



Forvaltningsrevisjon | Rødøy kommune
Helse og omsorg

Oktober 2019

«Forvaltningsrevisjon av helse og omsorg»

Oktober 2019

Rapporten er utarbeidet for Rødøy kommune av Deloitte AS.

Deloitte AS
Postboks 6013 Postterminalen,
5892 Bergen
tlf: 55 21 81 00
www.deloitte.no
forvaltningsrevisjon@deloitte.no

Sammendrag

Deloitte har gjennomført en forvaltningsrevisjon av helse og omsorg i Rødøy kommune. Prosjektet ble bestilt av kontrollutvalget i Rødøy kommune i sak 3/19 16. januar 2019.

Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke årsakene til utviklingen i ressursbruken innen helse og omsorg. Videre har det vært et formål å undersøke om kommunen har systemer som sikrer tilstrekkelig planlegging, styring, rapportering og kontroll for å sikre effektiv ressursbruk og realistisk budsjettering. Kontrollutvalget ba revisor om å «(...) prioritere undersøkelser og tilbakemeldinger knyttet til problemstilling 1 c): «Hvilke områder er det som har ført til økt ressursbruk og hva forklarer utviklingen?» Revisjonen har benyttet intervju, dokumentanalyse og analyse av statistikk i arbeidet med forvaltningsrevisjonen.

Rødøy kommune har i flere år hatt utfordringer med budsjettoverskridelser innen helse- og omsorgsområdet, og tall fra KOSTRA viser at kommunen har hatt relativt høy ressursbruk innen helse- og omsorgsområdet sammenlignet med andre kommuner. Dette er særlig knyttet til omsorgssentrene og legetjenesten.

Bakgrunnen for den høye ressursbruken er etter revisjonens vurdering i stor grad knyttet til vedtak om utbygging av omsorgstilbud uten å ta høyde for økte personalkostnader og driftsrammer, samt at kommunen tidligere ikke har hatt tilstrekkelig oppmerksomhet rettet mot å sikre kommunen gode avtaler ved innleie av leger.

Basert på det som kommer frem i undersøkelsen stiller revisjonen spørsmål ved om systemet for økonomiske rapportering i helse- og omsorgsetaten har vært og er tilstrekkelig for å holde løpende oversikt og kontroll med økonomien underveis gjennom året. Det foreligger ikke dokument som beskriver system for rapportering og utarbeiding av prognoser i Rødøy kommune, og revisjonen mener et slikt system, samt en mal for økonomirapportering, bør utarbeides. Revisjonen mener videre at Rødøy bør utarbeide skriftlige rutiner for budsjettering innenfor helse og omsorg.

De siste årene er det lagt frem ulike forslag til og gjennomført strukturelle endringer i helse- og omsorgsetaten. I forbindelse med disse saksutredningene er det gjennomført analyser av daværende og fremtidig drift av tjenestene. Det har vært tydelig i rapporteringen at det er utfordringer knyttet til å sikre en drift innenfor de økonomiske rammer som er vedtatt. Revisjonen savner likevel en mer tydelig fremstilling og analyse av tidligere og fremtidig forventede driftskostnader innen helse- og omsorgstjenestene, og hvilke faktorer som inngår i disse kostnadene.

Revisjonen vil peke på at kommunens årsmeldinger og budsjetter er viktige dokumenter for å synliggjøre analyser av tidligere og forventet fremtidig ressursbruk. Etter revisjonens vurdering gir teksten som blir presentert i årsmeldinger og budsjetter i Rødøy, mange detaljer om status og planlagte innsparingstiltak. Dokumentene gir likevel ikke tilstrekkelig og tydelig oversikt over innsparingstiltak, kostnadsdrivere og risikoområder knyttet til disse. En samlet oversikt over dette vil kunne bidra til å tydeliggjøre kostnadene for politikerne som skal fatte vedtak, og dermed at politikerne får et bedre grunnlag for sine beslutninger.

Selv om årsrapportene viser bedring knyttet til resultatene innen helse og omsorgsområdet de siste årene, mener revisjonen at kommunen ikke i tilstrekkelig grad har satt i verk kostnadsreducerende tiltak. Revisjonene mener det er hensiktsmessig at kommunen nå har etablert egen lederstilling for helsetjenestene som bl.a. skal følge opp legedekningen i kommunen og kostnadene knyttet til dette, siden det har vært store kostnader og overskridelser knyttet til legedekningen i kommunen. Revisjonen vil samtidig peke på at det er uheldig at kommunen har planlagt og vedtatt utbygging av omsorgstilbud uten å ta høyde for økte personalkostnader og driftsrammer. Revisjonen vil understreke at det er viktig at investeringer blir basert på grundige analyser av behov og økonomi, og sett i sammenheng med langsiktige planer. Revisjonen mener det er viktig å sikre tilstrekkelig saksutredning av politiske saker for blant annet å få belyst kostnadsaspekter på en tilstrekkelig måte. Dersom kommunestyret ønsker å vedta andre alternativ enn de administrasjonen legger frem, står kommunestyret fritt til å gjøre dette. Revisjonen vil imidlertid peke på at det vil være hensiktsmessig om alternative forslag saksutredes av administrasjonen før endelig vedtak. Slik vil politikerne få oversikt over kostnader, muligheter, risiko og konsekvenser knyttet

til de alternative løsningene før endelig vedtak fattes. Alternativt bør rådmannen utrede saker i etterkant av vedtak, med tilhørende risiko for at en slik saksutredning i etterkant avdekker både økonomiske og andre konsekvenser og risikoer som kommunestyret ikke var klar over i forkant av vedtaket.

Revisjonen merker seg ellers at kommunen har gjennomført kompetansekartlegging ved omsorgssentrene i 2017 og mener kommunen bør utarbeide en kompetanseplan og arbeide videre for å få iverksatt tiltak som kan bidra til å sikre kompetanse både innen omsorgstjenestene og innen helsetjenesten.

Det er revisjonens vurdering at det jobbes systematisk med å sikre et høyt nærvær/lavt sykefravær ved de enhetene som har vært omfattet av revisjonen, og at sykefraværet er relativt lavt. Revisjonen mener at det er positivt at det jevnlig gjøres evalueringer av turnus og at det tas hensyn til ansattes ønsker og tilbakemeldinger.

Kommunen har gjort en omfangsberegning av tjenester som ytes til brukere innen pleie og omsorg, og revisjonen mener dette er viktig. Revisjonen stiller likevel spørsmål ved at kjøretid ikke er omfattet av omfangsberegningen for hjemmetjenesten og mener dette bør inkluderes for å gi et bedre bilde av den totale tids- og ressursbruken.

Kommunen har etter revisjonens vurdering ikke i tilstrekkelig grad lagt til rette for at det kan tilbys tjenester innenfor flere nivå i omsorgstrappen i samsvar med BEON-prinsippet. Revisjonen stiller spørsmål ved om kommunens serviceerklæring for hjemmesykepleie, som har begrensninger i antall hjemmebesøk per døgn og dermed begrensninger i forhold til individuelle løsninger basert på ønsker og faglige vurderinger, er hensiktsmessig. Undersøkelsen viser at ansatte i tjenestene ser hensiktsmessige og effektiviserende tiltak som er mulige å gjennomføre, men som per i dag ikke er aktuelle på grunn av politiske prioriteringer.

