er det også hele 29,4 % som har svart «vet ikke». Som vi tidligere har vært inne på er det en ganske stor andel ansatte som ikke bruker Netpower. Dette tyder på at kommunen bør legge større vekt på informasjon til de ansatte, sikre enklere tilgang til informasjon og å gi opplæring i det styringssystemet som skal benyttes. Informasjon kan gis muntlig i møter. For endringer i rammevilkårene vil dette ofte være mest hensiktsmessig. Noe informasjon bør likevel være skriftlig og vi mener det er grunn til å vurdere hva som skal være tilgjengelig av informasjon i Netpower for de ansatte, og hvordan en kan sikre at alle ansatte kan bruke Netpower til å skaffe seg nødvendig informasjon. Utover dette mener vi at tjenestene blir fulgt opp med hensyn til opplæringstiltak slik at det sikres tilstrekkelig kunnskap og kompetanse blant de ansatte.


Vi har fått opplyst at ledelsen følger opp at oppgavene gjennomføres som planlagt, ved å være tilstede og tilgjengelige ute i avdelingene. Gjennomføring av oppgavene rapporteres også internt i forbindelse med alt fra vaktskifterapporter til personal- og ledermøter.

I spørreundersøkelsen har de ansatte tatt stilling til en påstand om at deres leder på arbeidsplassen følger opp at arbeidsoppgavene gjennomføres som planlagt. Gjennomsnittscore for denne påstanden er 3,3. Det er 14,7 % som har svart «vet ikke» på denne påstanden. Vi mener ikke at det nødvendigvis skal være slik at de ansatte skal ha oversikt over at deres ledere følger opp at arbeidsoppgavene gjennomføres. Svarene i spørreundersøkelsen kan likevel være et signal om at lederne trenger å være enda mer tilstede, og enda mer tydelige med hensyn til oppfølging av oppgavene.

Det er ikke nedfelt skriftlige rutiner for utvikling og iverksetting av nye rutiner/internkontrolltiltak eller distribusjon av informasjon. Når det gjelder utvikling og iverksetting av rutiner skjer dette etter vår vurdering på ca. samme måte hver gang. Vi har tidligere omtalt at det ikke gjennomføres planmessige og systematiske risikovurderinger i tjenestene, og at innføring av systematiske risikovurderinger kan bidra til en mer rasjonell internkontroll, og økt trygghet for at tjenestene er forsvarlig. Systematiske risikovurderinger skal bidra til at de riktige internkontrolltiltakene iverksettes, på de områdene hvor det er behov for det.

Vi mener at tjenestene i tilstrekkelig grad har lagt til rette for medvirkning fra tjenestenes medarbeidere. Når det gjelder innhenting av erfaringer fra bruker/pasient og pårørende har tjenestene en del på plass, men vi mener at det er rom for forbedringer når det gjelder dette. Bruk av erfaringer fra ansatte og brukere/pasienter og pårørende kommer vi nærmere inn på under problemstilling 3.

Vi mener at revisjonskriterie 6 er delvis etterlevd.

 I den daglige drift må styringssystemet sikre at:

- Oppgaver, organisering og planer er kjent i organisasjonen og gjennomføres.
- Det finnes tilstrekkelig kunnskap og kompetanse blant de ansatte.
- Det utvikles og iverksettes nødvendige internkontrolltiltak.
- Medarbeiderne medvirker.
- Brukerne medvirker.

6 Problemstilling 2 – Kompetanse- og kompetanseutvikling

Arbeider Engerdal kommune systematisk for å sikre nødvendig kompetanse innen helse- og omsorgstjenestene?

6.1 Revisjonskriterier for problemstilling 2

Følgende er en tabell med de kriterier vi har benyttet for å besvare problemstillingen og våre vurderinger av disse. Kriteriene er gjengitt i kortform. For en full utledning av revisjonskriteriene, se [vedlegg A](#). Tabellen er interaktiv og leseren kan gå rett til den enkelte vurdering ved å trykke på det enkelte kriteriet. Vurderingene er knyttet til de data som er samlet inn og som blir gjengitt i kapitlene nedenfor. Vi gjør derfor leseren oppmerksom på at vurderingene må sees opp imot de innhentede data i prosjektet.

- [Kriterie 7](#) Kommunen må jobbe aktivt for å rekruttere og beholde kompetanse som kommunen har behov for.
- [Kriterie 8](#) Kommunen sikrer at nytilsatte har nødvendig kunnskap og kompetanse innen sitt fagområde og at de får innføring i kommunes styringssystem.
- [Kriterie 9](#) Kommunen skal motivere til kompetanseutvikling og legge til rette for arbeidsplassbasert opplæring.
- [Kriterie 10](#) Helse- og omsorgstjenestene har et system som sikrer at endringer i rammevilkårene, og dermed behovet for kunnskap og kompetanse for tjenestene, fanges opp og implementere
- [Kriterie 11](#) Helse- og omsorgstjenestene må ha kartlagt de ansattes kompetanse og analysert kompetansebehovet.
- [Kriterie 12](#) Virksomhetslederne må følge opp kommunens kompetanseplan ved å melde inn kompetansebehov, legge til rette for kompetanseutvikling med de virkemidler som de har til rådighet og evaluere tiltakene som er gjennomført i egen virksomhet.
- [Kriterie 13](#) Alle medarbeidere må få tilstrekkelig opplæring og etterutdanning slik at de kan yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Dette inkludert opplæring i forbedringsarbeid.
- [Kriterie 14](#) Helse- og omsorgstjenestene må ha rutiner for systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og at informasjon og kunnskap fra helse- og omsorgstjenestenes styringssystem systematiseres og benyttes til opplæring og kvalitetsutvikling i tjenestene.

6.2 Innhentet data

Rapport sykepleierorganisering 2022: Bakgrunnen for dette arbeidet har vært at det var ønskelig å knytte enkelte oppgaver opp mot de forskjellige fagene, slik at sykepleierne kan fokusere på sykepleieroppgaver. Fastsatt målsetting for arbeidet var å legge til rette for en bedre utnyttelse av den sykepleierkompetansen som finnes i kommunen. Dette var i noen grad økonomisk motivert, men det var også en målsetting å gi et løft i arbeidshverdagen for helsefagarbeidere og assistenter. Dette ved å gi de økt innflytelse i arbeidshverdagen, samtidig som sykepleierne skulle gis mulighet til å jobbe mer rettet mot sykepleieroppgaver. Rapporten omtaler ellers de føringer og rammefaktorer som

arbeidsgruppa har fått fra formannskapet. Den gir videre en oversikt over fremdriftsplan og tema i arbeidsgruppemøtene. De temaene som er behandlet er:

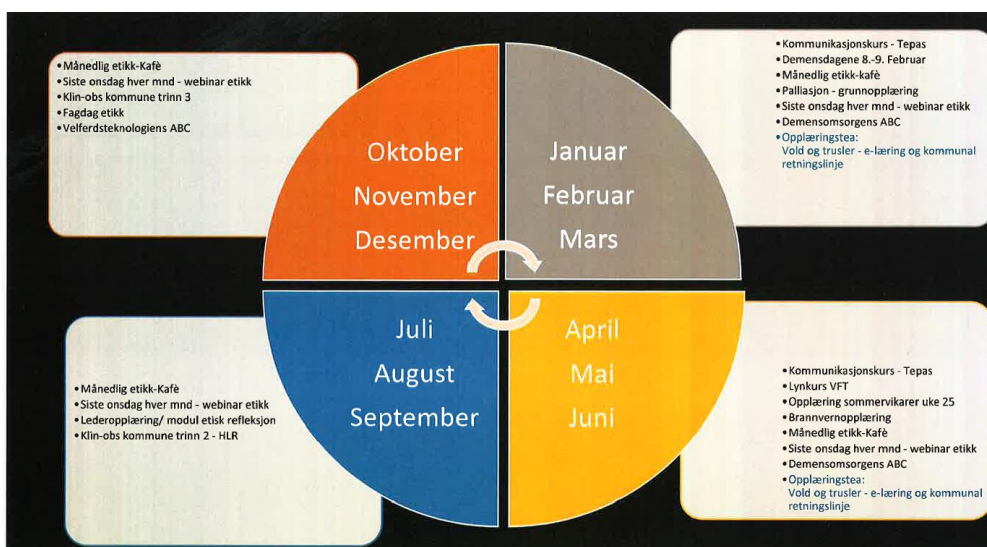
- Årsverk, kompetanse og demografi
- Arbeidsoppgaver og fordeling
- Arbeidstidsordninger
- Tiltak, ROS-analyser og økonomi

Konklusjonen med hensyn til arbeidstid er å ta i bruk årsturnus i stedet for den vanlige 6-ukers turnusen. Rapporten anbefaler ellers å organisere sykepleierressursen med «sykepleier på topp». Dette innebærer at sykepleierne tas ut av ordinært stell, og kun utfører sykepleieroppgaver. Det heter i rapporten at de kommunene som har innført denne ordningen erfarer at det er enklere å få hjelp av sykepleierne på tvers av avdelinger. De erfarer også at sykepleierne får gjort sykepleieroppgaver til en mer riktig tid og på riktig sted for pasientene, i stedet for å finne en luke i den daglige driften i den avdelingen en er ansatt. Konklusjonen med hensyn til økonomi er at det vil være behov for en økning på 4 årsverk sykepleierkompetanse.

I Netpower: Her finnes en egen sjekklister over hva som skal gjennomgå med alle nytilsatte og omfatter alt fra å informere om organisasjonen, rolleavklaring, arbeidstid etc. til sikkerhetsrutiner på IT-utstyr og brannvern. Det legges opp til oppfølgingsamtaler etter 2 og 5 måneder. Kommunalsjefsområdet helse- og velferd har videre egen sjekklister med blant annet avkrysning av ulike prosedyrer som den nytilsatte skal ha gjennomgått og generell informasjon om arbeidsplassen. Sjekklister signeres av ansatt og den som har hatt ansvaret for opplæringen

Årshjul for de ulike virksomhetene har oppfølgingspunkter som gjelder E-læringsprogram vurdering/evaluering, oppfølging av kompetanseplan og oppfølging av tildelte kompetansemidler. Det er også angitt tidspunkt for opplæring av sommervikarer og gjennomføring av medarbeidersamtaler.

Årshjul for opplæring: Virksomhetsområdene Institusjon og Forebyggende rehabilitering har også et eget årshjul for opplæring, med en kvartalsvis oversikt over kurs og opplæringstiltak. For 2022 så dette årshjulet slik ut:



6.2.1 Data fra intervjuer

Fra **kommunalsjef for oppvekst og helse/velferd** har vi fått opplyst at de lokale lønnsoppgjørene har hatt betydning med hensyn til det å beholde kompetanse. Det er gjort en god del de siste årene med hensyn til å sikre hensiktsmessig avstand i avlønning mellom de ulike funksjonene i tjenestene, samtidig som en har forsøkt å utjevne forskjeller på de som er ansatt i samme funksjon, for eksempel sykepleiere. Tiltakene i strategisk kompetanseplan benyttes og oppleves som funksjonelle. Det er også viktig å gjøre kommunen attraktiv slik at en ikke bare beholder kompetanse, men også får fylt på med kompetanse.

I 2022 ble det utarbeidet en rapport som omhandler fremtidig bruk av sykepleieressursen. Dette innebærer at en går over til årsturnus og «sykepleier på topp». Sykepleier på topp betyr at sykepleierressursen går utenpå ordinær drift og kan benyttes på tvers av avdelinger, og at ressursen i større grad blir dedikert til sykepleieroppgaver. Dette gjør at for eksempel helsefagarbeiderne også får andre arbeidsoppgaver og mer ansvar, og tilsammen kan dette gjøre kommunen mer attraktiv som arbeidsplass. For å sikre forsvarlighet i tjenestene var det behov for å øke tilstedeværelsen av sykepleierkompetansen, som tidligere var basert på en del bakvakt.

Nytilsatte gjennomgår intern opplæring i henhold til egen rutine/sjekkliste for ting som en må ha vært igjennom. Hver enkelt får en kontakt å forholde seg til. De ansatte er godt motivert til å delta i opplæringstiltak, kurs og etterutdanning, men det kan være vanskelig å få frigjort tid til dette når en har døgnkontinuerlig drift. Det ble gjort en grundig kartlegging av de ansattes kompetanse i forbindelse med prosjektet «Bedre tverrfaglig kompetanse» våren 2022. Ellers har de ansatte selv mulighet til å registrere utdanninger og kurs i en egen CV-funksjon i HRM-systemet. Det er også mulig å ta ut informasjon om deltagelse i kompetansetiltak om den enkelte i «veilederen» i Visma.

Det gis vanligvis innspill til kompetansebehov fra virksomhetene i henhold til den strategiske kompetanseplanen på høsten. I høst ble imidlertid dette utsatt til nyåret 2023. Kommunen har hatt som målsetting at det skal avsettes 3 millioner til kompetansetiltak årlig. Dette har ikke vært mulig og en var nede i 500 000,- i 2022. I 2023 er potten økt til 1 million. Det søkes også midler fra statsforvalteren i tilknytning til kompetanseløftet 2025, og det holdes også en del gratis kurs i regi av statsforvalteren, spesialisthelsetjenestene og i de ulike samarbeidsfora som kommunen deltar i.

Kommunalsjefen mener det helt klart jobbes helt klart med kvalitetsforbedringer i helse- og omsorgstjenestene, men det er ikke slik at en har egne rutiner for denne typen arbeid eller at dette gjøres planmessig og etter et bestemt system. Avvik som har oppstått er som oftest bakgrunnen for at en vurderer tiltak for å hindre at disse oppstår, og på den måten bedres også kvaliteten.

I **intervju med virksomhetslederne** har vi fått opplyst at der kommunen er mest sårbar med hensyn til kompetanse er personell med høyskole- og universitetsutdanning. Høsten 2022 var imidlertid helse- og omsorgstjenestene tilstrekkelig bemannet. Det er likevel opplyst at det er utfordrende å bemanne legevakten, og at en ikke får rekruttert kokk til kjøkkenet ved virksomhetsområdet Institusjon. En kunne også ønske at kommunen hadde hatt en egen psykolog, jordmor og en ressurs på klinisk avansert sykepleie. Vi har ellers fått opplyst at en nesten ikke har assistenter i tjenestene lenger, fordi de fleste har tatt etterutdanning og kvalifisert seg til helsefagarbeidere.

Fravær er den største utfordringen for tjenestene med hensyn til å ha tilstrekkelig med kompetanse tilgjengelig i det daglige. Av denne grunn er det viktig at kommunen jobber hardt for å ha et lavt sykefravær. Det er også utfordrende når det er mange med langvarige helseplager som det må

tilrettelegges for. Det brukes i noen grad vikarbyrå for å dekke opp fravær, men erfaringsmessig er det langt bedre å benytte kjente vikarer. Utfordringene med å skaffe vikarer er også større for de med høyere/spesiell utdanning. Det brukes til tider mye tid på å skaffe vikarer. Det er tatt grep med hensyn til å benytte ressursen på en mer effektiv måte. Blant annet med å innføre «sykepleier på topp».

Rekruttering av nytt personell gjøres i samarbeid med de tillitsvalgte i fagforeningene. Rekrutteringstiltakene i kommunens strategiske kompetanseplan anses å være tilstrekkelige for virksomhetenes behov og en har både rekruttert studenter og brukt lønn som middel for å tiltrekke seg aktuelle kandidater. Ledige stillinger utlyses med lønn etter avtale, det er likevel begrenset hvor langt det er mulig å strekke seg. Fra institusjonstjenestene har vi fått innspill på at det kan være hensiktsmessig å tenke mer tverrfaglig med hensyn til rekruttering. Vernepleiere, førskolelærere og miljøarbeidere kan også brukes i eldreomsorgen. Av andre tiltak fra den strategiske kompetanseplanen som helse- og omsorgstjenestene har forsøkt å følge opp er permisjoner og stipendordninger. Det er videre forsøkt å synliggjøre jobbmulighetene i kommunen, blant annet opp mot ungdom på ungdomsskolen.

Nytilsatte får innføring i jobben etter egen rutine som gjelder for hele helse- og omsorgssektoren. Det legges opp til en egen opplæringsplan for den enkelte og de får veiledning av andre ansatte i starten. Kommunen praktiserer 3-6 måneders prøvetid når det ansettes nye folk. Utover opplæringsplanen har en ingen spesiell oppfølging i løpet av prøvetiden. Kommunen kunne hatt behov for egne rutiner for dette for å sikre at en ikke ansetter feil personer.

Vi har fått opplyst at de ansatte deltar jevnlig på kurs og at det har vært mange ansatte som har tatt etterutdanning de senere årene. Interessen for å delta i ulike kompetanseutviklingstiltak er god. De yngste medarbeiderne er ofte mest ivrige, ellers varierer det litt mellom virksomhetene om det er de med kort eller lang utdanning som er mest motivert. Ansatte fra Engerdal har de siste årene deltatt i videreutdanning til helsefagarbeider i et desentralisert kursopplegg sammen med Trysil kommune. Kommunen har ellers lite penger til kompetansetiltak, men får årlig en pott fra Statsforvalteren. En benytter også mye e-læring. Blant annet i samarbeid med spesialisthelsetjenestene. Det har også vært gjennomført hospitering i samarbeid med nabokommunene. Ellers er det en utfordring å få sendt ansatte på kurs fordi dette gjerne utløser behov for vikarer. Ny teknologi åpner imidlertid for mer interaktive nettkurs med bruk av for eksempel VR-briller.