Revisjonen mener også det er hensiktsmessig at kommunen gjennomfører planlagt kartlegging av innbyggere som fyller 75 år. En slik kartlegging kan bidra til å gi forebyggende hjelp i hjemmet slik at eldre kan bo lengst mulig hjemme og få støtte til å meste hverdagen, på tross av sykdom og funksjonssvikt, i tråd med nasjonale mål for eldreomsorgen (jf. Meld. St. 15, 2017-2018). Samtidig vil kommunen få oversikt over helsetilstand, ønsker og behov slik at tjenestetilbudet kan tilpasses dette.

Revisjonen mener det er viktig at kommunen nå arbeider med å ta i bruk ulike typer velferdsteknologi. Utbygging av nettet som er igangsatt er en viktig og nødvendig forutsetning for dette. Velferdsteknologi kan forhindre unødig opphold på institusjon, noe som kommer brukerne til gode ved at de kan få bo hjemme lenger og samtidig bidra til sparte kostnader for kommunen.

Basert på de funn og vurderinger som er gjort i undersøkelsen har revisjonene noen anbefalinger til kommunen som går frem av kapittel 7.

Innhold

Sammendrag	3
1. Innledning	8
2. Om tjenesteområdet	10
3. Ressursbruk i helse og omsorg	12
4. Budsjettering og økonomistyring	24
5. Tiltak for å sikre kapasitet og kompetanse	30
6. Tiltak for å oppnå ressurseffektive tjenester	34
7. Konklusjon og anbefalinger	41
Vedlegg 1 : Høringsuttalelse	43
Vedlegg 2 : Revisjonskriterier	44
Vedlegg 3 : Sentrale dokumenter og litteratur	49

Detaljert innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
1. Innledning	8
1.1 Bakgrunn	8
1.2 Formål og problemstillinger	8
1.3 Avgrensning	9
1.4 Metode	9
1.5 Revisjonskriterier	9
2. Om tjenesteområdet	10
2.1 Organisering	10
3. Ressursbruk i helse og omsorg	12
3.1 Problemstilling	12
3.2 Revisjonskriterier	12
3.3 Analyser av ressursbruk i helse- og omsorgsetaten	12
3.4 Ressursbruk i Rødøy sammenlignet med andre kommuner	15
3.5 Områder med økt ressursbruk	19
4. Budsjettering og økonomistyring	24
4.1 Problemstilling	24
4.2 Revisjonskriterier	24
4.3 Rutiner for å sikre realistisk budsjettering i helse- og omsorgsetaten	25
4.4 Systemer for økonomisk rapportering og utarbeidelse av prognoser	27
5. Tiltak for å sikre kapasitet og kompetanse	30
5.1 Problemstilling	30
5.2 Revisjonskriterier	30
5.3 Bemannings- og kompetanseplanlegging	30
5.4 Arbeid med å sikre høyt nærvær/lavt sykefravær	32
6. Tiltak for å oppnå ressurseffektive tjenester	34
6.1 Problemstilling	34
6.2 Revisjonskriterier	34
6.3 Analyser av tidsbruk i tjenestene	36
6.4 Tiltaksapparat som sikrer samsvar mellom funksjonssvikt og tilbud	37
6.5 Virkemidler for å oppnå ressurseffektive tjenester	39
7. Konklusjon og anbefalinger	41
Vedlegg 1 : Høringsuttalelse	43
Vedlegg 2 : Revisjonskriterier	44
Vedlegg 3 : Sentrale dokumenter og litteratur	49

Figurer

Figur 1: Organisering helse- og omsorgsetaten	10
Figur 2: Utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger	17
Figur 3: Netto driftsutgifter til omsorgstjenester	17
Figur 4: Netto driftsutgifter til kommunehelsetjenesten	18
Figur 5: Utgifter per oppholdsdøgn i institusjon	19
Figur 6: Budsjett og regnskap - legetjenesten	20

Figur 7: Budsjett og regnskap - Alderstun omsorgssenter (i millioner kroner)	22
Figur 8: Budsjett og regnskap ved Rødøya omsorgssenter (i millioner kroner)	22
Figur 9: Utdrag fra driftsbudsjettet 2018.	28
Figur 10: Omsorgstrappen i BEON-prinsippet	35
Tabell	
Tabell 1: Omfangsberegning omsorgstjenestene.	36

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Deloitte har gjennomført en forvaltningsrevisjon av helse og omsorg i Rødøy kommune. Prosjektet ble bestilt av kontrollutvalget i Rødøy kommune i sak 3/19 16. januar 2019. Kontrollutvalget ba i dette vedtaket revisor om å «(...) prioritere undersøkelser og tilbakemeldinger knyttet til problemstilling 1 c): «Hvilke områder er det som har ført til økt ressursbruk og hva forklarer utviklingen?»»

1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke årsakene til utviklingen i ressursbruken innen helse og omsorg. Videre har det vært et formål å undersøke om kommunen har systemer som sikrer tilstrekkelig planlegging, styring, rapportering og kontroll for å sikre effektiv ressursbruk og realistisk budsjettering.

Med bakgrunn i formålet er det utarbeidet følgende problemstillinger som er undersøkt:

1. Hva er årsakene til økt ressursbruk innen helse- og omsorgsetaten i Rødøy kommune?

- Har kommunen gjennomført systematiske analyser av tidligere og fremtidig forventet ressursbruk innen helse- og omsorgstjenestene?
- Hvordan er ressursbruken i Rødøy sammenlignet med andre kommuner innen helse- og omsorgsområdet?
- Hvilke områder er det som har ført til økt ressursbruk og hva forklarer utviklingen?

2. Har kommunen hensiktsmessige system og rutiner for å sikre realistisk budsjettering og god økonomistyring innenfor helse- og omsorgsetaten?

- I hvilken grad har kommunen rutiner for å sikre realistisk budsjettering innenfor helse og omsorg?
- I hvilken grad er det etablert tilstrekkelige systemer for økonomisk rapportering og utarbeidelse av økonomiske prognoser for avdelingen gjennom året?

3. Har kommunen iverksatt tilstrekkelig med tiltak for å sikre kapasitet og kompetanse innenfor helse- og omsorgsetaten?

- Er kommunens bemannings- og kompetanseplanlegging tilstrekkelig systematisk og langsiktig med hensyn til å sikre kapasitet og kompetanse i tjenestene?
- I hvilken grad arbeides det målrettet med å sikre høyt nærvær/lavt sykefravær blant medarbeiderne, og i hvilken grad lykkes avdelingen med eventuelle iverksatte tiltak?

4. Har kommunen satt i verk hensiktsmessige tiltak for å oppnå ressurseffektive tjenester innenfor helse- og omsorgsetaten?

- I hvilken grad har kommunen gjort analyser av tidsbruk i tjenestene?
- I hvilken grad har kommunen et tiltaksapparat som sikrer at det er samsvar mellom funksjonssvikt/evne hos brukerne og det tilbudet som brukerne mottar?
- I hvilken grad har kommunen tatt i bruk for eksempel velferdsteknologi¹, hverdagsrehabilitering² og/eller andre virkemidler for å bidra til at ressursene i etaten benyttes mest mulig effektivt i tjenesteutøvingen?

¹ Velferdsteknologi blir av direktoratet for e-helse definert som «... en fellesbetegnelse på tekniske installasjoner og løsninger som kan bedre den enkeltes evne til å klare seg selv i egen bolig, og bidra til å sikre livskvalitet og verdighet for brukeren». <https://ehelse.no/velferdsteknologi>

² KS omtaler hverdagsrehabilitering som «... en ny måte å tenke «omsorg» på. I stedet for å tilby brukere med funksjonssvikt kompensierende og passiviserende tiltak, vil de få et skreddersydd rehabiliteringstilbud med mål om bedre mestring av dagligdage gjøremål. Et tverrfaglig team veileder og tilrettelegger for aktiviteter som er satt ut fra brukerens egne ressurser».

1.3 Avgrensning

Prosjektet er avgrenset til å omfatte helse- og omsorgsetaten i kommunen.

1.4 Metode

Oppdraget er utført i samsvar med gjeldende standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001) og kvalitetssikring er underlagt kravene til kvalitetssikring i Deloitte Policy Manual (DPM).

Oppdraget er gjennomført i tidsrommet februar-september 2019.

1.4.1 Dokumentanalyse

Rettsregler og kommunale vedtak er gjennomgått og benyttet som revisjonskriterier. Videre er informasjon om kommunen og dokumentasjon på etterlevelse av interne rutiner, regelverk m.m. blitt samlet inn, analysert og vurdert i forhold til revisjonskriteriene.

1.4.2 Intervju

For å få supplerende informasjon til skriftlige kilder har Deloitte intervjuet utvalgte personer i kommunen som arbeider innen helse og omsorg og/eller som har et overordnet ansvar for tjenestene som ytes. Dette inkluderer intervju med rådmannen, helse- og omsorgssjefen, leder for helsetjenesten og lederne for omsorgssentrene.

1.4.3 Analyse av statistikk

Revisjonen har analysert tilgjengelig statistikk fra KOSTRA for å vurdere kostnadsutvikling og utviklingen av omfanget av helse- og omsorgstjenestene i Rødøy.

1.4.4 Verifiseringsprosesser

Oppsummering av intervju er sendt til de som er intervjuet for verifisering og det er informasjon fra de verifiserte intervjureferatene som er benyttet i rapporten.

Datadelen av rapporten er sendt til rådmannen for verifisering. Faktafeil er rettet opp og høringsutkast av rapporten ble deretter sendt til rådmannen for uttalelse. Rådmannens høringsuttalelse går frem av vedlegg 1 til rapporten.

1.5 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de krav og forventninger som forvaltningsrevisjonsobjektet skal bli vurdert opp mot. Kriteriene er utledet fra autoritative kilder i samsvar med kravene i gjeldende standard for forvaltningsrevisjon. I dette prosjektet er revisjonskriteriene i hovedsak hentet fra kommuneloven, helse- og omsorgstjenesteloven samt forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Kriteriene er nærmere presentert innledningsvis under hvert tema, og i vedlegg 2 til rapporten.

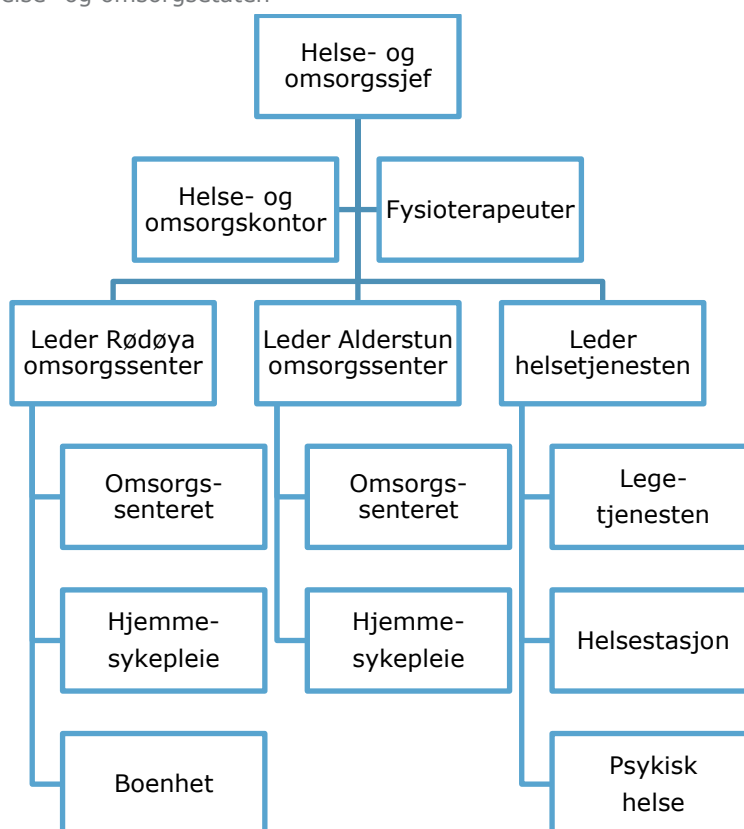
2. Om tjenesteområdet

2.1 Organisering

Helse- og omsorgsetaten i Rødøy ledes av helse- og omsorgssjef som har det overordnede ansvaret for etaten. Det er tre enheter i etaten; to omsorgssentre (institusjonsplasser, omsorgsboliger og hjemmetjeneste) samt helsetjenesten som består av legetjenesten, helsestasjon og psykisk helse. I tillegg har helse- og omsorgssjefen ansvar for fysioterapeutene og helse- og omsorgskontoret.

Kommunestyret vedtok³ i 2017 endringer i ledelsen av helse- og omsorgsetaten, og det ble opprettet en enhetslederstilling som leder for helsetjenesten. I saksframlegget⁴ til kommunestyret går det frem at helse- og omsorgssjefen tidligere både har vært nærmeste leder for enhetslederne ved de to omsorgssentrene og for medarbeiderne ved helse- og omsorgskontoret, samt for medarbeiderne innenfor psykisk helse, legene, legesekretærene og helsesøster. Det blir i saksframlegget pekt på at dette har vært et omfattende kontrollspenn, og at det har vist seg å være krevende å være tilstede, å utøve god ledelse og samtidig ha fokus på utviklingsarbeid. Ny organisering, slik den ble vedtatt i 2017, fremgår av organisasjonskartet under.

Figur 1: Organisering helse- og omsorgsetaten



Tall fra Helsedirektoratet viser at Rødøy kommune i 2018 hadde 87 brukere av helse- og omsorgstjenester, en nedgang på 11 brukere fra året før. I 2018 var det videre åtte personer som hadde langtidsplass i institusjon, mens fem personer hadde tidsbegrenset opphold. 24 personer hadde omsorgsbolig, mens 76

³ Rødøy kommune: Hovedutskrift fra møte i kommunestyret 15.11.2017, sak 067/2017

⁴ Rødøy kommune: K-sak 067/2017 Helse- og omsorgsetaten: organisering av ledelsen

hadde helsetjenester i hjemmet. Når det gjelder praktisk bistand hadde 54 personer dette i 2018, mens 24 hadde trygghetsalarm.

3. Ressursbruk i helse og omsorg

3.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgende hovedproblemstilling med underproblemstillinger:

Hva er årsakene til økt ressursbruk innen helse- og omsorgsetaten i Rødøy kommune? Under dette:

- a) Har kommunen gjennomført systematiske analyser av tidligere og fremtidig forventet ressursbruk innen helse- og omsorgstjenestene?
- b) Hvordan er ressursbruken i Rødøy sammenlignet med andre kommuner innen helse og omsorgsområdet?
- c) Hvilke områder er det som har ført til økt ressursbruk og hva forklarer utviklingen?