Når ansatte har deltatt på kurs er regelen at ny kunnskap deles med de andre i virksomhetene, og da gjerne på et personalmøte. Vi har av virksomhetslederne fått opplyst at de mener å ha god oversikt over kompetansen til sine ansatte. Ønsker og behov for kurs og etterutdanning tas blant annet opp i medarbeidersamtaler. Det gis innspill til kommunens kompetanseplan hvert år og disse blir vanligvis tatt til følge. Det er presisert at det er viktig at kompetanseplanen er et levende dokument ettersom det stadig er nye ting som dukker opp. Det rapporteres ikke spesielt på gjennomførte opplæringstiltak internt i kommunen. Det gjennomføres heller ingen egen evaluering av disse. Virksomhetene Institusjon og Forebyggende rehabilitering følger ellers et eget årshjul for opplæring.

Når det gjelder arbeidet med kvalitetsforbedring i tjenestene har vi fra virksomhet for Habilitering/avlastning og legetjenesten fått tilbakemelding på at en er med i regionale nettverk hvor det utveksles kunnskap og informasjon. Målet er likevel å sikre mest mulig kompetanse internt. En har felles fagdager i helse- og omsorgstjenestene i kommunen, og det er mulig å bruke intern spesialkompetanse til undervisning i andre deler av tjenestene.

Forebyggende rehabilitering har utarbeidet en handlingsplan (STAMI - en bra dag på jobb) som beskriver forbedringspunkter, tiltak for å sikre forbedring og hvilken ressurs som avsettes for å få gjennomført tiltakene. Ellers vil registrerte avvik, rutinegjennomganger, innspill fra personalmøter og evalueringer av internkontrollen være grunnlag for arbeidet med kvalitetsforbedringer. Kvalitetsforbedring må også ses i sammenheng med de kompetansetiltakene som gjennomføres. Det er ingen av virksomhetene som mener de har gjennomført særskilt opplæring i forbedringsarbeid.

I intervju med de tillitsvalgte har vi fått opplyst at en sliter med for få folk på jobb, og at dette forverres når det er mye fravær. For sykepleierne har det vært mye bruk av bakvakter, noe som innebærer at sykepleiekompetansen kan være inntil en time unna brukeren. Det er utarbeidet bemanningsplaner med «sykepleier på topp» som tilsier en økning av sykepleierressursen, men disse planene var ikke på plass ved årsskifte 2022/23. Dette er et tiltak som kan gjøre kommunen mer attraktiv å jobbe i.

Vi har fått tilbakemelding på at det synes mer og mer vanskelig å få rekruttert ansatte til tjenestene, og at de tillitsvalgte er bekymret over denne utviklingen. Å få tak i lærlinger er også vanskelig. Det har vært prøvd med noen fremstøt mot skoleelever i nærområdet, men dette er det blitt mer slutt på. Vi har fått innspill på at kommunen kunne ha vært mer spenstige når det gjelder utlysningstekster. I utlysningene er det lagt opp til lønn etter avtale, men det er også andre ting som teller for jobbsøkere og kommunen kunne derfor ha vært flinkere til å fremheve også andre kvaliteter ved å jobbe i Engerdal kommune.

Det er ikke oppdaterte kompetanseplaner for den enkelte virksomhet i helse- og omsorg, og kommunens strategiske kompetanseplan blir litt fjern å forholde seg til. Vi har fått opplyst at kompetanseplanene for virksomhetene i helse- og omsorg nå skal tas tak i og at det skal foretas en kartlegging av de ansattes kompetanse som kan danne grunnlag for videre planlegging med hensyn til kompetanse. Kompetansekartlegging er ikke noe som gjøres regelmessig. Det er kommentert at det er en svakhet at stipendordningen overfor sykepleierstudenter kun er ment for fast ansatte, fordi dette ikke rekrutterer ny kompetanse inn i kommunen. Ellers er det bra at ansatte som tar videreutdanning nå automatisk får lønnsøkning etter reglene i kompetanseplanen.

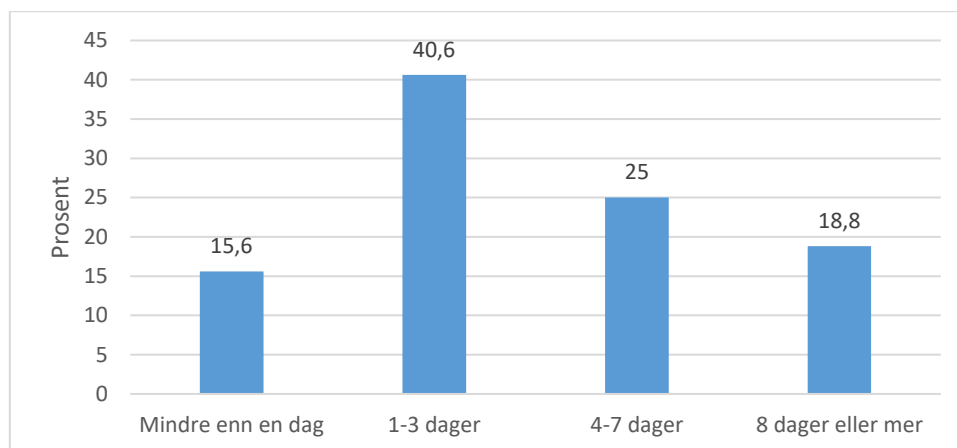
Opplæring av nytilsatte skal skje etter et eget opplegg, og det finnes et skjema for avkrysning i Netpower. I praksis er det noe mer sporadisk oppfølging enn hva dette skjemaet legger opp til. Nytilsatte må vanligvis forholde seg til flere, alt etter hvem som er på jobb til enhver tid. Det kan således bli litt tilfeldig hvordan opplæringen foregår og hvordan den nytilsatte blir fulgt opp. For vikarer kjøres det 3-4 vakter med opplæring før de er på egenhånd.

Selv om det varierer noe er tilbakemeldingen at de ansatte i tjenestene er motivert til å skaffe seg ny kompetanse. Det er også variasjon på hvordan lederne motiverer og legger til rette for kompetanseutvikling for sine ansatte. Det ble gjort et løft for noen år siden da flere i tjenestene gjennomgikk videreutdanning til helsefagarbeider. Det er ikke så mye penger som er avsatt til kurs og kompetanseutvikling, men det finnes en del gratiskurs som de ansatte kan delta på. Det har også etter hvert blitt mye e-kurs. Uansett kursform er det en utfordring å få avsatt tid til dette. Kursdeltakelse vil også kunne utløse behov for innleie av vikar. Når noen deltar på kurs må de dele ny kompetanse med de andre i tjenestene. Dette kan gjøres i personalmøter, eller gjennom praktisk arbeid. Det har vært mer fokus på dette i det siste, og en kunne med fordel brukt noe mer tid på denne typen intern opplæring.

De tillitsvalgte har ikke registrert at det finnes spesielle opplegg for arbeidsplassbasert opplæring eller opplæring i forbedringsarbeid i kommunens helse- og omsorgstjenester. Det finnes heller ikke noe systematisk arbeid med kvalitetsforbedringer i tjenestene, som det tillitsvalgte er involvert i. Personalmøtene er den arenaen hvor avvik tas opp, og hvor de ansatte har mulighet til å komme med innspill. Både på risikoområder og med forslag til forbedringer.

6.2.2 Data fra spørreundersøkelsen

I spørreundersøkelsen til de ansatte i helse- og omsorgstjenestene er det spurt om i hvilket omfang den enkelte har deltatt i opplæringstiltak det siste året. Resultatet er som følger:



Det er mest vanlig med 1-3 dager med opplæringstiltak, samtidig som de fleste oppgir å ha deltatt flere dager i opplæringstiltak enn dette.

Vi har også presentert ulike påstander som er rettet mot opplæringstiltak, kompetanse og kompetanseutvikling og som respondentene skulle ta stilling til (på en poengskala fra 1 til 5, der 1 er fullstendig uenig mens 5 er helt enig). Resultatene kan oppsummeres som følger:

Hvor enig/uenig er du i følgende påstander (poengskala fra 1-5)	Poeng
Helse- og omsorgstjenestene i Engerdal har tilstrekkelig kompetanse til å levere forsvarlige tjenester	3,7
Nytilsatte på min arbeidsplass får den opplæringen de har behov for	2,9
Det legges til rette for kompetanseutvikling ved min arbeidsplass	3,4
Jeg er motivert til å utvikle meg innen mitt fag	4,3
Jeg har fått opplæring i forbedringsarbeid	3,3
På min arbeidsplass benyttes ofte arbeidsplassbasert opplæring	3,6
Når ansatte på min arbeidsplass har vært på kurs, så deles kunnskapen med oss andre	2,9
På min arbeidsplass driver vi systematisk med kvalitetsforbedring av tjenestene.	3,6
Jeg har fått opplæring i sektorens kvalitetssystem.	2,9

Gjennomsnittet for de fleste påstandene ligger rundt midtverdien på skalaen (3), og for de fleste påstandene er flertallet mer enig enn uenig. Lavest score får påstandene om at nytilsatte på deres arbeidsplass får den opplæringen de har behov for (2,9), og at de som har vært på kurs deler kunnskapen med de andre på arbeidsplassen (2,9). Høyest score får påstanden om at respondentene er motivert til å utvikle seg innen sitt fag (4,3). Prosentmessig fordeler svarene seg slik:

Hvor enig/uenig er du i følgende påstander (poengskala fra 1-5)	1	2	3	4	5	Vet ikke
Helse- og omsorgstjenestene i Engerdal har tilstrekkelig kompetanse til å levere forsvarlige tjenester	5,9	2,9	32,4	29,4	29,4	0
Nytilsatte på min arbeidsplass får den opplæringen de har behov for	8,8	14,7	44,1	17,6	2,9	11,8
Det legges til rette for kompetanseutvikling ved min arbeidsplass	5,9	11,8	35,3	35,3	11,8	0
Jeg er motivert til å utvikle meg innen mitt fag	2,9	0	11,8	25,3	47,1	2,9
Jeg har fått opplæring i forbedringsarbeid	12,1	0	33,3	27,3	9,1	18,2
På min arbeidsplass benyttes ofte arbeidsplassbasert opplæring	2,9	2,9	32,4	20,6	17,6	23,5
Når ansatte på min arbeidsplass har vært på kurs, så deles kunnskapen med oss andre	23,5	11,8	23,5	29,4	8,8	2,9
På min arbeidsplass driver vi systematisk med kvalitetsforbedring av tjenestene.	2,9	2,9	26,5	41,2	5,9	20,6
Jeg har fått opplæring i sektorens kvalitetssystem.	17,6	11,8	35,3	14,7	11,8	8,8

Den enkelte respondent har ellers blitt oppfordret til å komme med innspill til forbedringer når det gjelder opplæring og kompetanseutvikling i kommunens helse- og omsorgstjeneste. Vi har fått 4 svar og disse gjelder noe forskjellige ting. Det har kommet innspill på at nytilsatte trenger lengre tid til opplæring og at det er lite penger og tid til kurs og kompetanseheving. Det er også kommet innspill på at en kunne hatt mer faglig fokus og opplæring basert på opplæring fra spesialisthelsetjenestene og i nettverk med nabokommunene, og at en lærer mer av å lære i grupper enn å sitte alene med et E-læringskurs.

6.3 Revisors vurdering


6.3.1 Tiltak for å rekruttere og beholde kompetanse

Kommunens strategiske kompetanseplan og den lønnspolitiske planen fastsetter de tiltak som helse- og omsorgstjenestene har til rådighet for å rekruttere og beholde kompetanse. Ledelsen i tjenesten anser tiltakene for å være tilstrekkelige og at de fungerer. Det er etter vår oppfatning, enighet om at det stadig har blitt mer krevende å rekruttere nye medarbeidere og ledere, og at en er mest sårbar med hensyn til å skaffe kompetanse med spesialutdanning. Kommunen mangler egen kompetanse med hensyn til jordmortjenester og psykologtjenester og kjøper dette fra andre, men det er også andre fagfolk det er vanskelig å få rekruttert og som det er behov for i tjenestene. Det meldes også om utfordringer med å skaffe vikarer, noe det brukes mye tid på å få på plass. Ledelsen i tjenestene håper videre at omorganisering av sykepleierressursen skal gjøre kommunen mer attraktiv som arbeidsplass.

Andre innspill er å rekruttere fra et bredere lag av fagkompetanse, og å utforme mer spenstige utlysningstekster.

Vi mener det jobbes godt med å rekruttere og beholde kompetanse i kommunen. Det er utfordringer i tjenestene og selv om ledelsen i helse- og omsorgstjenestene mener tiltakene i strategisk kompetanseplan og lønnspolitisk plan er tilstrekkelige og at de fungerer etter hensikten, mener vi at kommunen kunne vært tjent med å gjøre en grundigere evaluering av hvilke tiltak som fungerer og hvilke som ikke gjør det. Videre vurdere andre tiltak for å sikre tilgang på nødvendig kompetanse i fremtiden.

Vi mener imidlertid at revisjonskriterie 7 er etterlevd.

 Kommunen må jobbe aktivt for å rekruttere og beholde kompetanse som kommunen har behov for.


6.3.2 Opplæring av nytilsatte

Helse- og omsorgstjenestene har sine egne rutiner/sjekkliste for opplæring og oppfølging av nytilsatte, og nyansatte får veiledning av andre ansatte i starten. Rutinen/sjekklisten inneholder punkter for å sette seg inn i tjenestenes styringssystem. Tilbakemeldinger fra intervju er at oppfølgingen likevel kan bli sporadisk og at nytilsatte ofte må forholde seg til flere ulike kontaktpersoner.

Fra spørreundersøkelsen til de ansatte er gjennomsnittlig score på påstanden om at nytilsatte på deres arbeidsplass får den opplæringen de har behov for på 2,9, noe som er under midtverdien (på en skala der 1 er helt uenig og 5 er helt enig). Mer tid til opplæring for de nytilsatte er også et av forslagene til forbedring vi har fått i spørreundersøkelsen, når det gjelder opplæring og kompetanseutvikling. Det er en travel hverdag i helse- og omsorgstjenestene. En bør likevel vurdere hvordan en kan legge bedre til rette for opplæring av nytilsatte.

Det praktiseres 3-6 måneders prøvetid ved nyansettelser i kommunen. Det er viktig å bruke denne tiden godt og å følge den nytilsatte tett opp. Hensikten må være å sikre godt kompetente ansatte i kommunen, men også at arbeidsforholdet kan avsluttes dersom det er behov for det. Det er etterlyst rutiner som sikrer en god oppfølging i prøvetiden. Det krever mer enn de rutinene/sjekklistene man benytter i dag blant annet med hensyn til formaliserte oppfølgingsmøter og tilbakemeldinger til den nytilsatte.

Samlet sett mener vi at revisjonskriterie 8 er delvis etterlevd.

 Kommunen sikrer at nytilsatte har nødvendig kunnskap og kompetanse innen sitt fagområde og at de får innføring i kommunes styringssystem.

6.3.3 Motivering og tilrettelegging for kompetanseutvikling


Tilbakemeldingen fra intervjuer og spørreundersøkelsen til de ansatte er at kommunen har medarbeidere som er rimelig godt motivert til å delta i kompetanseutviklingstiltak. I spørreundersøkelsen skulle de ansatte ta stilling til en påstand om at de var motiverte til å utvikle seg i sitt fag. Påstanden oppnådde en gjennomsnittlig score på 4,3 (på en skala der 1 er helt uenig og 5 er helt enig). Resultatet er dårligere for påstanden om at det legges til rette for kompetanseutvikling ved arbeidsplassen. Her var den gjennomsnittlige score på 3,4.

Dette støttes også opp av innspill i intervjuene, der det ble beskrevet at det er krevende å planlegge, få avsatt tid og å skaffe vikarer i tilknytning til kompetansetiltak. Altså har dette også en sammenheng med måten kommunen arbeider på for å sikre nok personell, jfr. kriteriepunkt 7. Lederne i tjenestene er etter vår vurdering opptatt av å motivere til kompetanseutvikling blant sine ansatte, vi kan imidlertid forstå at det blir vanskeligere å følge opp dette når det medfører mye ekstraarbeid og at det kan gå ut over driften. Ut fra tilbakemeldingene fra de ansatte mener vi at helse- og omsorgstjenestene må vurdere tiltak for å legge bedre til rette for at ansatte skal få deltatt i kompetansetiltak.

En måte å drive kompetanseutvikling på, hvor det er mindre behov for å leie inn vikarer, er arbeidsplassbasert opplæring. Dette er for så vidt det som nytilsatte i helse- og omsorgstjenestene får i sin opplæringsperiode. Vi har imidlertid ikke sett at arbeidsplassbasert opplæring er satt i system for andre ansatte, selv om vi har fått tilbakemeldinger som tyder på at dette gjøres i enkelte tilfeller. Kommunens strategiske kompetanseplan tar til orde for å benytte arbeidsplassen som læringsarena og at det må legges til rette for gode læringsarenaer i organisasjonen. I spørreundersøkelsen til de ansatte har de tatt stilling til en påstand om at det ofte benyttes arbeidsplassbasert opplæring på arbeidsplassen deres. Gjennomsnittlig score på denne påstanden var på 3,6 (på en skala der 1 er helt uenig og 5 er helt enig). Her er det 23,5 % som har svart «vet ikke». Om det gjennomføres arbeidsplassbasert opplæring i tjenestene, tyder svarene på at dette i tilfelle ikke er særlig kjent.