3.2 Revisjonskriterier

Kommuneloven § 23 omtaler administrasjonssjefens oppgaver og myndighet. Her står det at administrasjonssjefen er den øverste lederen for den kommunale administrasjonen, med de unntak som følger av lov, og innenfor de rammer kommunestyret fastsetter. I § 23 står også følgende:

(...) Administrasjonssjefen skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll.

I Ot.prp.nr.70 (2002-2003) blir det vist til at internkontroll først og fremst er et ledelsesverktøy, og

(...) er en integrert del av ledelsens styring av organisasjonen. Internkontroll defineres i videste forstand som en prosess, iverksatt og gjennomført av virksomhetens ledere og ansatte, med formål å sikre måloppnåelse på følgende områder:

- Målrettet og effektiv drift
- Pålitelig ekstern rapportering
- Overholdelse av gjeldende lover og regelverk

Se vedlegg 2 for utfyllende revisjonskriterier.

3.3 Analyser av ressursbruk i helse- og omsorgsetaten

3.3.1 Datagrunnlag

Revisjonen har bedt Rødøy kommune sende over de analyser kommunen har gjennomført av tidligere og fremtidig forventet ressursbruk innen helse- og omsorgstjenestene. I sitt svar til revisjonen viser kommunen til tre kommunestyresaker fra 2017. Dette er sak om struktur i helsetjenesten (sak 048/2017), sak om struktur i omsorgstjenesten (sak 049/2017) og sak om driftsrammer for omsorgssentrene (sak 062/2017).

Analyser i forbindelse med strukturendringer i omsorgssentrene

Administrasjonen la frem sak til kommunestyret om struktur i omsorgstjenesten høsten 2017 (sak 049/2017). Innledningsvis i saken blir det vist til at drift av institusjonsplasser er ca. kr. 2 mill. per plass per år, mens landsgjennomsnittet er ca. kr. 1,1 mill. Verken i saken eller i vedleggene til saken er det gjort noen analyser av hvorfor institusjonsplassene i Rødøy er betydelig mer kostbare å drive enn for landsgjennomsnittet. Det blir også vist til at det er alarmerende at overforbruket per 31.07 var på kr. 5,5 mill.

Det blir i saken henvisning til prognose utarbeidet i 2017, som viser at daværende drift vil medføre merforbruk på Alderstun omsorgssenter på kr. 1,5 mill. og Rødøya omsorgssenter på kr. 1,2 mill. Det blir i saken også vist til at mindre sparetiltak ikke vil være tilstrekkelig for å komme i balanse, og at det er behov for strukturelle tiltak på kort og lang sikt. I saken gjøres det videre rede for fire forskjellige driftsalternativer,

og hva det kan ha å si for bemanning. De fire alternativene som ble foreslått er som følger (hentet fra kommunens driftsbudsjett for 2019):

- 1) Full drift av begge omsorgssentrene etter om- og utbygging (51 årsverk, ramme kr 35,9 mill.)
- 2) Dagens drift ved begge omsorgssentrene (40 årsverk, resultat 2017 kr 31 mill.)
- 3) Økt drift ved Alderstun omsorgssenter og redusert drift ved Rødøya omsorgssenter
 - a) dagens driftsnivå begge steder (40 årsverk)
 - b) redusert drift RO til bare demensgruppe, AO mer ressurs dagtid (37 årsverk)
 - c) redusert drift RO til dagtilbud, sovende natt, AO døgndrift (38 årsverk)
 - d) RO nedlagt, full samlokalisering AO (35 årsverk)
- 4) Full samlokalisering til AO (se d)).

I sakens konklusjon (sak 049/2017) blir det anbefalt at kommunen bør ha to omsorgssentre, men med en driftsendring med økt drift ved Alderstun omsorgssenter og redusert drift ved Rødøya omsorgssenter (alternativ 3).

Revisjonen får opplyst at kommunestyret vedtok full drift av begge omsorgssentrene i 2017 og fulgte dermed ikke administrasjonens anbefaling. Revisjonen får opplyst at kommunestyret i stedet vedtok et alternativ som ikke har vært en del av saksutredningene, men som kom som benkeforslag. Rådmannen viser til at driftskonsekvenser derfor ikke var tilstrekkelig utredet.

Administrasjonen la frem ny sak til kommunestyret i november 2017 (sak 062/2017), der det redegjøres for mulige økonomiske og driftsmessige konsekvenser av den vedtatte strukturen. Her blir det blant annet gjort en vurdering av nye driftsrammer som omtaler behovet for institusjonsplasser og bemanning. I saken går det frem at omsorgssentrene etter åtte måneder hadde et samlet overforbruk på kr. 3,2 mill. Det blir i saksutredningen pekt på at avvikene i budsjettet i 2017 særlig skyldes innleie av vikarer, variable tillegg og dermed økte sosiale kostnader.

Videre vises det i saksfremlegget til at dersom det skal legges til grunn samme kostnadsnivå som daværende drift, og å øke bemanningsrammen som foreslått (ut i fra vedtatt ny struktur) ville det utgjøre totalt 39,4 mill. noe som ikke vil være en finansierbar ramme for drift av omsorgstjenesten.

Det blir derfor i saken lagt frem et forslag til drift som bør være på 34,8 mill. for begge omsorgssentrene, men med ulik fordeling mellom enhetene basert på omfangsberegninger og personalbehov.

Revisjonen får opplyst at en omfangsberegningen av tjenestene i 2017 viste at bemanningsfaktoren på Rødøya omsorgssenter var nær dobbelt så høy som på Alderstun omsorgssenter. Det er gjort endringer i fordelingen av budsjettet mellom enhetene etter dette. Bemanningsfaktoren er nå likere (bemanningen på Alderstun er økt, mens bemanningen på Rødøya er redusert).

Analyser knyttet til sak om struktur for helsetjenesten

Administrasjonen la også frem sak om endring i struktur for helsetjenesten i 2017. I denne saken pekes det på et meget kostnadskrevende tjenestenivå for legetjenesten, samt behov for å gjøre strukturelle endringer for å få kostnadene på et lavere nivå.

I saken vises det blant annet til at kommunen har høyere netto driftsutgifter per innbygger til kommunehelsetjenesten sammenlignet med sammenlignbare kommuner, høye skyssutgifter samt at legetjenesten per 31.07 hadde et brutto forbruk på 4 mill., mens budsjettrammen var kr. 3,2 mill.

I saken blir det redegjort for fordeler og ulemper ved tre ulike løsninger for legekantor. I sakens konklusjon anbefales det å avslutte ordningen med legekantor i båt og samle legetjenesten ved ett kontor på fastlandet, både som følge av betydelige driftskostnader og med hensyn til andre forhold som oppkobling til journalsystem og utfordringer knyttet til taushetsplikt.⁵ Det er i saken gjort beregninger av investeringskostnader ved ulike alternativer for ett hovedlegekantor på fastlandet, men det fremgår ikke

⁵ Ordningen med legekantor med båt ble avsluttet i 2018.

hva som forventes å være driftskostnader ved de ulike alternativene. For hvert av alternativene er det i vedlegg til saken ett avsnitt om forhold som vil ha innvirkning på årlige driftskostnader for bygg og drift for hvert av alternativene, men omfanget av kostnadene er ikke spesifisert. Av en sammenligning av alternativene blir det imidlertid pekt på at et av alternativene vil innebære reduserte kostnader til drift, uten at det er spesifisert hvor mye dette vil dreie seg om sammenlignet med de andre alternativene. Driftskostnader for den daværende strukturen, både tidligere og kalkulasjoner av fremtidige kostnader, fremgår heller ikke av saken.⁶ I teksten blir det imidlertid vist til forhold som vil bidra til økte kostnader i fremtiden, blant annet ny forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaksordning, men uten at det er gjort noen kalkyle eller estimering av hva disse kostnadene vil bli.

I sakens konklusjon er det videre beskrevet at den anbefalte løsningen med et hovedlegekontor lokalisert til Vågaholmen, og fortsettelse av tre legehjemler, vil være nær «dagens organisering, både administrativt, budsjettmessig og økonomisk», og på denne måten gis det signaler om forventede kostnader. Det foreslås likevel en høynet lønnsramme for legene for at stillingene skal være attraktive: «For å sikre en god rotasjonsordning bør lønnsrammen for legene muligens høynes i forhold til dagens med ca. kr. 200'».

Revisjonen får opplyst at også i denne saken vedtok kommunestyret i stedet et alternativ som ikke var en del av saksutredningene, men som kom som benkeforslag. I denne saken ble det vedtatt at det skulle etableres et helsehus (ikke legekontor), hva det skal inneholde og hvor det skal ligge, men uten at behovsutredning og konsekvensutredning var gjennomført fra administrasjonens side.

Områder med økt ressursbruk vil omtales nærmere i kap. 3.5.

Kommunens årsrapporter og budsjett

I kommunens årsrapporter og driftsbudsjetter gjøres det rede for den økonomiske situasjonen i helse- og omsorgsetaten, med nærmere tekstlige beskrivelser av årsaker til henholdsvis mindre- og merforbruk, samt behovet for driftsrammer i budsjettet. I både årsrapporter og driftsbudsjetter de siste årene rapporterer rådmannen om at kommunen er inne i en krevende økonomisk situasjon, og at det er behov for å gjøre strukturelle endringer for å tilpasse driftsnivået.

Årsrapportene fra de siste tre årene er oppbygd etter samme lest, der det innledningsvis blir avgitt årsberetning fra rådmannen som blant annet inkluderer omtale av kommunens økonomiske situasjon basert på inntekter, utgifter og investeringer og en egenanalyse av økonomien «I Robeks forgård». Både i 2016 og 2017 pekes det på at kommunen har nedgang i statlige overføringer som gjenspeiler befolkningsutvikling og demografi, samtidig som pris og lønnsveksten øker. Det blir tydeliggjort i samtlige årsrapporter revisjonen har sett på, at kommunen må gjøre reduksjoner i driften. Rådmannen anbefaler i årsrapporten for 2018 at kommunen bør basere driftsbudsjettene til å gå i balanse uten inntekter fra statens nye Havbruksfond inntil midlene blir mer forutsigbare. Årsrapportene omtaler også egne årsrapporter fra alle sektorlederne, der det gis nærmere redegjørelser for årsakene til avvik mellom budsjett og regnskap i de respektive sektorene.

Driftsbudsjettene i Rødøy kommune inneholder tabeller som viser regnskapstall for foregående år, revidert budsjett for foregående år og forslag til budsjett for kommende år for hver enhet innen helse- og omsorgsetaten. Budsjettet beskriver i tekst utfordringer for de ulike enhetene og hvordan dette er planlagt løst i året som kommer. Det varierer i hvilken grad tekstdelen av budsjettet gir spesifikke forklaringer på foreslåtte endringer i budsjettet. Dette gjelder budsjettet for legetjenesten for 2019 der tabellen viser en planlagt reduksjon i budsjettet fra 2018 til 2019 på 1,4 mill. i forhold til revidert budsjett for 2018. I tekstdelen blir det vist til at kommunen planlegger å rekruttere leger i faste stillinger blant annet for å redusere kostnader. Budsjettets forklaringer om kostnadskutt i legetjenesten er delvis utydelig i forhold til tabellen i dokumentet ettersom det kun blir redegjort for deler av kostnadskuttet på 1,4 mill.:

Rødøy kommune har vedtatt tre legehjemler, men budsjettet med 2,5 årsverk inklusive kommuneoverlege som også skal gå vakt. Dette dekker tilsammen 109 uker med lege, korrigert for ferie og avtalefestede friuker. Det innebærer at vi har tilstede to leger i 104 av årets 52 uker, og fem uker med

⁶ Revisjonen har heller ikke mottatt eventuelle underlagsdokumenter for saksdokumentene som gjør nærmere rede kalkulasjoner.

tre leger. Da får vi tilsvarende fordeling av belastning på legevakt. Kommuneoverlegeoppgaver er planlagt med 40 % av tiden til administrasjon, ca. 17 uker. Det innebærer at vi får ut av legene:

- 17 administrative ukesverk til kommuneoverlegeoppgaver
- 92 ukesverk til kurativt arbeid
- 109 ukesverk å fordele vaktbelastningen på, i forholdet 1:2,1, pluss eventuell avlastning gjennom samarbeid og innleie av helgevikar.

Basert på undersøkelser med nabokommuner, og data fra SSB foreslås det å øke lønnsrammene til totalt kr 3,95 mill. inkl. sosiale utg. I 2018 vil det etter prognosene bli brukt kr 4,9 mill. i lønn inkl. sosiale utgifter, og vikartjenester. Vi legger altså opp til en innsparing på omtrent kr 900'. Lønnsrammen vil gi en gjennomsnittspris på kr 37' i uken per lege.⁷

Videre i budsjettet for 2019 står det at kommunen planlegger innsparinger ved å i en periode på 12 uker i året kun ha en lege. Det står samtidig at kommunen i disse 12 ukene vil ha høyere kostnader til legevakt, men det er ikke spesifisert i budsjettet hvor stor innsparingen knyttet til dette tiltaket er beregnet å være.

Vedlagt driftsbudsjettene følger data fra KOSTRA, blant annet fremskrevet folkemengde og nøkkeltall innen helse- og omsorgstjenester sammenlignet med nabokommuner, KOSTRA-gruppen, fylket og landet utenom Oslo.

3.3.2 Vurdering

Undersøkelsen viser at Rødøy kommune de siste årene har lagt frem ulike forslag til, og gjennomført strukturelle endringer i helse- og omsorgsetaten og at det i forbindelse med disse saksutredningene er gjennomført analyser av daværende og fremtidig drift av tjenestene. Det har vært tydelig i dokumentene at det er utfordringer knyttet til sikre en drift innen de økonomiske rammer som er vedtatt. Revisjonen savner likevel en mer tydelig fremstilling og analyse av tidligere og fremtidig forventet driftskostnader innen helse- og omsorgstjenestene og hvilke faktorer som inngår i disse kostnadene, for eksempel analyser av hvorfor Rødøy har høye kostnader per institusjonsplass og hvilke kostnader kommunen må forvente for disse i fremtiden og hvorfor.

Revisjonen vil peke på at kommunens årsmeldinger og budsjetter er viktige dokumenter for å synliggjøre analyser av tidligere og forventet fremtidig ressursbruk. Revisjonens vurdering er at teksten som blir presentert i årsmeldinger og budsjetter i Rødøy gir mange detaljer om status og planlagte innsparingstiltak. Etter revisjonens vurdering gir dokumentene likevel ikke tilstrekkelig og tydelig oversikt over innsparingstiltak, kostnadsdrivere og risikoområder knyttet til disse. En samlet oversikt over dette vil kunne bidra til å tydeliggjøre kostnadene for politikerne som skal fatte vedtak, og dermed at politikerne får et bedre grunnlag for sine beslutninger.