Det er etter hva vi har forstått vanlig at de som har deltatt på kurs og andre opplæringstiltak, deler ny kompetanse med sine kolleger i personalmøter o.l. Tilbakemeldingen fra de tillitsvalgte er at det avsettes for lite tid til denne typen intern opplæring. I spørreundersøkelsen har de ansatte i tjenestene tatt stilling til en påstand om at når ansatte på arbeidsplassen deres har vært på kurs, så deles kunnskapen med de andre ansatte. Denne påstanden har fått en gjennomsnittlig score på bare 2,9, og de ansatte er altså mer uenige enn enige i dette. Ut fra dette mener vi at tjenestene kan ha mer fokus på intern opplæring, både i interne møter/grupper og som arbeidsplassbasert opplæring.


Vi mener at revisjonskriterie 9 er delvis etterlevd.

 Kommunen skal motivere til kompetanseutvikling og legge til rette for arbeidsplassbasert opplæring.

6.3.4 Tilpasning av kompetanse i forhold til endring av rammevilkår

Under kriteriepunkt 3 i problemstilling 1 har vi fastslått at helse- og omsorgstjenestene har et system for å fange opp endringer i rammevilkårene for tjenestene og at det er tjenestenes ledelse som har ansvaret for dette. Endringer tas opp som tema i leder- og personalmøter og det vurderes om det trengs nye rutiner/prosedyrer eller om eksisterende rutiner/prosedyrer må justeres. Det vurderes også om det er behov for spesielle tiltak med hensyn til kompetanse. Det er i denne sammenheng viktig at informasjon også legges tilgjengelig i Netpower.

Vi mener at revisjonskriterie 10 er etterlevd.

 Helse- og omsorgstjenestene har et system som sikrer at endringer i rammevilkårene, og dermed behovet for kunnskap og kompetanse for tjenestene, fanges opp og implementeres.

6.3.5 Kompetansekartlegginger og analyse av kompetansebehov

Det er vår vurdering at helse og omsorgstjenestene har kartlagt de ansatte og analysert kompetansebehovet. En slik kartlegging finner vi i den strategiske kompetanseplanen. Vi har også fått

tilbakemeldinger på at det er gjort kartlegginger i andre sammenhenger. Kompetansebehovet er også en vurdering som gjøres når tjenestene tar tak i endringer i rammebetingelsene, som vi var inne på under forrige kriteriepunkt. Det er vårt inntrykk at ledelsen i tjenestene har god oversikt over hva slags kompetanse de har i sin virksomhet, og hva de har behov for. For å dokumentere at tjenestene har oversikt over kompetanse og kompetansebehov kunne det, for eksempel, lages en oversikt som vurderes årlig

Vi mener at revisjonskriterie 11 er etterlevd.

- Helse- og omsorgstjenestene må ha kartlagt de ansattes kompetanse og analysert kompetansebehovet.

6.3.6 Oppfølging av kommunens kompetanseplan

Selv om det ikke gjennomføres planmessige kompetansekartlegginger i tjenestene melder virksomhetene inn kompetansebehov en gang i året, slik kommunens strategiske kompetanseplan legger opp til. Når det gjelder forhold i den strategiske kompetanseplanen som ikke følges opp, så gjelder dette blant annet egne lokale kompetanseplaner. Vi mener at en kort kompetanseplan for den enkelte virksomhet innen helse- og omsorgstjenestene, kunne bedret planleggingen. Blant annet med hensyn til å skaffe oversikt over ressursene en har til rådighet og hvordan det kan legges til rette slik at kompetansetiltakene faktisk kan gjennomføres. Årshjulet kan også ivareta deler av planleggingen. En slik plan bør også omfatte et evalueringskapittel med hensyn til tidligere gjennomførte kompetansetiltak. Vi mener generelt at tjenestene kan bli flinkere på å evaluere de kompetansetiltakene som er gjennomført.

Vi mener at revisjonskriterie 12 er delvis etterlevd.

- Virksomhetslederne må følge opp kommunens kompetanseplan ved å melde inn kompetansebehov, legge til rette for kompetanseutvikling med de virkemidler som de har til rådighet og evaluere tiltakene som er gjennomført i egen virksomhet.

6.3.7 Kompetansetiltak og forsvarlige tjenester

I spørreundersøkelsen har de ansatte blitt spurt om hvor mange dager de har hatt med opplæring siste året. De fleste oppgir å ha hatt 1-3 dager med opplæring, men det er heller ikke uvanlig med 4-7 dager eller mer enn 8 dager i året. Tilbakemeldingene fra intervjuene er at det har vært bra med aktivitet når det gjelder opplæringstiltak de senere årene. Dette begrenses noe med hensyn til budsjettmidler, men virksomhetene har også mulighet til å delta på gratis kurs i regi av for eksempel spesialisthelsetjenestene. Helse- og omsorgstjenestene får også midler fra statsforvalteren til opplæringsformål. Fra virksomhetslederne er tilbakemeldingen i intervjuer at de stort sett får gjennomført de kompetansetiltakene de har meldt inn behov for. Etter hva vi har forstått har kommunen økt budsjettposten for kompetansetiltak i 2023. Behovet for opplæring vil helt sikkert variere fra år til år. Det fremstår for oss som at de fleste medarbeiderne får tilstrekkelig med opplæring og etterutdanning.

Vi mener at revisjonskriterie 13 er etterlevd.

- Alle medarbeidere må få tilstrekkelig opplæring og etterutdanning slik at de kan yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

6.3.8 System for kvalitetsforbedringer


Det er vårt inntrykk at helse- og omsorgstjenestene ikke har et fastsatt system og faste rutiner som sikrer et planmessig arbeid med kvalitetsforbedringer. Selv om det gjøres mye godt arbeid for å forbedre tjenestene mener vi at dette ikke er satt tilstrekkelig i system. Vi mener også at det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring er så sentralt i tjenestenes kvalitetssystem at det bør dokumenteres.

Vi har tidligere slått fast at tjenestene mangler et godt system for risikovurderinger. Vi har også slått fast at en mangler en del sentral styringsinformasjon med hensyn å kunne arbeide systematisk med kvalitetsforbedringer, slik Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedringer i helse- og omsorgstjenestene legger opp til. Det legges til grunn at kvalitetssystemet for eksempel bør generere data vedrørende avvik, risikovurderinger, tilbakemeldinger fra brukere, innspill fra medarbeiderne, evaluering av kompetanse/kompetansetiltak, nasjonal statistikk og utvikling i egne tjenestedata sett opp mot kommunens målsettinger. Det må også vurderes hvordan denne typen styringsinformasjon skal systematiseres for i størst mulig grad danne grunnlag for opplæring og kvalitetsutvikling.

I spørreundersøkelsen har de ansatte tatt stilling til en påstand om at det ved deres arbeidsplass drives systematisk med kvalitetsforbedring av tjenestene. Gjennomsnittlig score på denne påstanden er på 3,6. Det var 20,6 % som svarte «vet ikke». Virksomheten Forebyggende rehabilitering har oppgitt å ha en handlingsplan som beskriver forbedringspunkter i tjenestene. Utover dette finnes lite dokumentasjon på arbeid med kvalitetsforbedringer i tjenestene. I spørreundersøkelsen har de ansatte også tatt stilling til en påstand om at de har fått opplæring i tjenestenes kvalitetssystem. Gjennomsnittlig score på denne påstanden er 2,9. Det er sannsynlig av svarene her kan knyttes spesifikt til opplæring i kvalitetssystemet Netpower. For å sikre god informasjon i Netpower er det viktig at alle ansatte får opplæring i bruken.

Veilederen til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene legger vekt på at medarbeidere i helse og omsorgstjenestene må få tilstrekkelig opplæring i forbedringsarbeid. Dette er viktig for sikre at alle ansatte forstår metodikken rundt forbedringsarbeid i tjenestene, og kan bidra til at forskriften etterleves. Fra gjennomførte intervjuer har vi ikke fått opplysninger som tyder på at dette har vært tema i opplæringen. I spørreundersøkelsen har de ansatte tatt stilling til en påstand om at de har fått opplæring i forbedringsarbeid. Gjennomsnittlig score på denne påstanden er 3,3 (på en skala der 1 er helt uenig og 5 er helt enig). Det er 18,2 % som har svart «vet ikke» på denne påstanden. Ut fra dette mener vi at tjenestene bør vurdere å tilby opplæring i forbedringsarbeid for sine ansatte.

Vi mener at revisjonskriterie 14 ikke er etterlevd.

-  Helse- og omsorgstjenestene må ha rutiner for systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og at informasjon og kunnskap fra helse- og omsorgstjenestens styringssystem systematiseres og benyttes til opplæring og kvalitetsutvikling i tjenestene. Det bør også gis opplæring i forbedringsarbeid.

7 Problemstilling 3 – Måloppnåelse og forsvarlig drift av helse og omsorgstjenestene

Sikrer styringssystemene og arbeidet med kompetanseutvikling måloppnåelse, og en forsvarlig drift av helse- og omsorgstjenestene?

7.1 Revisjonskriterier for problemstilling 3

Følgende er en tabell med de kriterier vi har benyttet for å besvare problemstillingen og våre vurderinger av disse. Kriteriene er gjengitt i kortform. For en full utledning av revisjonskriteriene, se [vedlegg A](#). Tabellen er interaktiv og leseren kan gå rett til den enkelte vurdering ved å trykke på det enkelte kriteriet. Vurderingene er knyttet til de data som er samlet inn og som blir gjengitt i kapitlene nedenfor. Vi gjør derfor leseren oppmerksom på at vurderingene må sees opp imot de innhentede data i prosjektet.

- [Kriterie 15](#) Kommunen må sørge for å, til enhver tid, ha lovpålagt kompetanse på plass i et omfang som sikrer forsvarlige helse- og omsorgstjenester.
- [Kriterie 16](#) Tiltakene i de overordnede styringsdokumentene for kompetanseutvikling i kommunen benyttes, evalueres slik det er det er forutsatt og endres dersom det er behov for det
- [Kriterie 17](#) Kommunen må legge til rette for medvirkning fra de ansatte i forbedringsarbeidet og bruke deres kunnskap og erfaring i forbedringsarbeidet.
- [Kriterie 18](#) Kommunen må sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende i forbedringsarbeidet.
- [Kriterie 19](#) Kommunen må ha evaluert tjenestene i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring og benyttet kunnskap fra evalueringen i forbedringsarbeidet og til å gjøre korrigeringer.
- [Kriterie 20](#) Kommunen må minst en gang i året ha gjennomgått og vurdert hele styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene og korrigert der det er behov.

7.2 Innhentet data

7.2.1 Data fra dokumenter

Årshjulet: Årshjulet for de ulike virksomhetene inneholder oversikt over tidspunkter for lokal intern revisjon, prosedyregjennomgang, medarbeidersamtaler og status på brukermedvirkning

Lokal internrevisjon – Helse og velferd: Vi har gjennomgått de to siste internrevisjon-gjennomgangene som er gjort i hver av virksomhetene i helse- og omsorgstjenestene. Det vil si, kontroller gjennomført i 2022 og delvis i 2021.

Forebyggende rehabilitering 1. halvår 2022 og 2. halvår 2022. Det er for begge gjennomgangene gjort kontroller på 3 brukere/pasienter. 1. halvår er alle skjemaene fylt ut, så nær som skjema for tvungen helsehjelp og skjema for bruk av tvang og makt. Det er registrert avvik på alle emner som er gjennomgått og på alle tre brukere/pasienter. Det er registrert til sammen 39 avvik. For 2. halvår er det utfylt skjema for dokumentasjon av overganger, dokumentasjon av helsehjelp, dokumentasjon av ernæringskartlegging, dokumentasjon av medikamenthåndtering og dokumentasjon av tvungen

helsehjelp. I denne gjennomgangen er det også registrert avvik på alle emner som er gjennomgått, med unntak av tvungen helsehjelp der det ikke var brukere med slik vedtak da kontrollen ble gjennomført. Det er også registrert avvik på alle tre brukere/pasienter. Det er registrert til sammen 16 avvik. Rapport til kommunalsjefen oppsummerer de innspill til forbedringer som gjennomgangen på de ulike områdene har avdekket. Begge kontroller er gjennomført på de emner som syklusen i «Lokal internrevisjon – helse og velferd» legger opp til.

Institusjonstjenesten: Er gjennomgått med hensyn til 1. halvår 2021 og 1. halvår 2022. Det er for begge gjennomgangene gjort kontroller på 3 brukere/pasienter. Når det gjelder gjennomgangen for 1. halvår 2021, beskriver grunnlaget for denne rapporten seg fra høsten 2020. Til rapporten følger utfylt skjema for dokumentasjon av overganger, dokumentasjon av helsehjelp, vurdering av samtykkekompetanse, fallforebygging, smertebehandling, ernæringskartlegging, legemiddelhåndtering og dokumentasjon av tvungen helsehjelp med. Det er registrert avvik på 5 av 9 emner som er gjennomgått og på alle 3 brukere/pasienter. Det er registrert til sammen 23 avvik. For 1. halvår 2022 er alle skjemaene fylt ut, med unntak av skjema for tvungen helsehjelp og skjema for bruk av tvang og makt. Det er registrert avvik på alle emner som er gjennomgått og på alle tre brukere/pasienter. Det er til sammen registrert 49 avvik. Rapport til kommunalsjefen oppsummerer de innspill til forbedringer som gjennomgangen på de ulike områdene har avdekket. Begge kontroller er gjennomført på de emner som syklusen i «Lokal internrevisjon – helse og velferd» legger opp til.

Habilitering, avlastning og legetjenester: er gjennomgått med hensyn til gjennomgang foretatt 2. halvår 2022. Her er det ikke utfylte skjemaer, men de ulike emnene er oppsummert i egen rapport. De emnene som er gjennomgått er dokumentasjon av overganger, dokumentasjon av helsehjelp, fallforebygging, smertekartlegging, vurdering av samtykkekompetanse, ernæringsarbeid, legemiddelhåndtering og dokumentasjon av tvang og makt. Det fremgår ikke opplysninger om det er gjennomført stikkprøvekontroller på enkeltbrukere/pasienter og hvor mange avvik som eventuelt ble avdekket. Rapport til kommunalsjefen oppsummerer de innspill til forbedringer som vurderingen på de ulike emnene legger til grunn. Kontrollen er gjennomført på de emner som syklusen i «Lokal internrevisjon – helse og velferd» legger opp til.

Engerdal kommune - Årsmelding 2021: Kommunedirektøren legger innledningsvis til grunn at årsberetningen skal beskrive hvordan forvaltning av kommunes eiendeler og midler, tjenesteproduksjon, realisering av planverk og politisk vedtak er gjennomført. Årsberetningen sier blant annet noe om hvordan budsjettmidlene er brukt og om hvor aktivitetsnivået ligger, og gir grunnlag for det videre planleggings- og styringsarbeid. En generell betraktning rundt målsettingen om rasjonell/effektiv drift fra kommunedirektøren er at kommuneorganisasjonen over flere år har hatt fokus på økonomistyring. Dette har resultert i god budsjett disiplin og forholdsvis små budsjettavvik i de fleste virksomheter, men blant annet pandemien har ført til at sykefraværet har økt fra 7,3 % til 9,6 %. Dette har igjen resultert i behov for høyere innleie av vikarer, spesielt innenfor helse/omsorg.

Årsmeldingen er ellers inndelt i en del 1 som er felles og inneholder en hovedtallsanalyse og status på likestilling, etikk, sykefravær og politisk virksomhet. Del 2 omhandler rapportering fra virksomhetene/enhetene presenteres status for kommunalsjefsområdet helse, velferd og oppvekst. Det rapporteres også for det enkelte virksomhetsområde. Det fremlegges en mål- og resultatanalyse som presenterer budsjett, regnskap og en forklaring på avvik i denne forbindelse, både for kommunalsjefsområdene og det enkelte virksomhetsområdet.

For kommunalsjefområdet helse, velferd og oppvekst og virksomhetsområdet Forebyggende rehabilitering presenteres også noen prioriteringer/utfordringer fremover. For kommunalsjefsområdet helse, velferd og oppvekst er demografiutvikling, forebyggende arbeid, kompetanse og rekruttering prioriterte områder fremover. For Forebyggende rehabilitering blir det nevnt blant annet reduksjon av bruken av hjemmevakt og belastning for sykepleiere, jobbe med rekruttering og planverk og det å skille praktisk bistand fra hjemmesykepleietjenesten for å frigjøre helsepersonell til helsepersonelloppgaver. Virksomhetsområdene rapporterer ellers på hovedtrekk for året som har gått, hvor ulike tiltak som er gjennomført oppsummeres.