3.4 Ressursbruk i Rødøy sammenlignet med andre kommuner

3.4.1 Datagrunnlag

I intervju blir det pekt på at Rødøy kommune er en svært kostbar kommune å drive sammenlignet med andre kommuner, siden kommunen er et øysamfunn med begrensede transportmuligheter. Det blir videre pekt på at det er et politisk ønske å opprettholde omsorgstilbud i institusjon på flere steder i kommunen. Det blir vist til at dette også handler om krevende forhold når det gjelder transport i kommunen som gjør reise og reisetid vanskelig mellom der brukerne bor og basene til hjemmetjenestene.

Revisjonen får opplyst at relativt enkel oppfølging av personer med behov for helsehjelp, kan kreve korttidsopphold på institusjon i Rødøy. Et eksempel på dette er hjelp til øyedrypping. Selv om det blir pekt på at geografiske forhold og transportmuligheter er begrensende når det gjelder hvor det er mulig å yte hjemmebaserte tjenester, blir det opplyst at brukere på fastlandet er lett tilgjengelig via bil og at det er kjørbar avstand i hele sonen på fastlandet, med unntak av fastlandet i sør, det vil si Øresvik og Sørfjorden.

⁷ Driftsbudsjett for Rødøy kommune 2019, se under legetjenesten, ansvar 381.

At det er vedtatt en serviceerklæring for hjemmesykepleien⁸ som begrenser antall hjemmebesøk til tre ganger per døgn, blir pekt på som en utfordring. Det samme gjelder det at det ikke er nattjeneste i hjemmetjenesten. Det blir i intervju vist til at et flertall av brukerne som per i dag mottar institusjonstjenester har et tjenestebehov som kunne ha vært ivaretatt i hjemmet dersom hjemmetjenesten hadde nattjeneste/responstjeneste og antall besøk ble utvidet – kun et fåtall brukere blir opplyst å ikke kunne bo hjemme.

Som følge av de geografiske forholdene har det tradisjonelt vært mye nabo-/pårørende hjelp i kommunen, både innen omsorgstjenestene og på andre områder. Dette får følger for muligheten til å implementere tjenester som blant annet velferdsteknologi og responsalarmer (dette er nærmere omtalt i kap. 6.5).

Som nevnt i kap. 3.3.1 har kommunen lagt ved KOSTRA-tall til driftsbudsjettene som også inkluderer helse og omsorg, men verken budsjettdokumentene eller kommunens årsrapport illustrerer nærmere ressursbruken i helse og omsorg i Rødøy kommune sammenlignet med andre kommuner.

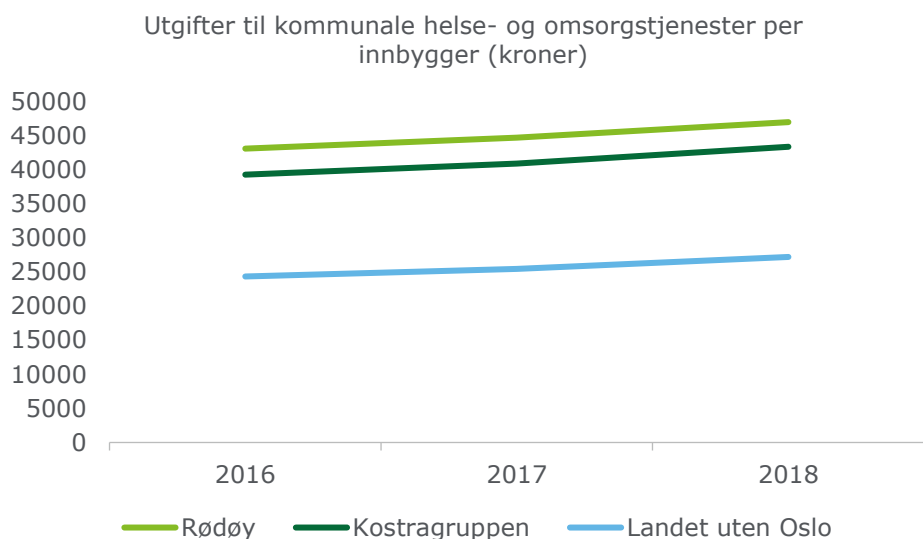
For å synliggjøre og sammenligne ressursbruken innen helse- og omsorgsområdet i Rødøy kommune med ressursbruken i andre kommuner har revisjonen hentet ut statistikk fra KOSTRA⁹ som er nærmere illustrert og kommentert i de påfølgende figurene.

Figuren under viser utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger, oppgitt i kroner.

⁸ Rødøy kommune: Serviceerklæring for hjemmesykepleien. Vedtatt i K-sak 004/2015, 26. mars 2015.

⁹ KOSTRA står for Kommune-Stat-Rapportering og gir styringsinformasjon om ressursinnsatsen, prioriteringer og måloppnåelse i kommuner, bydeler og fylkeskommuner. KOSTRA-statistikk er tilgjengelig på SSB.

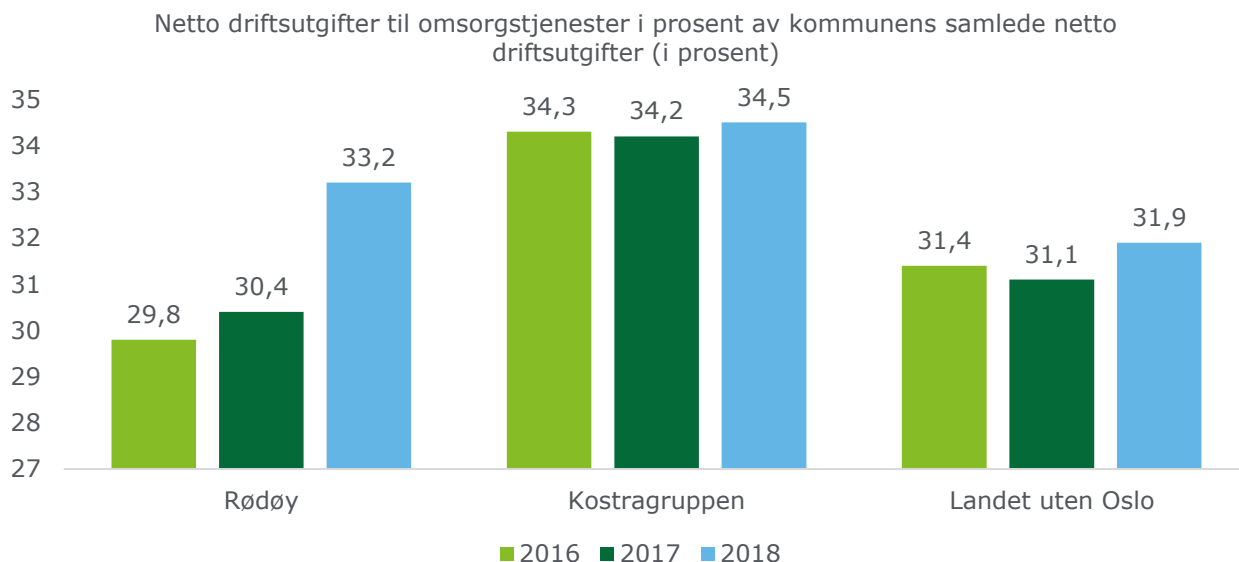
Figur 2: Utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger (kr). Kilde: KOSTRA



Som det går frem av figuren over, er de kommunale utgiftene til helse- og omsorgstjenester pr. innbygger høyere i Rødøy kommune sammenlignet med kostragruppen og landet uten Oslo. Både Rødøy, kostragruppen og landet uten Oslo har hatt økning i utgifter i perioden 2016-2018.

Figuren under viser netto driftsutgifter til omsorgstjenester i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter.

Figur 3: Netto driftsutgifter til omsorgstjenester. Kilde: KOSTRA



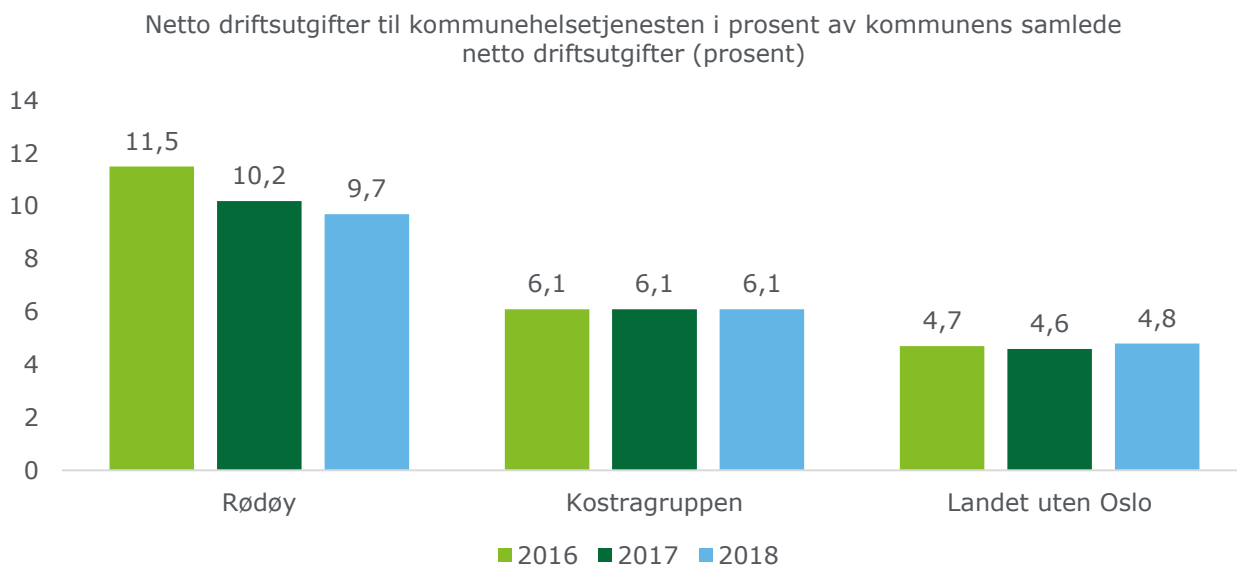
Figuren over viser at driftsutgiftene til omsorgstjenester¹⁰ i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter har hatt en vesentlig økning fra 2017 til 2018 i Rødøy kommune, og at det ikke har vært

¹⁰ Indikatoren angir prioritering av kommunens frie midler til omsorgstjenesten. Teller: Netto driftsutgifter til følgende KOSTRA-funksjoner: 234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse, 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon, 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende, 256 Akutthjelp helse- og omsorgstjenester, 261 Institusjonslokaler

tilsvarende økning i kostragruppen og landet uten Oslo. Sammenlignet med kostragruppen er driftsutgiftene til omsorgstjenester i prosent av samlede netto driftsutgifter fortsatt lavere i Rødøy, mens de er høyere sammenlignet med landet uten Oslo.

Figuren under viser netto driftsutgifter til kommunehelsetjenesten i prosent av kommunenes samlede netto driftsutgifter.

Figur 4: Netto driftsutgifter til kommunehelsetjenesten. Kilde: KOSTRA



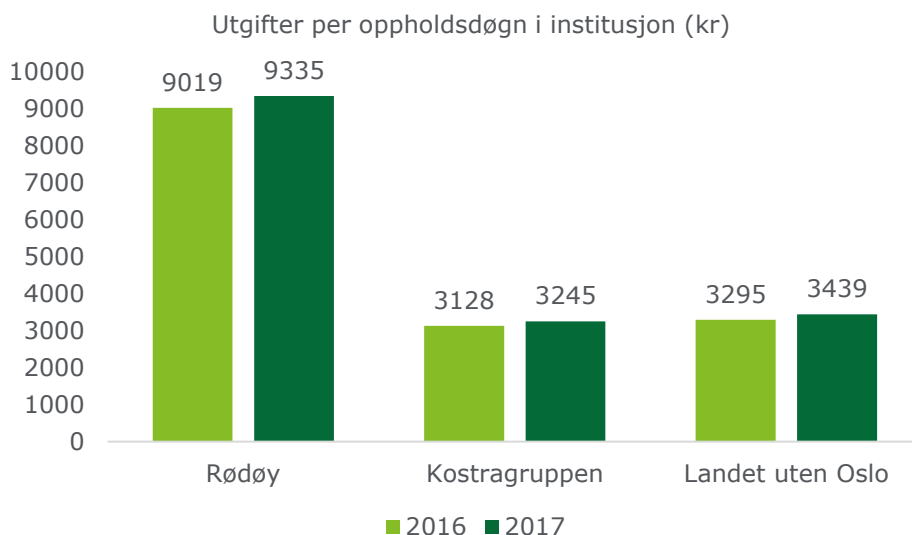
Som figuren over viser, har det vært en nedgang i netto driftsutgifter til kommunehelsetjenesten¹¹ i prosent av Rødøy kommunes samlede driftsutgifter i perioden 2016 til 2018. Netto driftsutgifter til

¹¹ Indikatoren angir prioritering av kommunens frie midler til kommunehelsetjenesten. Teller: Netto driftsutgifter til følgende KOSTRA-funksjoner: 232 Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste, 233 Annet forebyggende helsearbeid, 234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse, 241 Diagnose, behandling, re-/habilitering.

kommunehelsetjenesten i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter er likevel vesentlig høyere i Rødøy sammenlignet med kostragruppen og landet uten Oslo.

Figuren under viser utgifter per oppholdsdøgn i institusjon.¹²

Figur 5: Utgifter per oppholdsdøgn i institusjon. Kilde: KOSTRA¹³



Som det går frem av figuren over, er utgiftene per oppholdsdøgn i institusjon vesentlig høyere i Rødøy sammenlignet med kostragruppen og landet uten Oslo; i Rødøy er disse utgiftene i overkant av 9000 kr. per oppholdsdøgn mens utgiftene per oppholdsdøgn i kostragruppen og landet uten Oslo ligger på i overkant av 3000 kr. I forbindelse med verifisering av rapporten peker kommunen på at Rødøy kommune ligger samlet høyere enn sammenlignbare grupper, men at en vesentlig årsak til at det er så stor sprik er en feil i fordeling av kostnader mellom institusjon (253) og hjemmebaserte tjenester (254). Kommunen opplyser at de er i gang med gjennomgang av dette og justering for at 2019 KOSTRA rapporteringen blir rett med tanke på dette.