Tertialrapporter for 2021 og 2022: Disse rapportene inneholder en innledning med kommunedirektørens kommentarer, driftsregnskapet med økonomiske oversikter og kommentarer, status på sykefravær og hvordan virksomhetene ligger an i forhold til de tiltakene som er nevnt i budsjettokumentet. Rapportene inneholder også en status på finansforvaltningen, kommentarer til investeringsregnskapet og eventuelt forslag til budsjettjusteringer. Det rapporteres også på hvert kommunalsjefsområde/sector og den enkelte virksomhet. Denne rapporteringen omhandler status på økonomi.

I årsmeldingene for de siste årene finnes det også oversikter over bemanning i virksomhetene. Vi har oppsummert disse med en oversikt over hvor mange ansatte kommunen har hatt tilgjengelig for ulike fagprofesjoner (viser altså ikke antall årsverk).

Yrkesgruppe	2017	2018	2019	2020	2021
Virksomhetsledere/avdelingsledere	5	3	3	3	3
Fagsykepleier/fagvernepleier	3	2	3	2	2
Sykepleier	18	17	12	11	11
Helsefagarbeider	47	47	40	37	39
Helsesykepleier	1	1	1	1	1
Fysioterapeut	2	2	1	1	1
Psykiatrisk sykepleier	1	1	1	1	1
Psykolog	0	0	0	0	0
Jordmor	1	1	1	1	1
Ergoterapeut	1	1	1	1	1
Leger	4	4	4	3	3
Legesekretær	1	1	1	1	1
Høgskoleutdannende i Habilitering/avlastning	7	7	4	4	4
Assistenter	12	12	11	11	10

Brukerundersøkelser: Det ble gjennomført brukerundersøkelser blant brukere i hjemmetjenesten og brukere og pårørende i Institusjon i 2020. I undersøkelsen for brukere i hjemmetjenesten ble det stilt spørsmål om hvordan de ansatte utfører arbeidsoppgavene, om de fikk den hjelpen de hadde bruk for og om de fikk være med å bestemme hvilken hjelp de skulle få. Det ble også stilt spørsmål med hensyn til om de opplevde å bli behandlet med respekt, at de ansatte snakker slik at de forstår dem og om tjenestene medfører at de føler seg trygge. Det var også spørsmål om hvor generelt fornøyde de var med den hjemmesykepleien og den praktiske bistanden de fikk. Det var også muligheter til å komme med kommentarer. Det var noen få kommentarer som gikk på omfang av tjenestene og kommunikasjon med de ansatte. Brukerundersøkelsen i Institusjon har mange av de samme spørsmålene som brukerne i hjemmetjenesten fikk, men i denne var det også spørsmål vedrørende

mat, aktivitetstilbud og trivsel. I denne undersøkelsen var det en kommentar som gikk på ønske om mer aktiviteter. Undersøkelsene viser svært gode resultater.

Brakerundersøkelse rettet mot de pårørende i Institusjon har spørsmål rettet mot mat og måltider, hygiene og mulighet for privatliv. Det er videre spørsmål vedrørende tjenestene som mottas, aktiviteter, trivsel, rutiner gjennom døgnet, deltagelse i planlegging og tilrettelegging av tjenester og kommunikasjon med de ansatte i tjenestene. Her er det ikke like gode resultater som i undersøkelsene rettet mot brukerne, men de er fortsatt gode. Det er også i denne undersøkelsen gitt mulighet for å gi kommentarer. Det er gitt mange gode tilbakemeldinger og en kommentar som går på tjenestene som sådan.

7.2.2 Data fra intervjuer

Fra **kommunalsjef for oppvekst og helse/velferd** har vi, i forhold til medarbeidermedvirkning, fått opplyst at det ble innført trepartssamarbeid i kommunen i for en tid tilbake. Ordningen har vært under utvikling med hensyn til hva slags oppgaver og funksjon de skal ha, men at det begynner å gå seg til. I dette samarbeidet er det både representanter fra kommuneledelsen, tillitsvalgte, verneombud og politikere. Det er en stund siden det ble gjennomført medarbeiderundersøkelser i kommunen, men dette er planlagt gjennomført våren 2023. Det skal gjennomføres årlig medarbeidersamtaler. Både trepartssamarbeidet, medarbeiderundersøkelser og medarbeidersamtaler er arenaer for medvirkning.

Innhenting av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende skjer i hovedsak gjennom den løpende dialogen ute i virksomhetene. Omfanget av tilbakemeldinger varierer noe mellom virksomhetene. BPA (brukerstyrt personlig assistanse) er et eksempel på en tjeneste hvor dette er veldig i fokus. Det ble sist gjennomført brukerundersøkelser i 2020. En hadde da også en undersøkelse rettet mot pårørende, men denne fikk en så få svar på at den ikke kunne brukes. Det er planlagt en ny runde med brukerundersøkelser våren 2023

Når det gjelder oppfølging og evaluering av tjenestene avholdes det årlig dialogmøter der kommunens ledere, tillitsvalgte og folkevalgte deltar. På disse møtene er det utfordringsbildet i tjenestene som er tema, og noe av hensikten er å klargjøre premissene for kommende års økonomiplan og budsjetter. I 2022 ble det også lagt fram en egen orienteringssak for kommunestyret der blant annet status i helse- og omsorgstjenestene, sykefravær og økonomi var tema. Dette ble godt mottatt i kommunestyret. Ellers rapporteres det for tjenestene i de obligatoriske tertialrapportene og i årsmeldingen. Evaluering av kompetansetiltak skjer gjerne i forbindelse med at planen skal rulleres, og vil nok i de fleste tilfeller være begrenset til å sjekke ut at fjorårets kompetansetiltak er gjennomført eller ikke. Det gjennomføres ingen egen evaluering av styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene.

I **intervju med virksomhetslederne** i helse- og omsorgstjenestene har vi fått opplyst at medarbeidermedvirkningen i kommunen er styrket etter at en opprettet et trepartssamarbeid fra våren 2022. Det er opprettet faste møtepunkter i denne forbindelse, og det er opprettet arbeidsmiljøgrupper. Det kan også gjennomføres ad-hoc møter med informasjon til tillitsvalgte og verneombud.

Ellers er personalmøtene en viktig arena for medvirkning. Her kan både store og små saker tas opp. Som tidligere nevnt er disse møtene også en arena for kunnskapsdeling og ideer med hensyn til å løse utfordringer som dukker opp. Det er gjennomført medarbeiderundersøkelser, men det begynner å bli noen år siden. Medarbeidersamtaler er også en arena hvor det er mulig å ta opp ting som ikke fungerer, og å komme med innspill på hvordan dette kan løses. Tema i medarbeidersamtalene er blant annet

kompetanse og egenutvikling, mål for tiden fremover, mestring av arbeidsoppgavene og om oppgavene fremstår som klare.

Virksomhet for Habilitering/avlastning og legetjenester opplyser at brukererfaringer kan innhentes gjennom brukermøter eller oppfølgingssamtaler der pårørende er til stede. Når det gjelder tiltaksplaner har virksomheten egne rutiner med hensyn til møter for oppfølging. Ellers evalueres tjenestevedtakene i årlige evalueringsmøter, og det gjennomføres også evalueringsmøter med brukerne. Virksomhetene Institusjon og Forebyggende rehabilitering opplyser at de har hatt bruker- og pårørendeundersøkelser gjennom «bedre kommune.no» for noen år tilbake. Noe av utfordringen med disse er at det er lav svarprosent. Ellers er bruker- og pårørendesamtaler viktige med hensyn til evalueringen av tjenester til den enkelte bruker. Disse møtene kan også avklare forventningene til tjenestene.

Brukermedvirkning på mer overordnet nivå kan skje gjennom eldrerådet og rådet for likestilling av funksjonshemmede. Det hender at disse rådene behandler saker, og gir innspill på saker som berører helse- og omsorgstjenestene. Det finnes også en pensjonistforening i Engerdal, men denne er ikke diskusjonspartner for helse- og omsorgstjenestene på samme måte som de kommunale rådene.

I forbindelse med oppfølging og evaluering av tjenestene, er internkontrollgjennomgangen som gjennomføres hvert halvår angitt som et viktig bidrag til evaluering av tjenestene. Fra Institusjonstjenestene presiseres det at budsjettarbeidet og premissene her er avgjørende med hensyn til utforming av tjenestetilbudet. Fra Forebyggende rehabilitering er det opplyst at de utarbeider en handlingsplan for virksomheten som også medfører en evaluering av tjenestene. De mener videre at det tverrfaglige teamet for helse- og omsorgstjenestene i kommunen er en viktig arena for tilbakemeldinger og evaluering av de oppgavene som gjennomføres. Utover dette er det ingen egen evaluering av styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene.

I intervju med de tillitsvalgte har vi fått opplyst at de ansatte i helse- og omsorgstjenestene har relativt god mulighet til å medvirke med sin kunnskap og erfaring i tjenestene. Medvirkningen kan skje i personalmøter. Lederne ved de ulike virksomhetene er også lett tilgjengelige. I rapporter i forbindelse med vaktskifte kan det også dukke opp ting som ansatte har sett at bør endres/tas tak i, og som da formidles videre til ledelsen. Det opplyses om at det har vært gjennomført medarbeiderundersøkelser for noe tid tilbake. Det gjennomføres også medarbeidersamtaler. Selv om disse ikke gjennomføres så ofte kan man komme med innspill til forbedringer i tjenestene i disse samtalene. De tillitsvalgte mener at de aller fleste ansatte vil si at kommunen er i stand til å levere forsvarlige helse- og omsorgstjenester, selv om dette sikkert kan variere fra dag til dag. Blant annet etter hvor mange som er på jobb eller ikke.

Erfaringer/innspill fra brukere/pårørende kan brukes til forbedringer i tjenesten for den enkelte. Det kan også være at slike innspill tas opp ved vaktskifter, eventuelt også i personalmøter. Når det gjelder arbeid med kvalitetsforbedringer er ellers de registrerte avvikene sentrale. Vi har ellers fått opplyst at det tidligere har vært en pårørendeforening tilknyttet sykehjemmet. Denne foreningen kunne komme med gode innspill på tjenestene. Det kreves imidlertid engasjerte pårørende over tid for at en slik forening skal fungere, og det er vanskelig å få til. Blant annet fordi hver enkelt bruker nå har kortere opphold på sykehjem enn tidligere.

De tillitsvalgte er ikke involvert i evaluering og rapportering med hensyn til helse- og omsorgstjenestene, utover det de har mulighet til som vanlig ansatt. De kjenner heller ikke til at det gjøres noen spesiell oppfølging eller evaluering av gjennomførte kompetansetiltak, eller at styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene evalueres.

7.2.3 Data fra spørreundersøkelsen

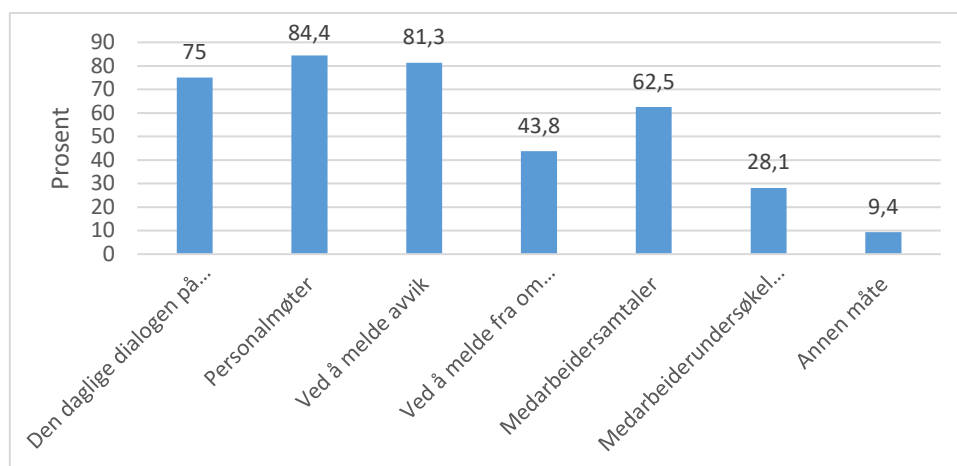
I tilknytning til denne problemstillingen har vi i spørreundersøkelsen presentert ulike påstander knyttet til forsvarlige tjenester, medvirkning fra medarbeiderne og medvirkning fra brukere/pasienter, som respondentene skulle ta stilling til (på en poengskala fra 1 til 5, der 1 er fullstendig uenig mens 5 er helt enig). Resultatene kan oppsummeres som følger:

Hvor enig/uenig er du i følgende påstander (poengskala fra 1-5)	Poeng
Engerdal kommune har forsvarlige helse- og omsorgstjenester	3,8
Jeg får mulighet til å medvirke i kvalitetsarbeidet med min kunnskap og erfaring.	3,2
Kommunen benytter erfaringer fra brukere og/eller pårørende til å utvikle kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene	2,9

Gjennomsnittet for påstandene ligger rundt midtverdien på skalaen (3), og flertallet er således mer enig enn uenig i 2 av 3 påstander. Lavest score oppnås for påstanden om at kommunen benytter erfaringer fra brukere og/eller pårørende til å utvikle kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene (2,9). Høyest score får påstanden om at Engerdal kommune har forsvarlige helse- og omsorgstjenester (3,8). Prosentmessig fordeler svarene seg slik:

Hvor enig/uenig er du i følgende påstander (poengskala fra 1-5)	1	2	3	4	5	Vet ikke
Engerdal kommune har forsvarlige helse- og omsorgstjenester	2,9	0	20,6	55,9	14,7	5,9
Jeg får mulighet til å medvirke i kvalitetsarbeidet med min kunnskap og erfaring.	14,7	2,9	38,2	17,6	14,7	11,8
Kommunen benytter erfaringer fra brukere og/eller pårørende til å utvikle kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene	2,9	11,8	41,2	11,8	0	32,4

I spørreundersøkelsen er det også gjort en kartlegging av hvilke arenaer ansatte i helse- og omsorgstjenestene i kommunen mener er viktigst med hensyn til å komme med innspill til forbedring av tjenestene. Her har det vært mulig å krysse av på flere alternativer. Alternativene som kunne velges var; gjennom den daglige dialogen på arbeidsplassen, i personalmøter, ved å melde om avvik, ved å melde fra om områder hvor det er risiko for avvik, gjennom medarbeidersamtaler, gjennom medarbeiderundersøkelser eller på annen måte. Resultatet er som følger:



Det er videre gitt mulighet til å komme med innspill til forbedring når det gjelder medvirkning fra ansatte i tjenesteutviklingen i helse- og omsorgstjenestene. Vi har fått innspill fra 3 respondenter. To som går på at det bør legges til rette for at ansatte får medvirke mer og at lederne er tilgjengelige. Det er videre ett innspill som går på kommunikasjon og forståelse mellom kolleger og ledelse, blant annet i forbindelse med konfliktløsning.

7.3 Revisors vurdering

7.3.1 Sørger det for å ha lovpålagt kompetanse på plass

Da vi gjorde vår gjennomgang av tjenestene var tilbakemeldingen fra ledelsen i tjenestene at grunnbemanningen var på plass. Det foretas innleie av jordmortjenester og en har nettbasert tilgang til psykologtjeneste. Spesielt det med psykologtjenesten er etter vår mening et noe redusert tilbud. Vi har også fått innspill på at det er utfordringer med hensyn til å få bemannet legevaktjenesten. Det er ellers sykefravær o.l. som er den største utfordringen for tjenestene når det gjelder å ha tilstrekkelig kompetanse tilstede i virksomhetene i det daglige. Av oversikten over antall ansatte i de ulike faggruppene ser vi at det er færre ansatte tilgjengelig enn tidligere. Spesielt gjelder dette helsefagarbeidere og sykepleiere. Det er også flere av tjenestene som er basert på en ansatt, noe som illustrerer sårbarheten med hensyn til tilgang til vikarer. Gjennomgangen av sykepleierressursen som ble gjennomført i 2022, og som endte opp med å foreslå endringer i turnus og endret organisering av sykepleierressursen, viser at kommunen tar grep for å sikre at lovpålagt kompetanse er på plass.

I intervju med de tillitsvalgte i tjenestene har vi fått innspill på at en sliter med for få folk på jobb, og at dette forverres når det er mye fravær. Det er imidlertid håp om at forslagene som er kommet i forbindelse med gjennomgang av sykepleierressursen i 2022 kan bedre situasjonen. I spørreundersøkelsen har de ansatte tatt stilling til en påstand om at Engerdal kommune har forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Gjennomsnittlig score på denne påstanden var på 3,8 (på en skala der 1 er helt uenig og 5 er helt enig). En viktig faktor med hensyn til forsvarlige tjenester er tilstrekkelig bemanning. Sammen med innspillene fra de tillitsvalgte tyder dette på at det stort sett oppleves at kommunene har forsvarlige tjenester, men at dette ikke alltid har vært tilfelle.

Vi mener at revisjonskriterie 15 er delvis etterlevd.


- Kommunen må sørge for å, til enhver tid, ha lovpålagt kompetanse på plass i et omfang som sikrer forsvarlige helse- og omsorgstjenester

7.3.2 Evaluering av de overordnede styringsdokumentene for kompetanseutvikling

Når det gjelder tiltakene i strategisk kompetanseplan, blir, etter vår vurdering, tiltakene som kan knyttes til rekruttering benyttet. Det varierer noe med hensyn til bruk av for eksempel læringsarenaer. Som vi har vært inne på under kriteriepunkt 12 i problemstilling 2, så meldes det årlig inn kompetansebehov i henhold til kommunens strategiske kompetanseplan. Det finnes imidlertid minimalt med evalueringer av de kompetansetiltakene som gjennomføres, og vi har etterlyst en mer omfattende plan og rapportering for kompetansetiltakene. Kommunens strategiske kompetanseplan legger opp til at det også skal utarbeides lokale planer i virksomheten, og at disse skal evalueres.

Det er også lagt opp til årlig rullering av den strategiske kompetanseplanen, samt en evaluering og revidering av denne planen i 2022. Vi kan ikke se at dette heller følges opp. Ut fra dette mener vi at kommunen bør evaluere planer og tiltak for kompetanseutvikling i større grad. For helse- og omsorgstjenestene vil denne typen evalueringer være et viktig grunnlag for kvalitetsarbeidet i virksomheten.

Vi mener at revisjonskriterie 16 er delvis etterlevd.

 Tiltakene i de overordnede styringsdokumentene for kompetanseutvikling i kommunen benyttes, evalueres slik det er det er forutsatt og endres dersom det er behov for det.

7.3.3 Bruk av ansattes kunnskap og erfaring i forbedringsarbeidet

I intervjuene har vi fått opplyst at det først og fremst er gjennom personalmøter at de ansatte har mulighet til å komme med innspill til forbedringer. Disse møtene gjennomføres ca. månedlig. Ellers er det også muligheter for å komme med innspill i den daglige drift. Medarbeidersamtaler og medarbeiderundersøkelser er også trukket frem som arenaer hvor det kan hentes inn erfaringer fra de ansatte, men dette blir da mer sporadisk. Vi har forstått det slik at det skrives referater fra personalmøtene, og vi antar da at innspill i disse møtene dokumenteres. Trepertssamarbeidet mellom kommuneledelsen, tillitsvalgte, verneombud og folkevalgte er også nevnt som en arena for de ansatte til å komme med innspill i forbedringsarbeidet. Det er vår vurdering at de ansatte har hensiktsmessige arenaer hvor det er mulig å bidra til forbedringer i tjenestene.

Muligheten til å gi innspill til forbedringer er også tema i spørreundersøkelsen til de ansatte. Her er det spurt om hvilke arenaer de mener er viktigst med hensyn til å komme med denne typen innspill. På topp ligger personalmøtene (84,4 %). Å melde avvik (81,3 %) og dialog i det daglige på arbeidsplassen (75 %) er også arenaer som mange har satt kryss ved. Medarbeidersamtaler er en arena som noen færre mener at er en aktuell arena for å komme med innspill til forbedring (62,5 %). Alternativene vedrørende det å melde fra om risiko-områder (43,8 %) og medarbeiderundersøkelser (28,1 %) var de alternativene som fikk minst oppslutning.

I spørreundersøkelsen har de ansatte også tatt stilling til en påstand om at de ansatte får mulighet til å medvirke i kvalitetsarbeidet med sin kunnskap og erfaring. Gjennomsnittlig score på denne påstanden var 3,2 (på en skala der 1 er helt uenig og 5 er helt enig). Det var 11,8 % som svarte «vet ikke» på denne påstanden. Den enkelte ansatte har også hatt anledning til komme med forslag til hvordan medvirkningen fra de ansatte kan forbedres. Selv om det var få ansatte som hadde innspill til forbedringer her, gikk tilbakemeldingene på ønsket om mer medvirkning. Resultatene fra spørreundersøkelsen indikerer at tjenestene har forbedringspotensial med hensyn til å legge til rette for medvirkning. Tjenestene bør fortsatt ha bruk av medarbeidernes kunnskap og erfaringer i fokus, og tydeliggjøre når og hvordan de ansatte kan bidra. Vi mener videre at forbedringsforslagene fra de

ulike arenaene bør samles på et sted og dokumenteres. Dette gjør det enklere å få oversikt i selve forbedringsarbeidet, samtidig som det tydeliggjør de ansattes medvirkning.

Vi mener at revisjonskriterie 17 er delvis etterlevd.

- Kommunen må legge til rette for medvirkning fra de ansatte i forbedringsarbeidet og bruke deres kunnskap og erfaring i forbedringsarbeidet

7.3.4 Bruk av pasient-, bruker- og pårørende erfaringer i forbedringsarbeidet

Det er gjennomført brukerundersøkelser i deler av tjenestene, og det planlegges nye slike undersøkelser våren 2023. De siste brukerundersøkelsene ble gjennomført i 2020 og en har i stor grad oppnådd gode resultater. I intervjuene har vi fått opplyst at en sliter med lav svarprosent i denne typen undersøkelser. Ellers er brukermøter eller oppfølgingsamtaler der eventuelt pårørende er tilstede angitt som en måte å innhente brukererfaringer på. Det kan også gjennomføres evalueringsmøter med brukerne. Etter hva vi kan forstå blir ikke denne typen informasjon dokumentert og systematisert, eller at den ses i sammenheng med andre typer tjenesteinformasjon i et system for forbedring av tjenestene. Vi mener at informasjonen som tjenestene får fra møter med den enkelte bruker/pasient fort blir tilfeldig og at forbedringsarbeidet også blir mer tilfeldig. Det finnes for tiden ingen brukerorganisasjoner, pårørendeforeninger el. som er aktuelle å involvere i forbedringsarbeidet i tjenestene, men det er vårt inntrykk at helse- og omsorgstjenestene stiller seg positive til denne typen samarbeid.

I spørreundersøkelsen har de ansatte tatt stilling til en påstand om at kommunen benytter erfaringer fra brukere og/eller pårørende til å utvikle kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene. Gjennomsnittlig score på denne påstanden var 2,9 (på en skala der 1 er helt uenig og 5 er helt enig). Det var hele 32,4 % som svarte «vet ikke» på denne påstanden. Dette tyder på at mange av de ansatte er uenige i, eller ikke vet hvordan erfaringer fra brukere og/eller pårørende benyttes i forbedringsarbeidet. Etter vår mening vil det være naturlig at en del av de ansatte er involvert i å videreformidle innspill fra brukere/pasienter og pårørende.

Vi mener generelt at tjenestene kunne hatt nytte av å utarbeide egne rutiner for hvordan pasient-, bruker- og pårørende erfaringer skal samles inn, og hvordan de skal benyttes i forbedringsarbeidet

Ut fra dette mener vi at revisjonskriterie 18 er delvis etterlevd.

- Kommunen må sørge for å gjøre bruk av erfaring fra pasienter, brukere og pårørende i forbedringsarbeidet.

7.3.5 Evaluering av helse- og omsorgstjenestene

Det gjøres ulike evalueringer av helse- og omsorgstjenestene gjennom evalueringer med bestemte formål, rapportering og internkontrollgjennomganger. Når det gjelder evalueringer med bestemte formål er statusrapporten for Engerdal kommune for «Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre» et eksempel hvor en tar for seg status og behov knyttet til aktuelle områder fra stortingsmeldingen med samme navn. Rapporten *sykepleierorganisering* er et annet eksempel. Vi mener denne typen evalueringer er noe på siden av den mer løpende evalueringen. Rapportene er hensiktsmessige for den bruken de er tiltenkt og kan godt være en del av evalueringen av helse og omsorgstjenestene. De er også viktige med hensyn til planlegging av tjenestene.


Vi mener videre at den rapporteringen som en finner i form av tertialrapporter og årsrapport blir for snever, sett i forhold til evaluering av helse- og omsorgstjenestene. Disse rapportene vil imidlertid være dekkende for de av målsettingene som går på økonomi. Det rapporteres ellers internt i helse- og omsorgstjenestene i forbindelse med ledermøter, og vi oppfatter at evaluering av tjenestene er tema i disse møtene. En generell utfordring når det gjelder evaluering av tjenestene, er at det ikke er lagt til grunn mer overordnede målsettinger for tjenestene. Vi finner videre lite med vurderinger som går konkret på etterlevelse av lov og forskrift i tjenestenes rapportering.

Når det gjelder oppfølging av at internkontrollen fungerer som forutsatt, gjennomfører virksomhetene internkontroll-gjennomganger på utvalgte emner som åpenbart kan være beheftet med risiko. Institusjonstjenestene og Forebyggende rehabilitering legger til grunn stikkprøvekontroller for utvalgte brukere/pasienter for sin rapportering, mens virksomhetsområdet Habilitering, avlastning og legetjenester gjør en mer generell oppsummering og innspill til forbedringer for de utvalgte områdene for internkontroll-gjennomgang. Der det er gjennomført stikkprøvekontroller er det avdekket en del avvik. For Forebyggende rehabilitering er det færre avvik for andre halvår 2022 enn for første halvår, mens det er motsatt for Institusjonstjenestene. Så lenge det avdekkes avvik på de valgte områdene mener vi det er på sin plass å fortsette stikkprøvekontrollene, men hovedhensikten må være at avvik som det kan iverksettes tiltak overfor, reduseres.

Når resultatene er akseptable kan emnet/risiko-området nedprioriteres fremfor andre emner/risiko-områder hvor risikoen er større. De er slik systematiske risikovurderinger er tenkt å fungere. Det er viktig at utviklingen følges opp og at de emner hvor risikoen for feil er størst, prioriteres. Vi mener videre at slike internkontroll-gjennomganger også må ses i sammenheng med annen informasjon en har tilgjengelig når tjenestene skal evalueres. Eksempelvis informasjon fra avvikssystemet, resultat fra systematiske risikovurderinger, brukerinnspill, medarbeiderinnspill, sammenligning med andre etc. Evalueringen bør gjennomføres fast, for eksempel en gang i året, og den bør etter vår vurdering dokumenteres i en rapport. Rapporten bør også tydeliggjøre hva tjenestene prioriterer fremover, og nettopp det at det er en skriftlig rapport vil være et virkemiddel for å få alle ansatte til å trekke i samme retning.

Det er vår vurdering at evaluering av tjenestene kan gjøres på et bredere grunnlag, at evalueringen bør dokumenteres med en samlet rapport for hele virksomheten som konkluderer på om tjenestenes praksis er i henhold til lov og fastsatte målsettinger. Rapporten bør også tydeliggjøre hvilke områder som prioriteres fremover for å sikre kvalitativt gode tjenester. En evaluering av tjenestene vil dessuten være et godt grunnlag for rapportering til de folkevalgte i kommunen.

Vi mener at revisjonskriterie 19 er delvis etterlevd.


 Kommunen må ha evaluert tjenestene i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring og benyttet kunnskap fra evalueringen i forbedringsarbeidet og til å gjøre korrigeringer.

7.3.6 Årlig vurdering av styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene

Slik vi har forstått det har styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene foreløpig ikke blitt evaluert. Dette er grunnleggende, og en viktig dokumentasjon på at styringssystemet er egnet til å sikre forsvarlige helse- og omsorgstjenester i henhold til lov og forskrift. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene stiller krav til at dette gjøres årlig. I forhold til å kunne dokumentere gjennomgangen mener vi at kommunen bør utarbeide rutiner for når og hvordan

gjennomgangen skal gjøres. Det bør videre skrives egne rapporter som beskriver resultatet og hva som er gjort av endringer for å sikre at systemet er godt nok.

Vi mener at revisjonskriterie 20 ikke er etterlevd.

-  Kommunen må minst en gang i året ha gjennomgått og vurdert hele styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene og korrigert der det er behov.

8 Konklusjon

Formålet med denne forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke om Engerdal kommune har styringssystemer i helse- og omsorgstjenestene som sikrer tilstrekkelig kompetanse i tjenestene og en forsvarlig drift.

Forvaltningsrevisjonen er i stor grad rettet mot hvordan kommunens helse- og omsorgstjenester etterlever forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedringer i helse- og omsorgstjenestene. Foruten at det mangler noen elementer for å leve opp til bestemmelsene i forskriften, ser vi at mange av avvikene kan knyttes til samordning av informasjon og dokumentasjon av handlinger som tjenestene gjør for å etterleve forskriften. Hensikten med forskriften er at kommunen skal jobbe forebyggende for å hindre avvik og uønskede hendelser.

Har kommunen hensiktsmessige styringssystemer for å sikre måloppnåelse og forsvarlige tjenester i helse- og omsorgstjenestene?

Vi mener kommunen delvis har hensiktsmessige styringssystemer for å sikre måloppnåelse og forsvarlige tjenester i helse- og omsorgstjenestene. Det finnes flere elementer av god styring rundt om i tjenestene. Utfordringen er imidlertid at en mangler enkelte grunnleggende elementer som skal til for å sikre et helhetlig og godt styringssystem. Systemet bør også dokumenteres i større grad. Konklusjonen er basert på følgende:

- Det finnes ikke en samlet og dokumentert analyse av sannsynligheten for at regelverk og målsettinger innen helse- og omsorgstjenestene ikke følges, og hvilke risiko-områder som styringssystemet må følge opp. En overordnet og samlet risikovurdering bør danne grunnlaget for utforming og dimensjonering av styringssystemet. For å tydeliggjøre hvilke krav ledelsen stiller til internkontroll/styring, og for å sikre integrering i virksomhetene, mener vi at en med fordel kan dokumentere systemet med en beskrivelse av hvordan det er oppbygd og hvordan det er tenkt å fungere.
- Helse- og omsorgstjenestene har ingen rutiner for å kartlegge og vurdere risiko i tjenestene på en systematisk måte. Det gjennomføres da heller ikke slike vurderinger. Å gjennomføre systematiske risikovurderinger er viktig med hensyn til å kunne avdekke områder hvor det er behov for å iverksette nye internkontrolltiltak eller justere eksisterende tiltak. Vi mener at innføring av systematiske risikovurderinger kan bidra til en mer rasjonell internkontroll, og økt trygghet for at tjenestene er forsvarlig. Systematiske risikovurderinger skal bidra til at riktige internkontrolltiltak iverksettes på de områdene hvor det er størst behov. Vi mener også at tjenestene bør vurdere skriftlige rutiner for utvikling og iverksetting av nye rutiner/internkontrolltiltak, samt distribusjon av informasjon til de ansatte i denne forbindelse.
- Tjenestenes styringssystem bidrar i noen grad til å skaffe oversikt over de rammevilkårene som til enhver tid gjelder for virksomheten. Dette gjelder imidlertid ikke kommunens egne målsettinger for tjenestene i særlig grad. Vi mener videre at styringssystemet bør utvikles for å skaffe tilveie mer informasjon som kan benyttes til systematisk planlegging av en forsvarlig tjeneste. I tillegg til å genererer data vedrørende avvik, bør styringssystemet også generere informasjon fra risikovurderinger, tilbakemeldinger fra brukere, innspill fra medarbeiderne, evaluering av kompetanse/kompetansetiltak, nasjonal statistikk og utvikling i egne tjenestedata sett opp mot kommunens målsettinger. Når det gjelder planlegging av hvordan denne informasjonen skal formidles til de ansatte i tjenestene, er ledermøter og personalmøter sentrale. Netpower skal også

være en informasjonskanal, men det er en ganske stor andel av de ansatte som ikke benytter dette systemet og det trengs tilrettelegging og opplæring. Spørreundersøkelsen til de ansatte viser at de fleste mener å ha tilgang på regelverk, reglementer, faglige anbefalinger og veiledere de har bruk for i jobben sin. Det er imidlertid en del usikkerhet blant de ansatte om hvorvidt de får informasjon om endringer i disse kunnskapskildene som har betydning for jobben deres. Ut fra dette mener vi at tjenestene bør legge større vekt på informasjon til de ansatte, sikre enkel tilgang til informasjon og at det gis opplæring i tjenestenes styringssystem.

- Det er vår vurdering at styringssystemet i liten grad gir oversikt over og beskriver fastsatte mål for tjenestene. Det samme gjelder også beskrivelser av oppgaver, aktiviteter og organisering. Når det gjelder ansvars-, oppgave- og myndighetsfordelingen er ansvars- og myndighetsfordelingen i tjenestene tilstrekkelig tydeliggjort overfor de ansatte. Spørreundersøkelsen til de ansatte viser imidlertid at oppgavefordelingen kan bli mer tydelig.
- Vi kan ikke se at tjenestene har noen samlet oversikt over eller beskrivelse av hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring. Dette er et krav i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene. Når det gjelder medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring mener vi tjenestene har god oversikt over dette. Tjenestene har også et system for avviksregistrering og avvikshåndtering som synes å fungere godt.
- Ledelsen følger opp at oppgavene gjennomføres som planlagt ved å være til stede og er tilgjengelige i avdelingene og gjennom intern rapportering. Ut fra tilbakemeldingene i spørreundersøkelsen til de ansatte kan det likevel være grunn til å vurdere om ledelsen bør være enda mer tilstede, og enda mer tydelige med hensyn til oppfølging av oppgavene

Arbeider kommunen systematisk for å sikre nødvendig kompetanse innen helse- og omsorgstjenestene?

Vi konkluderer med at kommunen arbeider systematisk for å sikre nødvendig kompetanse innen helse- og omsorgstjenestene. Det finnes likevel områder som kan forbedres. Konklusjonen er basert på følgende:

- Tjenestene har egne rutiner/sjekklister for opplæring av nytilsatte og de får veiledning av andre ansatte i starten. Fra de ansatte i tjenestene er tilbakemeldingen at det bør legges bedre til rette for opplæring av nytilsatte. At oppfølgingen kan bli for sporadisk, at en må forholde seg til flere ulike kontaktpersoner og at det ikke avsettes nok tid er tilbakemeldingene fra intervjuer og spørreundersøkelsen til de ansatte. Det er også etterlyst rutiner som sikrer en god oppfølging i prøvetiden. Slike rutiner vil blant annet kunne innebære formaliserte oppfølgingsmøter og tilbakemeldinger til den nytilsatte.
- Våre undersøkelser viser at kommunen har ansatte som er rimelig godt motivert til å delta i kompetanseutviklingstiltak. Undersøkelsene viser også at ledelsen i helse- og omsorgstjenestene gjør sitt for å motivere sine ansatte i denne forbindelse. Utfordringen er imidlertid å få avsatt tid og skaffet vikarer slik at ansatte kan delta i kompetansetiltak. Vi mener at kommunen bør vurdere hvordan en kan legge bedre til rette for dette slik at en unngår at ansatte mangler nødvendig kunnskap og kompetanse. Det er vanlig at de som har deltatt på kurs og andre opplæringstiltak deler ny kompetanse med sine kolleger i personalmøter, men vi har også fått tilbakemelding på at det avsettes for lite tid til intern opplæring. Arbeidsplassbasert opplæring er en av læringsarenaene som kommunens strategiske kompetanseplan legger opp til at skal brukes. I helse- og

omsorgstjenestene opplever ikke de ansatte at dette er en læringsmetode som benyttes i særlig grad. Vi mener at tjenestene kan ha mer fokus på intern opplæring, både i interne møter/grupper og som arbeidsplassbasert opplæring. Det kan eventuelt utvikles egne rutiner for denne typen opplæring.

- Vi mener at helse- og omsorgstjenestene har rutiner som sikrer at endringer i rammevilkårene, og dermed behovet for kunnskap og kompetanse for tjenestene, fanges opp og implementeres. Vi mener også at tjenestene har god oversikt over de ansattes kompetanse og hva som er kompetansebehovet.
- Det er bestemmelser i kommunens strategiske kompetanseplan som kan følges bedre opp. Dette gjelder blant annet utarbeidelse av egne lokale kompetanseplaner og evaluering av kompetansetiltakene. Vi mener at en kort kompetanseplan for den enkelte virksomhet, der en også hadde en kort evaluering av de gjennomførte opplæringstiltakene, kan bedre planleggingen.
- De fleste ansatte i helse- og omsorgstjenestene har hatt 1-3 dager eller mer med opplæring siste året. Tilbakemeldingen er videre at virksomhetene stort sett får gjennomslag for de kompetansetiltakene det meldes inn, og det synes for oss som at de fleste medarbeiderne får tilstrekkelig med opplæring og etterutdanning.
- Vi kan ikke se at helse- og omsorgstjenestene har et fastsatt system og faste rutiner som sikrer et planmessig arbeid med kvalitetsforbedringer. Selv om det gjøres mye godt arbeid for å forbedre helse- og omsorgstjenestene, kan vi ikke se at dette er satt tilstrekkelig i system. Det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring er så sentralt i tjenestenes kvalitetssystem at vi mener det bør dokumenteres. Veilederen til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene legger vekt på at medarbeidere i helse- og omsorgstjenestene må få tilstrekkelig opplæring i forbedringsarbeid, det er ikke vårt inntrykk at de ansatte har fått opplæring i forbedringsarbeid i særlig grad.

Sikrer styringssystemet og arbeidet med kompetanseutvikling måloppnåelse og en forsvarlig drift av helse- og omsorgstjenestene?

Vår konklusjon er at styringssystemet og arbeidet med kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenestene i tilfredsstillende grad sikrer måloppnåelse og en forsvarlig drift av tjenestene. Det finnes områder hvor det er behov for forbedring, og konklusjonene er basert på følgende:

- Når det gjelder å sørge for å, til enhver tid, ha lovpålagt kompetanse på plass i et omfang som sikrer forsvarlige helse- og omsorgstjenester, er grunnbemanningen slik at dette ivaretas. Våre undersøkelser viser imidlertid at risikoen øker ved fravær, og det er ikke alltid at de ansatte i tjenestene opplever at de er mange nok på jobb til å sikre forsvarlige tjenester.
- Tiltakene i kommunens strategiske kompetanseplan følges opp når det gjelder rekruttering og melding av kompetansebehov. Den følges imidlertid ikke opp når det gjelder planlegging på virksomhetsnivå og når det gjelder evaluering av kompetansetiltak. Det er også lagt opp til årlig rullering av den strategiske kompetanseplanen, samt en evaluering og revidering av denne planen i 2022. Vi kan heller ikke se at dette er fulgt opp.
- Når det gjelder bruk av ansattes kunnskap og erfaring i forbedringsarbeidet finnes det hensiktsmessige arenaer hvor dette er mulig. Personalmøtene regnes som den viktigste. Tilbakemeldingene fra de ansatte tilsier at helse- og omsorgstjenestene bør ha bruk av

medarbeidernes kunnskap og erfaringer i enda større fokus, og tydeliggjøre når og hvordan de ansatte kan bidra. Å dokumentere og samle forbedringsforslagene fra de ulike arenaene på et sted kan bidra til å tydeliggjøre de ansattes medvirkning, samtidig som dette gjør det enklere å få oversikt i selve forbedringsarbeidet.

- Det innhentes erfaringer fra brukere/pårørende både ved bruker- og pårørendeundersøkelser og direkte fra enkeltbruker/pasient og enkelt-pårørende. Det finnes i liten grad bruker-/pårørende organisasjoner som kan involveres i utvikling av tjenestene i Engerdal. Erfaringer innhentet fra enkeltbruker/pasient og pårørende blir etter hva vi kan forstå, ikke dokumentert og systematisert, eller at de ses i sammenheng med andre typer tjenesteinformasjon i et system for kvalitetsforbedring. Dette øker risikoen for at bruk av bruker-/pasient og pårørende erfaringer blir tilfeldig og at forbedringsarbeidet også blir tilfeldig. De ansatte i helse- og omsorgstjenestene har ikke inntrykk av at bruker-/pasient- og pårørende-erfaringer benyttes til å utvikle kvaliteten i tjenestene i særlig grad.
- Det gjøres ulike evalueringer av helse- og omsorgstjenestene gjennom evalueringer med bestemte formål, rapportering og internkontroll-gjennomganger. Vi savner imidlertid en samlet evaluering av helse- og omsorgstjenestene som blant annet rapporterer på måloppnåelse når det gjelder kvalitet i tjenestene og etterlevelse av kravene i helse- og omsorgslovgivningen. En slik samlet evaluering bør omfatte informasjon fra avvikssystemet, resultat fra systematiske risikovurderinger, brukerinnspill, medarbeiderinnspill, sammenligning med andre etc., og vil være et viktig grunnlag for å vurdere styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene. Det vil også være et godt grunnlag for rapportering til de folkevalgte.
- Styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene blir ikke evaluert årlig, slik Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene stiller krav om. Dette er grunnleggende, og en viktig dokumentasjon på at styringssystemet er egnet til å sikre forsvarlige helse- og omsorgstjenester i henhold til lov og forskrift. Vi mener kommunen bør innføre rutiner for når og hvordan gjennomgangen skal gjøres. Det bør videre utarbeides egne rapporter som beskriver resultatet og hva som er gjort av endringer for å sikre at systemet er godt nok.

9 Anbefalinger

Med bakgrunn i de vurderinger og konklusjoner som er gjort gir vi kommunen anbefalinger. Disse har vi delt inn etter problemstillingene i forvaltningsrevisjonen. Når det gjelder **helse- og omsorgstjenestenes styringssystem** anbefaler vi at kommunen vurderer å:

1. Gjennomføre en samlet analyse av sannsynligheten for at regelverk og målsettinger innen helse- og omsorgstjenestene ikke følges. Analysen må kunne danne grunnlag for utforming og dimensjonering av styringssystemet.
2. Innføre rutiner for:
 - Systematiske kartlegginger og vurdering av risiko i tjenestene.
 - Utvikling og iverksetting av internkontrolltiltak.
3. Tydeliggjøre kommunens egne målsettinger for tjenestene og gjøre disse mer tilgjengelige. Kommunens egne målsettinger er en viktig del av oversikten over gjeldende rammevilkår og bør være lett tilgjengelige i styringssystemet.

4. Utvikle styringssystemet slik at det kan skaffe tilveie mer informasjon som kan benyttes til systematisk planlegging av en forsvarlig tjeneste. Styringssystemet bør kunne generere data vedrørende avvik, informasjon fra risikovurderinger, tilbakemeldinger fra brukere, innspill fra medarbeiderne, evaluering av kompetanse/kompetansetiltak, nasjonal statistikk og utvikling av egne tjenestedata sett opp mot andre og mot kommunens målsettinger.
5. Utarbeide en samlet oversikt over/beskrivelse av hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene. Det bør også vurderes å gi de ansatte i tjenestene opplæring i forbedringsarbeid.
6. Vurdere hvordan styringssystemet kan legge til rette for at ansatte får enklere tilgang til nødvendig informasjon. I denne forbindelse bør det også gis opplæring i bruk av tjenestenes styringssystem.

I tilknytning til **systematisk arbeid for å sikre nødvendig kompetanse** bør kommunen vurdere:

7. Tiltak for å sikre en grundigere og mer koordinert opplæring av nytilsatte. Det bør også vurderes å innføre mer formaliserte rutiner for oppfølging av nytilsatte i prøvetiden.
8. Tiltak som gjør at det avsettes nok tid og legges bedre til rette for deltagelse i kompetansetiltak for de ansatte. Vi mener at tjenestene kan ha mer fokus på intern opplæring, både i interne møter/grupper og som arbeidsplassbasert opplæring. Det kan eventuelt utvikles rutiner for dette.
9. Å følge opp bestemmelsene i kommunens strategiske kompetanseplan når det gjelder å:
 - Utarbeide enkle kompetanseplaner for hver virksomhet.
 - Evaluere de gjennomførte opplæringstiltakene.
 - Evaluering og revidering av den strategiske kompetanseplanen.

Når det gjelder det **å sikre en forsvarlig drift av tjenestene** mener vi at kommunen bør vurdere:

10. Hvordan kommunen kan sikre forsvarlige tjenester i perioder med mye fravær
11. Hvordan ansattes kunnskap og erfaring, samt erfaringer fra enkelt-brukere/pårørende, kan systematiseres i større grad og ses i sammenheng med andre typer tjenesteinformasjon i et system for kvalitetsforbedring.
12. Å gjennomføre en samlet evaluering av helse- og omsorgstjenestene årlig, som blant annet rapporterer på måloppnåelse når det gjelder kvalitet i tjenestene og etterlevelse av kravene i helse- og omsorgslovgivningen. En slik samlet evaluering vil være et godt grunnlag for rapportering til de folkevalgte
13. Å innføre rutiner for en årlig evaluering av styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene. Vi mener det i denne forbindelse bør utarbeides egne rapporter som beskriver resultatet og hva som er gjort av endringer for å sikre at systemet er godt nok.

10 Kommunedirektørens uttalelse



Engerdal kommune
Organisasjons- og tjenesteutvikling



Unntatt offentlighet: Offl § 23 første ledd

Dato: 24.02.2023

Saksnr.: 2023/219-1459/2023

Notat

Kommunedirektørens uttalelse til foreløpig forvaltningsrevisjonsrapport

Kommunedirektøren viser til foreløpig rapport oversendt fra utøvende forvaltningsrevisor i Revisjon Øst IKS, og gir med dette uttalelse til foreløpig rapport i henhold til kommuneloven § 23-5, annet ledd.

Kommunedirektøren setter pris på kontrollutvalgets bestilling av en slik forvaltningsrevisjon, da dette gir både kommunedirektøren men også resten av organisasjonen et godt innblikk i hvordan kommunen arbeider og vurderes i forhold til de revisjonskriterier som ligger til grunn. Kildene som revisjonskriteriene er utledet fra, er overordnet for tjenesten og kommunedirektøren stiller seg bak disse.

Av de vurderinger og konklusjoner som rapporten gir, så er Kommunedirektøren kjent med noen av disse fra tidligere. En av virksomhetene innenfor sektoren hadde høsten 2022 tilsyn fra Statsforvalteren som viser flere sammenfallende konklusjoner som foreløpig forvaltningsrapport også gjør.

Noe av utfordringene til sektoren har vært begrenset med ressurser for å avsette tid til kontinuerlig arbeid med blant annet styringssystemer og systematisk oppfølging. Virksomhetsledere bruker mye av sin tid til å sikre tilstrekkelig bemanning for forsvarlig drift av tjenestene, som går på bekostning av andre arbeidsoppgaver.

Kommunen har et overordnet kvalitetssystem som en viktig del av å sikre systematisk arbeid for måloppnåelse og forsvarlige tjenester. Sektoren bruker i stor grad dette systemet, men vi ser at det er noen mangler i forhold til dette med dokumentasjon og at enkelte ansatte uttrykker mangel på opplæring i systemet. Sektoren har heller ikke hatt noen overordnet plan/målsetting for tjenesten og arbeider ut fra relevant lovverk, forskrift og veiledere. Helse- og omsorgsplan ligger inne i planstrategien og sektoren har arbeidet med denne nå i 2022 med mål om ferdigstillelse, men kom ikke helt i mål og jobber videre i 2023 med denne.

Kommunedirektøren har iverksatt flere tiltak som støtter oppunder rapportens konklusjoner og anbefalinger og vil planlegge ytterligere tiltak basert på rapporten;

- Kommunen har påstartet arbeid med revidering av kompetanseplan hvor virksomheter skal gi sine innspill. Midler til kurs og kompetansehevede tiltak i kommunen er økt med 500' i årets budsjett.



Engerdal kommune
Organisasjons- og tjenesteutvikling



- Som følge av ny organisasjonsendring er det fra 01.01.23 økt ressurs til ledelse innen sektoren, da sektorleder for helse og mestring er 100% stilling. Dette er en økning med 50% stilling fra tidligere organisering, noe som vil gi sektorleder større mulighet til å følge opp overordnet styrings- og kvalitetsarbeid. Det er også under vurdering hvorvidt organisering av den totale lederressurser kan og bør fordeles på best mulig måte.
- Kommunen har innført 3-part som organ hvor virksomhetsleder, tillitsvalgt og verneombud ved hver virksomhet er representert. Dette vil i enda større grad sikre medvirkning fra ansatte i saker som omgår virksomheten.
- Kommunen er under arbeid med å gjøre styringssystemet mer kjent i organisasjonen. Det vil også her utarbeides en overordnet plan for systemet i kommunen som en viktig del av Kommunedirektørens interkontroll. I denne overordnede planen vil det beskrives hvordan man skal sikre systematisk oppfølging i tjenesten og hvordan dette brukes i evaluering og videre arbeid.
- Kommunedirektøren har startet en prosess for å evaluere kommunens planhierarki og vil her legge til grunn de konklusjoner og anbefalinger som rapporten viser i forhold til blant annet målsetting for sektoren. Virksomhetsplaner med tilhørende kompetanseplaner med mer vil vurderes i denne sammenheng for mer helhetlig sammenheng med øvrige planverk i kommunen.
- Brukerundersøkelser vil gjennomføres i løpet av første halvår 2023. Kommunen benytter bedrekommune.no i dette arbeidet.
- Kommunen har nylig revidert overordnet risiko og sårbarhetsanalyse, og vil i forlengelsen av dette gjøre det samme innenfor sektor for helse og mestring.

Geir Sverdrup
Kommunedirektør

11 Referanser

RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, *Norges kommunerevisorforbund august 2020*

L22.06.2018 nr. 83 - KommuneLOven

Veileder i internkontroll i kommunesektoren – kravene i kommuneLOven, *Kommunal og moderniseringsdepartementet 13.10.2021*

Orden i eget hus – Veileder om kommunedirektørens internkontroll, *KS april 2020*

L24.06.2011 nr. 30 - Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

L02.07.1999 nr. 64 - Lov om helsepersonell m.v.

F28.10.2016 nr. 1250 - Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten

Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten – veileder til lov og forskrift, *Helsedirektoratet 2018*

Kommuneplanens samfunnsdel 2018-2029, *Engerdal kommune 2018*

Strategisk kompetanseplan for 2021-2022, *Engerdal kommune 2021*

Lønnspolitisk plan 2021-2024, *Engerdal kommune 2021*

Årsbudsjett 2021 og økonomiplan 2021-2024, *Engerdal kommune 2020*

Årsmelding 2021 – *Engerdal kommune*

Tertialrapport 1 – *Engerdal kommune 2021*

Tertialrapport 2 – *Engerdal kommune 2021*

Tertialrapport 1 – *Engerdal kommune 2022*

Tertialrapport 2 – *Engerdal kommune 2022*

Leve hele livet- En kvalitetsreform for eldre, *Statusrapport for Engerdal kommune november 2020*

Rapport sykepleierorganisering – *Engerdal kommune 2022*

Statusrapport omstillingsprosjekt helse og velferd – *Engerdal kommune 2019*

Risiko- og sårbarhetsanalyse Engerdal Helse- og omsorgssenter, *Engerdal kommune 2018*

11.1 Internettreferanser

<https://www.engerdal.kommune.no/tjenester/helse-og-velferd/>

Vedlegg A: Revisjonskriterier

1. Om utledningen av revisjonskriterier

Dette dokumentet vil presentere grunnlaget for de aktuelle revisjonskriteriene som skal anvendes i forvaltningsrevisjonsprosjektet med temaet: «Styring, drift og kompetanse i helse- og omsorgstjenestene, Engerdal kommune».

Revisjon Øst IKS forholder seg til *RSK 001*, den gjeldende standarden for forvaltningsrevisjon nedsatt av Norges kommunerevisorforbund. Standarden definerer hva god kommunal revisjonsskikk består av, og inneholder de grunnleggende prinsippene og normer for planlegging, gjennomføring og rapportering for forvaltningsrevisjon i kommuner og fylkeskommuner.

I RSK 001 fremgår det at det skal utarbeides revisjonskriterier for problemstillingene som skal vurderes i et forvaltningsrevisjonsprosjekt.² Revisjonskriterier er de kravene, normene og/eller standardene som den reviderte enheten skal vurderes i forhold til. Kriteriene skal utledes fra autoritative eller anerkjente kilder innenfor det reviderte området og tar utgangspunkt i en rekke kilder. Mest toneangivende i slike kilder vil være lover og forskrifter på det reviderte området da disse definerer de forventningene og lovkrav som forvaltningen er lovpålagt å forholde seg til. Kriteriene må i det videre være relevante, konkrete og i samsvar med de kravene og føringer som gjelder for den reviderte enhet.

³

I tråd med god revisjonsskikk, og stabil forankring av prosjektets vurderinger, oversendes revisjonskriteriene til kommunedirektør som øverste leder for kommunens administrasjon. Denne kan så delegere gjennomgangen av dokumentet til andre i kommunens administrasjon om ønskelig. Det er revisjonens ønske å få tilbakemelding på om kommunedirektøren/den reviderte enhet(er) opplever kriteriene som relevante for de krav som kan stilles overfor tjenesteområdet, og om eventuelle innspill til endringer eller justeringer.

I det følgende vil kriteriene for forventninger knyttet til styring, drift og kompetanse innen helse- og omsorgstjenestene presenteres. Kriteriene vil ta utgangspunkt i relevante lovverk, deres tilhørende forskrifter, nasjonale føringer, rundskriv og retningslinjer. De aktuelle kildene og påfølgende revisjonskriterier vil omtales nærmere under gjennomgangen av problemstillingene i dette dokumentet.

Av hensynet til revisjonens omfang kan en avgrensning av undersøkelsen bli nødvendig. Det vil derfor ikke nødvendigvis foretas vurderinger av samtlige av de fremsatte kriteriene. I tillegg kan det være nødvendig å endre eller tilføye revisjonskriterier underveis prosjektet. Skulle slike endringer forekomme vil den reviderte enhet bli underrettet om det.

2. Bakgrunn for bestillingen

Kommuneloven § 23-2 punkt c, fremmer at kontrollutvalget skal påse at det blir gjennomført forvaltningsrevisjon i kommunen. I tråd med *Plan for forvaltningsrevisjon for Engerdal Kommune, 2020 – 2023*, bestilte kontrollutvalget i Engerdal kommune 1.3.21 en sammenslått prosjektplan for

² RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon pkt. 20

³ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon pkt. 14 – 15.

gjennomføringen av forvaltningsrevisjonsprosjektene nr. 4 og 13 i den ovennevnte planen.⁴ Kontrollutvalget gikk videre med anbefalingene i denne, og bestilte i sak EN-23/21, den 31.5.21 en forvaltningsrevisjon basert på tematikken slik den ble utledet i prosjektplanen.

Undersøkelsens formål, slik den fremkommer av kontrollutvalgets beslutning og den vedtatte prosjektplanen, blir å undersøke om Engerdal kommune har styringssystemer i helse- og omsorgstjenestene som sikrer tilstrekkelig kompetanse i tjenestene og en forsvarlig drift. Dette skal besvares gjennom følgende problemstillinger:

1. *Har kommunen hensiktsmessige styringssystemer for å sikre måloppnåelse og forsvarlige tjenester i helse- og omsorgstjenestene?*
2. *Arbeider kommunen systematisk for å sikre nødvendig kompetanse innen helse- og omsorgstjenestene?*
3. *Sikrer styringssystemet og arbeidet med kompetanseutvikling måloppnåelse og en forsvarlig drift av helse- og omsorgstjenestene?*

Forvaltningsrevisjonen avgrenses til å gjelde helse- og omsorgstjenestenes enheter i Engerdal kommune. Dette innebærer at enhetene som er gjenstand for revisjon er: Forebyggende rehabilitering, Institusjonstjenester, Habilitering/avlastning og legetjenester.

3. Utledning av revisjonskriterier

3.1. Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 1

Problemstilling 1:

Har kommunen hensiktsmessige styringssystemer for å sikre måloppnåelse og forsvarlige tjenester i helse- og omsorgstjenestene?

Måloppnåelse i helse- og omsorgstjenestene kan knyttes tett opp til etterlevelse av lover og forskrifter som gjelder for tjenestene. Etterlevelse av lov og forskriftskrav utgjør minimum av hva kommunen må ha på plass for å sikre kommunens innbyggere forsvarlige tjenester. Vi legger til grunn at kommunen som minimum har som målsetting å yte helse og omsorgstjenester i henhold til lov og forskrift. I tillegg kan kommunen ha egne målsettinger for tjenestene.

Ut ifra innledningen i «Årsbudsjett 2022 og økonomiplan 2022-2025», der det legges opp til å en rekke reduksjoner, samtidig som det er behov for økte inntekter gjennom eierutbytte og eiendomsskatt, oppfatter vi at kommunen er i en omstillingsprosess og at økonomien er i ferd med å strammes inn. En målsetting om mest mulig rasjonell/effektiv drift er således reell. I tidligere årsbudsjett og økonomiplandokumenter har målsettingene for helse- og omsorgstjenestene vært omtalt, og en oppsummering av disse er at kommunen har som mål å levere kvalitativt gode tjenester som er i henhold til lov/forskrift og andre krav fra statlige myndigheter. Selv om målsettingene delvis er utelatt i siste årsbudsjett/økonomiplan legger vi til grunn at kommunen fortsatt har dette som målsetting.

⁴ Nr. 4: «Kompetanse i kommunens organisasjon», nr. 13: «Styring og drift av pleie- og omsorgstjenesten»

Kommunes styringssystem er sentralt for å sikre måloppnåelse og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. I følge Helsedirektoratets veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene er begrepet styringssystem i stor grad sammenfallende med kravene til internkontroll i disse tjenestene.

Kommunelovens § 25-1 innebærer at kommunen må ha internkontroll med administrasjonens virksomhet for å sikre at lover og forskrifter følges. Det er kommunedirektøren som er ansvarlig for internkontrollen som skal være systematisk og tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. I denne forbindelse skal kommunedirektøren:

- a) utarbeide en beskrivelse av virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering
- b) ha nødvendige rutiner og prosedyrer
- c) avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik
- d) dokumentere internkontrollen i den formen og det omfanget som er nødvendig
- e) evaluere og ved behov forbedre skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll.

Vi legger til grunn at forsvarlige helse- og omsorgstjenester av god kvalitet som utføres rasjonelt/effektivt er sentrale målsettinger for kommuneledelsen. Det kan forventes at kommunen har et sett rutiner og prosedyrer som skal sikre at målsettingene oppnås, at rutinene og prosedyrene (og andre internkontrolltiltak) er egnet til å avdekke avvik på området, at avvik følges opp og at risiko for avvik på området vurderes systematisk. Det kan videre forventes at kommunen med bakgrunn i erfarte avvik og løpende risikovurderinger knyttet til målsettingene i helse- og omsorgstjenestene vurderer og eventuelt forbedrer skriftlige rutiner og øvrige internkontrolltiltak. Vi må også kunne forvente at kommunen har en beskrivelse av kommunens internkontrollsystem, i henhold til kravet om dokumentasjon.

Kommunesektorens organisasjon (KS) har utarbeidet en veileder med hensyn til kommunedirektørens internkontroll.⁵ Utgangspunktet i denne veilederen er at god internkontroll skal bidra til en utvikling i tråd med folkevalgte planer og vedtak, sikre kvalitet og effektivitet i tjenesteyting og forvaltning, og bidra til godt omdømme og legitimitet i kommunesektoren. Veilederen fokuserer på at internkontrollen bør være risikobasert, og det tas til orde for at det bør utarbeides en felles metode for vurdering av risiko i kommunen. Mens kommunedirektørens risikovurderinger i stor grad vil være rettet mot om internkontrollen i kommunen fungerer, vil risikovurderingene på mer operativt nivå rette seg mot arbeidsprosessene.

KS anbefaler generelt felles struktur, maler og standarder for internkontrollarbeid. Det anbefales blant annet felles maler for:

- Rutiner, prosedyrer, retningslinjer
- Risikokartlegging og risikovurderinger
- Dokumentasjon av internkontrolltiltak
- Felles frekvens og form på rapportering

Når det gjelder risikokartlegginger og risikovurderinger anbefaler KS en bred involvering av ledere og ansatte. Hensikten med risikobasert internkontroll er å sikre seg mot uønskede hendelser og å prioritere de områdene hvor muligheten for slike hendelser er størst (mest sannsynlig), og/eller hvor

⁵ KS. 2020. Orden i eget hus. Kommunedirektørens internkontroll. En praktisk veileder.

hendelsene har størst konsekvenser. En iverksetter så internkontrolltiltak som reduserer risikoen på området.

I følge **Internkontroll i kommunesektoren – veileder til kravene i kommuneloven** (KMDs juridiske veileder til internkontrollbestemmelsen), må kommunen gjøre en konkret analyse og vurdering av sannsynligheten for at lover og forskrifter ikke følges, og hvilke konsekvenser dette i så fall kan få. Vurderingene må gjøres for kommunen som helhet og innenfor de enkelte delene av kommunens virksomhet. Dette vil også da måtte gjelde helse- og omsorgstjenestene i kommunen.

Det finnes egne lovbestemmelser som fastsetter kravene til internkontroll i helse- og omsorgstjenestene, selv om mye også er likt med bestemmelsene i kommuneloven. Etter § 5 i **lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv.** plikter enhver som yter helse- og omsorgstjenester å etablere et internkontrollsystem for virksomheten. Det skal videre sørges for at *«virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt eller i medhold av lover og forskrifter»*. Av **lov om helse- og omsorgstjenester m.m.** § 3-1 første ledd angis kommunenes plikt til å: *«sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig helse- og omsorgstjenester»* og fra tredje ledd at kommunens samtidige plikt er å: *«planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift»*. Dette utgjør i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 4, styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene.

Forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten spesifiserer ytterligere de krav og forventninger som stilles til internkontrollen innenfor helse- og omsorgstjenestene, i tillegg til krav og forventninger til kvalitetsforbedring. Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgstjenestelovgivningen etterleves. I henhold til forskriften § 3 skal den som har ansvaret for virksomheten *«sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften, og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette»*.

Kravene til styringssystemets omfang og dokumentasjon tilsvarer bestemmelsene om internkontroll i kommuneloven. Det vil si at styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. Måten pliktene i forskriften etterleves skal dokumenteres i den form og i det omfang som er nødvendig ut fra virksomhetenes art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig. Det må således forventes at det er gjort en vurdering av hva som er riktig «dimensjonering» av styringssystemet og behovet for å dokumentere at pliktene er etterlevd. Denne vurderingen bør ha sin basis i risikovurderinger knyttet til virksomheten. Det må også være opprettet et system som sikrer at dokumentasjonen er tilgjengelig og oppdatert til enhver tid.

Forskriften stiller konkrete krav til hvilke oppgaver som må gjennomføres når det gjelder plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere kommunens aktiviteter i helse- og omsorgstjenestene. Hva kravene innebærer i praksis er beskrevet i Helsedirektoratets veileder til forskriften.

I forskriften § 6 b) slås det fast at kommunen plikter å innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene. I veilederen til forskriften heter det at det må være gjort en vurdering av hva som er tilstrekkelig informasjon og kunnskap i denne forbindelse. Som eksempel på kilder til informasjon nevner veilederen intern rapportering på tjenestedata,

brukerundersøkelser, klager, avvik, økonomi og HMS. Det innebærer også innhenting av ekstern informasjon som demografi og tjenestebehov, nasjonal statistikk og kvalitetsindikatorer.

I henhold til samme paragrafs punkt c) plikter kommunen å ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten. I følge veilederen må ledelsen sørge for at relevant regelverk, retningslinjer og veiledere ligger til grunn for virksomhetens planarbeid, at det er kjent for medarbeiderne og at det er lett tilgjengelig. Tilsvarende vil gjelde for kommunens egne krav/målsettinger. Eksempelvis knyttet til effektiv drift og kvalitet i tjenestene. Det presiseres også at nasjonale faglige retningslinjer, veiledere, faglige råd og anbefalinger beskriver det som helsemyndighetene har definert som faglig forsvarlig praksis. Det må forventes at kommunen har rutiner for å følge med på, fange opp og implementere endringer i regelverk.

I henhold til forskriften § 6 a) plikter kommunen å ha oversikt over og en beskrivelse av virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt. Det skal også fremgå klart hvordan helse- og omsorgstjenestene skal arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

I veilederen til forskriften heter det at kommunen bør fastsette målsettinger med hensyn til kvaliteten på tjenestene som er tydelige, konkrete, tallfestede, målbare og tidsbestemte. Målene bør utarbeides i samarbeid resten av organisasjonen og kan gå på forhold som brukertilfredshet, kvalitet og forbedring, økonomi, effektivitet og personal/HMS. Målene må videre følges opp løpende og ved rapportering. Dette bør gjenspeiles i helse- og omsorgstjenestenes planer og rapportering.

Når det gjelder fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet skal dette være tydelig for hele organisasjonen. Den enkelte medarbeider må ikke bare ha oversikt over sitt eget ansvarsområde, oppgaver og myndighet, men også ha kunnskap om andres relevante ansvar og oppgaver. Organisasjonskart, delegasjonsreglementer og funksjonsbeskrivelser vil være kilder for kunnskap her. Det er videre presisert at organiseringen må legge til rette for at medarbeiderne kan levere faglige forsvarlige tjenester. Veilederen anbefaler videre en felles metodikk for arbeidet med kvalitetsforbedring som er kjent i hele virksomheten. Dette fordrer at metoden er skriftliggjort.

Etter forskriften § 6 d) må kommunen ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller manglende etterlevelse av myndighetskrav og hvor det er behov for vesentlig forbedring på tjenestekvalitet og pasient- og brukersikkerhet. Veilederen sier at kommunen plikter å ha rutiner for systematiske gjennomganger for å avdekke aktiviteter eller prosesser hvor det er fare for svikt. Samme paragrafs punkt f) innebærer at kommunene har en plikt til å holde oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring, noe vi kommer nærmere inn på under problemstilling 2.

§ 6 g) sier at kommunen plikter å ha oversikt over avvik. Avvik kan være uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som avklarer om tjenestene er i henhold til lovkrav og om de er forsvarlige. Det skal også holdes oversikt over avvik med hensyn til det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring og pasient og brukersikkerhet. Veilederen sier i denne forbindelse at det er viktig med en godt innarbeidet kultur for avviksmeldinger, et godt system for å registrere avvikene, at det analyseres hva som er årsaken til avvikene og at avvikene benyttes til læring og å forebygge avvik.

Kommunens plikter i forbindelse med gjennomføring av aktiviteter innen helse- og omsorgstjenestene fremkommer av forskriften § 7. De to første av oppgavene som nevnes i denne paragrafen er en oppfølging av planleggingsoppgavene. I henhold til punkt a) skal kommunen sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres. I veilederen vektlegges det at informasjon som den enkelte har behov for, må være lett tilgjengelig. Dette handler også om implementering av planer for videreutvikling og forbedring, og det anbefales å avsette tid for dette. Det anbefales også å ha rutiner for innføring av nye retningslinjer og prosedyrer og distribusjon av opplysninger. Etter punkt b) skal kommunen sørge for at medarbeiderne i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet. Hvordan denne oppgaven praktiseres følges nærmere opp under problemstilling 2.

Etter punkt c) skal kommunen utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Dette arbeidet må ta utgangspunkt i risikovurderinger og erfarte avvik som nevnt i forskriften paragraf 6.

I henhold til punkt d) må kommunen sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes, og etter punkt e) må kommunen sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende. Ansattmedvirkning og brukermedvirkning må altså være en del av den daglige driften i helse- og omsorgstjenestene. Hvordan disse oppgavene praktiseres følges nærmere opp under problemstilling 3.

3.1.1. Punktvis oppsummering av revisjonskriterier for problemstilling 1

Revisjonskriteriene for denne problemstillingen kan oppsummeres i følgende punkter:

1. Det må være gjort en konkret analyse og vurdering av sannsynligheten for at regelverk og målsettinger innen helse og omsorgstjenestene ikke følges, og styringssystemet må utformes og dokumenteres med bakgrunn i vurderingen.
2. Kommunen bør ha felles struktur, maler og standarder for internkontrollarbeid/kvalitetsarbeid.
3. Styringssystemet må bidra til å skaffe oversikt over de rammevilkårene som til enhver tid gjelder for virksomheten, det må skaffes tilveie tilstrekkelig informasjon og kunnskap som kan benyttes til planlegging av en forsvarlig tjeneste, og det må planlegges hvordan denne informasjonen skal gjøres kjent i virksomheten.
4. I forbindelse med planlegging av virksomheten må styringssystemet sikre oversikt over:
 - Og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering.
 - Ansvars-, oppgave- og myndighetsfordeling.
 - Hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring.
5. Styringssystemet må sikre at helse- og omsorgstjenestene har oversikt over:
 - Områder hvor det er risiko for svikt, og det må planlegges hvordan en reduserer risiko.
 - Medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring.
 - Avvik.

6. I den daglige drift må styringssystemet sikre at:
- Oppgaver, organisering og planer er kjent i organisasjonen og gjennomføres.
 - Det finnes tilstrekkelig kunnskap og kompetanse blant de ansatte.
 - Det utvikles og iverksettes nødvendige internkontrolltiltak.
 - Medarbeiderne medvirker.
 - Brukerne medvirker.

3.2. Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 2

Problemstilling 2:

Arbeider kommunen systematisk for å sikre nødvendig kompetanse innen helse- og omsorgstjenestene?

Problemstillingen forstås i det følgende som kommunens arbeid med å *både* sørge for at kommunens ansatte har kompetansen til å gjennomføre sitt arbeid i tråd med nasjonale og faglige kvalitetsstandarder, og kommunens arbeid med å tiltrekke seg og beholde nødvendig fagpersonell.

Konkrete krav til kompetanse i kommunene: I Prop.71 L (2016-2017) Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelseansvaret, lovfesting av kompetansekrav mm.) kan vi lese at det fremgår av ulikt lovverk at kommunene må ha tilgang på ulike kompetanser som leger, sykepleiere, fysioterapeut, jordmor, helsesykepleier og psykolog. Det heter videre at tjenestene har en mangfoldig brukergruppe og dekker hele livsløpet fra barn til eldre. Tjenestene omfatter sykdommer eller lidelser bl.a. innenfor rus, utviklingshemming, demens, psykiske problemer eller ulike funksjonsnedsettelse. Det er derfor nødvendig at tjenesten har bred tverrfaglig kompetanse. For å sikre forsvarlige tjenester for de brukergruppene kommunen har ansvar for, vil det også være behov for ergoterapeuter og vernepleiere/spesialpedagogisk kompetanse. Ettersom helse- og omsorgstjenestene også omfatter mange sosiale tjenester, er sosionomer/sosialfaglig kompetanse også påkrevd. Dette er kompetanse som kommunen til enhver tid bør ha på plass i et omfang som gjør helse- og omsorgstjenestene forsvarlige.

Hovedtariffavtalen for KS-området punkt 3.3, inneholder bestemmelser om kompetanse og kompetanseutvikling. I avtalen heter det at kompetanseområdet har stor betydning for den enkelte ansatte, kommunen og samfunnet som helhet. For å sikre og utvikle både den generelle og spesielle kompetansen i virksomheten er det viktig å vurdere den enkelte ansattes formal- og realkompetanse, stimulere til faglig refleksjon og tilrettelegge for kompetansedeling og andre kompetansehevende tiltak. Det er viktig at arbeidstakerne motiveres til å øke sine kunnskaper og styrke sin kompetanse samt at kommunen legger stor vekt på målrettet og planmessig opplæring og utvikling av sine arbeidstakere gjennom interne og/eller eksterne tilbud. Det må ellers legges til rette for arbeidsplassbasert opplæring. Arbeidsgiver og den enkelte arbeidstaker har hver for seg og i fellesskap et ansvar for å ivareta kompetanseutviklingen.

Engerdal kommune har, som arbeidsgiver etter hovedtariffavtalen, ansvar for å kartlegge de ansattes kompetanse og analysere kommunens kompetansebehov. På denne bakgrunn og etter drøftinger med de tillitsvalgte, skal det utarbeides en overordnet plan for gjennomføring av kompetansehevende tiltak. I hovedtariffavtalens punkt 3.2 går det frem at lønn forutsettes benyttet som et personalpolitisk virkemiddel. Det slås fast at kommunens lønnspolitikk blant annet skal bidra til å motivere til kompetanseutvikling, og å beholde og rekruttere ansatte samt sikre kvalitativt gode tjenester.

Når det gjelder nytilsatte åpner arbeidsmiljøloven § 15-6 for at det kan avtales prøvetid for en periode på inntil seks måneder. Det vil i denne forbindelse være viktig at nytilsatte får god opplæring og oppfølging i prøvetiden, og at den enkelte evalueres med hensyn til tilpasning til arbeidet, faglig dyktighet eller pålitelighet før prøvetiden utgår. Kommunene bør ha dette som fast rutine.

Kommunens strategiske kompetanseplan er omtalt som kommunens verktøy for å sikre en bevisst, systematisk og strategisk satsning på kompetanseutvikling. Den strategiske kompetanseplanen er en overordnet plan, og må følges opp på de ulike kommunalsjefsområdene og i de ulike enhetene og avdelingene. Dette ved at konkrete kompetansebehov meldes inn og at planen blir evaluert en gang i året. Det er virksomhetslederene som skal følge opp at kompetanseplanen etterleves i praksis gjennom årlig evaluering og rullering av planen, samt tilrettelegging av kompetanseutvikling.

Kompetanseplanen inneholder også en analyse av fremtidens kompetansebehov. Det heter at den enkelte virksomhet bør gjennomføre kompetansekartlegginger jevnlig. Blant rekrutteringstiltak nevnes markedsføring på kommunes hjemmesider, oppsøke utdanningsinstitusjoner, markedsføring overfor ungdom i kommunen, stipendordninger, desentralisert utdanning med kommunalt tilskudd og flyttestøtte. Ellers er det å styrke og å beholde den kompetansen som allerede finnes i kommunen, en av strategiene i kompetanseplanen. Virkemidler i denne forbindelse er å benytte arbeidsplassen som læringsarena, utdanningsstipend og permisjonsordninger. Det å opprette og utvikle interkommunale samarbeid er også et virkemiddel for å sikre kommunen kompetanse.

I kommunens lønnspolitiske plan for 2021-2024 åpnes det for bruk av lønn som virkemiddel for å rekruttere og beholde kompetanse i kommunen. Planen understreker viktigheten av at det legges til rette for karriereveier innen de ulike fagområdene og at ansatte har mulighet til å forflytte seg i kommunen. Det åpnes for å benytte fleksibiliteten i tariffavtalene, utdanningsstøtte og permisjoner for å rekruttere og beholde fagkompetanse der det er særskilte rekrutteringsutfordringer. Mer generelt legges det opp til lønnskompensasjon for kompetansehevende tiltak.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 om kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet tilsier at enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter helse- og omsorgstjenesteloven skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

I Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 punkt f) fremgår det at virksomheten plikter å holde oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring. Forskriften § 6 c) tilsier at kommunen må ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten. I § 7 punkt b) er det nedfelt krav om å sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet. I forbindelse med oversikt over hva som er gjeldende regler, retningslinjer og veiledere må kommunen også ha rutiner som sikrer at endringer blir fanget opp og implementert.

Når det gjelder kunnskap og kompetanse til medarbeiderne innebærer forskriften at nytilsatte som minimum må få opplæring i kommunens styringssystem og at alle ansatte løpende må få opplæring om endringer innen fagfeltet. I følge veilederen innebærer denne forskriftsbestemmelsen at kompetansebehovet kartlegges, at det rekrutteres personell med nødvendig kompetanse og at alle medarbeidere får tilstrekkelig opplæring og etterutdanning. Veilederen legger også vekt på at

medarbeiderne må få tilstrekkelig kunnskap i forbedringsarbeid, samt at kompetanseutviklingen er tett knyttet til hva som må anses å være forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

§ 7 punkt c) stiller krav om at virksomheten må ha rutiner for å sikre systematisk arbeid for kvalitetsforbedring. Utvikling av den kompetansen som finnes i virksomheten er en viktig del av det å forbedre kvaliteten i tjenestene. Det er også å forvente at informasjon og kunnskap som er fremskaffet gjennom kommunens styringssystem benyttes til systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. På den måten blir informasjon fra styringssystemet sentralt med hensyn til det å kunne sikre nødvendig kompetanse, og det er viktig at denne informasjonen systematiseres slik at det kan brukes til opplæring og kvalitetsutvikling i virksomheten.

3.2.1. Punktvis oppsummering av revisjonskriterier for problemstilling 2

Revisjonskriteriene for denne problemstillingen kan oppsummeres i følgende punkter:

7. Kommunen må jobbe aktivt for å rekruttere og beholde kompetanse som kommunen har behov for.
8. Kommunen sikrer at nytilsatte har nødvendig kunnskap og kompetanse innen sitt fagområde og at de får innføring i kommunes styringssystem.
9. Kommunen skal motivere til kompetanseutvikling og legge til rette for arbeidsplassbasert opplæring.
10. Helse- og omsorgstjenestene har et system som sikrer at endringer i rammevilkårene, og dermed behovet for kunnskap og kompetanse for tjenestene, fanges opp og implementeres.
11. Helse- og omsorgstjenestene må ha kartlagt de ansattes kompetanse og analysert kompetansebehovet.
12. Virksomhetslederne må følge opp kommunens kompetanseplan ved å melde inn kompetansebehov, legge til rette for kompetanseutvikling med de virkemidler som de har til rådighet og evaluere tiltakene som er gjennomført i egen virksomhet.
13. Alle medarbeidere må få tilstrekkelig opplæring og etterutdanning slik at de kan yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Dette inkludert opplæring i forbedringsarbeid.
14. Helse- og omsorgstjenestene må ha rutiner for systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og at informasjon og kunnskap fra helse- og omsorgstjenestenes styringssystem systematiseres og benyttes til opplæring og kvalitetsutvikling i tjenestene.

3.3. Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 3

Problemstilling 3:

Sikrer styringssystemene og arbeidet med kompetanseutvikling måloppnåelse og en forsvarlig drift av helse- og omsorgstjenestene?

§ 4-1 i helse- og omsorgstjenesteloven stiller krav til at tjenestene som «tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige» og at

«kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

- a. den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,
- b. den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud
- c. helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og
- d. tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene»

Kravet om forsvarlige helse- og omsorgstjenester må ses i sammenheng med Lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven) § 4 hvor det heter at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. I følge kommentarer til loven § 3 regnes alt personell som arbeider innenfor helse- og omsorg i kommunene som helsepersonell. I kommentarer til § 4 fremgår det at begrepet forsvarlighet er en rettslig standard, hvis innhold kan variere over tid. For det enkelte helsepersonell innebærer forsvarlighetskravet i utgangspunktet en plikt til å opptre i samsvar med de til enhver tid gjeldende faglige normer og lovbestemte krav til yrkesutøvelsen. I dette ligger blant annet en forventning om at nasjonale veiledere og retningslinjer følges. Hvordan kommunen etterlever bestemmelsene i kvalitetsforskriften vil da på sett og vis også si noe om hvordan kommunen sikrer forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

I forbindelse med utledning av revisjonskriterier til problemstilling 2, var vi inne på at kommunen må ha tilgang på ulik kompetanse/fagprofesjon, og at dette fremgår direkte eller indirekte av ulikt lovverk for å sikre forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Arbeidet med å sikre tilstrekkelig kompetanse innen helse- og omsorgstjenestene skal ivareta dette. En indikasjon på at kommunen har lyktes, er at en til enhver tid har lovpålagt kompetanse på plass i et omfang som sikrer forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Kommunens strategiske kompetanseplan og den lønnspolitiske planen beskriver en rekke tiltak som kan benyttes med hensyn til kompetanseutvikling og for å rekruttere og beholde kompetanse i organisasjonen. Den enkelte virksomhetslederen har i oppgave å evaluere og rullere kompetanseplanen for sin virksomhet. En slik evaluering skal omfatte strategiske kompetansetiltak, enkelt-tiltak, kompetansestyring som del av styringshjulet for virksomheten og implementering. I den strategiske kompetanseplanen heter videre det at brukerundersøkelser, medarbeiderundersøkelser og medarbeidersamtaler benyttes for å evaluere effekten av arbeidet med kompetanse.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7 d) innebærer at en må sørge for at kommunens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes. Veilederen til forskriften fremhever viktigheten av at det legges til rette og oppmuntres til at medarbeiderne skal gi tilbakemeldinger om svikt og mulige forbedringsområder. Eksempler på tiltak er å legge til rette for forbedringsgrupper, tavlemøter, forslagskasser eller at forbedringer tas opp i medarbeidersamtaler. Medarbeiderne kan også medvirke gjennom avviksbehandlingen og i generelt forbedringsarbeid. Lederkontrakter, arbeidsgiverpolitikk der det angis hva som forventes av medarbeiderne, rutiner for håndtering av forbedringsideer, og rutiner for kompetanseheving i forbedringsarbeid kan skriftlig-gjøre medarbeidernes medvirkning. Tilrettelegging av medvirkning fra de ansatte i kommunen og at deres kunnskap og erfaringer benyttes til å forbedre tjenestene, er avgjørende for å sikre forsvarlige tjenester. Dette omfatter også forbedring med hensyn til kunnskap og kompetanse.

I henhold til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7 e), plikter kommunen å sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende. Som eksempel på tilretteleggingstiltak nevner veilederen til forskriften det å utarbeide rutiner for innhenting og bruk av denne typen erfaringer, deltagelse fra brukerne i forbedringsgrupper, etablering av brukerutvalg etc. Rutinene for innhenting av erfaringer bør omfatte både erfaringer fra det enkelte opphold/besøk/undersøkelse og mer systematiske brukerundersøkelser for større brukergrupper.

Dersom kommunen har et godt system for evaluering av tjenestene, og at evalueringene viser at kommunen når sine målsettinger og at tjenestene er forsvarlige, vil det være stor sannsynlighet for at styringssystemet og arbeidet med kompetanseutvikling har bidratt til å sikre dette. I Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 8, finnes en oversikt over hvilke oppgaver kommunen plikter å gjennomføre når det gjelder evaluering. Disse er å:

- kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres
- 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
- evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen
- vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer
- gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges

Evalueringsplikten er nærmere spesifisert i veilederen til forskriften. Der heter det at kontroll av gjennomføringen er en lederoppgave og kan skje gjennom intern rapportering, ulike målinger, observasjon etc. Når det gjelder vurdering av om gjennomføringen er i henhold til lov og forskrift, presiserer veilederen at det er viktig med gode kilder og at det forventes at lokal og nasjonal statistikk benyttes. Det er videre presisert at det er viktig at medarbeiderne i virksomheten kjenner de krav og målsettinger som gjelder for virksomheten og at det legges til rette for tilbakemeldinger til ledelsen på oppgaver, tiltak eller planer som ikke løses på hensiktsmessig måte. Ellers er avvik, klager og brukererfaringer og resultat fra eksterne tilsyn/evalueringer viktige kilder.

Evaluering av iverksatte tiltak innebærer en vurdering av om tiltakene for å sikre måloppnåelse fungerer slik de er tenkt, eller om tiltakene må justeres/endres. I denne forbindelse vil rapportering på om virksomhetens målsettinger nås, nødvendigvis være et viktig grunnlag. Når det gjelder vurdering av virksomheten på bakgrunn av brukererfaringer må det legges til rette for slike tilbakemeldinger, og ledelsen må gjennomgå og drøfte resultatene systematisk. Med hensyn til gjennomgang av avvik er det presisert at det må være en kultur for åpenhet og læring av feil. En gjennomgang innebærer å avdekke årsaken til avvikene, fremme læring og å forebygge at tilsvarende skjer igjen.

I tillegg til den mer løpende oppfølgingen skal kommunen 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.

I forskriften § 9 finnes oversikt over oppgaver som kommunen må utføre i forbindelse med korrigerende av aktiviteten. Dette innebærer å rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold og å sørge for korrigerende tiltak der det er risiko for at slike forhold skal oppstå. Plikten til å korrigere omfatter også forbedring av nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak som skal sikre forsvarlige

tjenester og hindre overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen. Svakheter ved det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet er nevnt spesielt.

3.3.1. Punktvis oppsummering av revisjonskriterier for problemstilling 3

Revisjonskriteriene for denne problemstillingen kan oppsummeres i følgende punkter:

15. Kommunen må sørge for å, til enhver tid, ha lovpålagt kompetanse på plass i et omfang som sikrer forsvarlige helse- og omsorgstjenester.
16. Tiltakene i de overordnede styringsdokumentene for kompetanseutvikling i kommunen benyttes, evalueres slik det er det er forutsatt og endres dersom det er behov for det.
17. Kommunen må legge til rette for medvirkning fra de ansatte i forbedringsarbeidet og bruke deres kunnskap og erfaring i forbedringsarbeidet.
18. Kommunen må sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende i forbedringsarbeidet.
19. Kommunen må ha evaluert tjenestene i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring og benyttet kunnskap fra evalueringen i forbedringsarbeidet og til å gjøre korrigeringer.
20. Kommunen må minst en gang i året ha gjennomgått og vurdert hele styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene og korrigert der det er behov.