3.4.2 Vurdering

Revisjonens gjennomgang av KOSTRA-tall viser at Rødøy kommune har høyere utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester og utgifter per oppholdsdøgn i institusjon enn sammenlignbare kommuner i kostragruppen og gjennomsnittet for landet utenom Oslo. Revisjonen mener det er viktig at kommunen kontinuerlig sammenligner seg med andre kommuner for å gjøre vurderinger av egen ressursbruk. Undersøkelsen viser at politiske føringer for hvordan tjenestene skal drives, også legger føringer for hvilke effektiviserende tiltak som kan settes i verk. Det blir i undersøkelsen vist til at det er identifisert hensiktsmessige og effektiviserende tiltak som er mulige å gjennomføre, men som per i dag ikke er aktuelle på grunn av politiske prioriteringer.

3.5 Områder med økt ressursbruk

3.5.1 Datagrunnlag

I intervju som revisjonen har gjennomført blir det opplyst at kommunen hadde vært på ROBEK-listen neste år dersom kommunen ikke hadde fått ekstra midler gjennom statens Havbruksfond, som kan brukes til å saldere budsjettet. Det blir pekt på at disse midlene, 30,2 mill. kr i fjor, også gjør at det er lav politisk motivasjon til å gjøre innsparinger i form av blant annet omstruktureringer i helse- og omsorgstjenestene.

I kommunens årsrapport for 2018 går det frem at helse- og omsorgsetaten totalt hadde et forbruk på 50,9 millioner. Dette utgjør 2,2 millioner høyere enn budsjettet. Omsorgssentrene og legetjenesten er de

¹² Teller: Brutto driftsutgifter til KOSTRA-funksjon 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon. Nevner: Oppholdsdøgn totalt i institusjon (sykehjem, aldershjem, barnebolig) gjennom året, eksklusive avlastningsopphold, betalt av kommunen. Datakilde: IPLOS. Eventuelle kjøp fra privat virksomhet eller andre kommuner er inkludert.

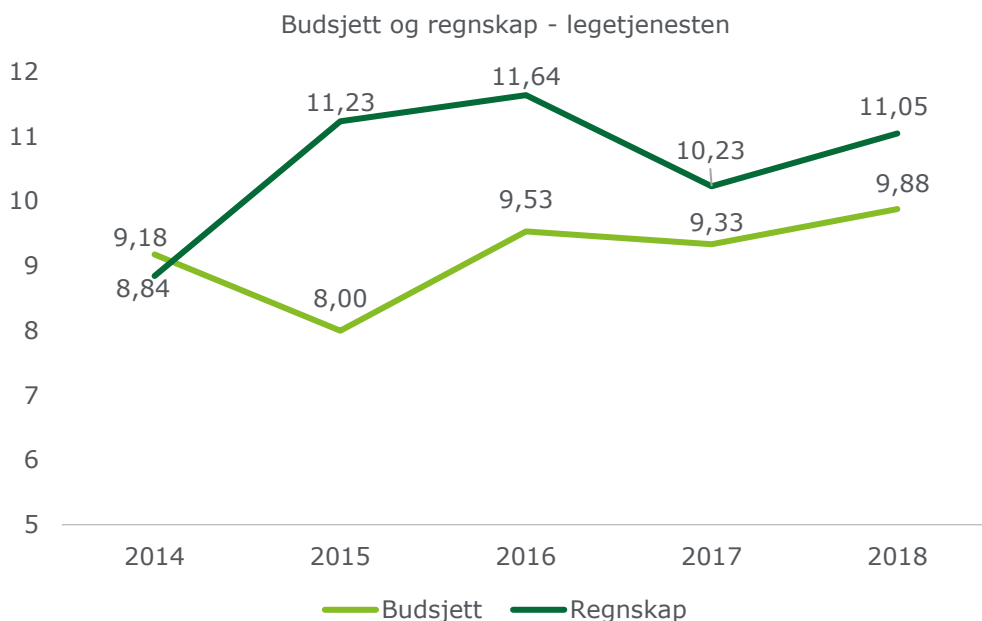
¹³ Tall for 2018 foreligger ikke på revisjonstidspunktet.

største enhetene i helse- og omsorgsetaten og utgjør hovedvekten av budsjettet i etaten. Under de neste overskriftene vil vi gå nærmere inn på ressursbruken i disse enhetene.

3.5.1.1 Legetjenesten

Figuren under viser budsjett og regnskapstall for legetjenesten i Rødøy de siste årene (i millioner kroner). for perioden 2014 til 2018.

Figur 6: Budsjett og regnskap - legetjenesten (i millioner kr)



Som det går frem av figuren har legetjenesten avvik mellom budsjett og regnskap alle år, med unntak av 2014. Differansen var størst i 2015 (et merforbruk på ca 3,2 mill. kr). Budsjettet ble tatt noe ned fra 2016 til 2017, men økt igjen fra 2017 til 2018. I 2018 hadde legetjenesten likevel et merforbruk på ca. 1,1 mill. kr.¹⁴

I kommunens årsrapport for 2015 blir det vist til at merforbruk i legetjenesten i stor grad skyldes økt drift ved legekantoret, og at dette særlig er knyttet til bruk av vikarlege fra byrå og avtale om engasjement i ledig hjemmel, samt utgifter til medisinsk forbruksmaterieell og kostnader knyttet til IKT. Det går også frem at det høsten 2015 var en personalsak som resulterte i uforutsette store utgifter. Kommunen hadde kostnader til et rettsforlik på ca. kr 2 mill. under helse- og omsorgsetaten, legetjenesten.

I kommunens årsrapport for 2016 vises det til at 2016 var et meget utfordrende år for tjenesten, og at det påløp ekstraordinære kostnader til kommuneoverlege i lønnet permisjon og kostnader til innleie av legevikarer i hans sted. Vikartjenester fra byrå utgjorde ifølge årsrapporten 2,7 mill. Videre går det frem at det gjennom siste halvdel av 2016 har vært to leger i full drift, og at det ikke ble ansatt vikar i den tredje legehjemmelen av økonomiske hensyn, men som vurderes som fullt forsvarlig. I årsrapporten vises det også til at det i 2016 ble gjennomført en arbeidsmiljøundersøkelse i legetjenesten som ble svært ressurs- og kostnadskrevende.

Differansen mellom budsjett og regnskap var noe mindre i legetjenesten i 2017 enn året før. I årsrapporten for 2017 blir det vist til at merforbruket i hovedsak skyldes bruk av byrå til innleie av leger. Vakante

¹⁴ I forbindelse med verifisering av rapporten peker rådmannen på at det i årsregnskapet for 2018 ble det avsatt svært konservativt kr 1,4 mill. for usikre forpliktelser knyttet til pågående saker som var uavklart ved regnskapsavleggelsen. Nå er saken avklart, og kostnaden ble kr 565 000 kr. Rådmannen opplyser at differansen kr 868 000 kr mellom det som var avsatt og faktisk kostnad, er ført som inntekt første halvår i 2019. Driftsbudsjettet for 2019 er regulert tilsvarende og merforbruket for legetjenesten på 1,1 million er korrigert til 232 000 kr.

stillinger ble ifølge årsrapporten lyst ut til sammen seks ganger i 2017 uten at kommunen lyktes med å ansette noen. Andre tiltak som ble gjort for å få ned kostnadene var å drive med to hjemler istedenfor tre, samt endringer i struktur i tjenesten som ga utslag i lavere sykefravær.

Revisjonen får opplyst at kommunen over tid har måttet basere legetjenesten i kommunen på innleie av vikarleger fra private byrå, som følge av utfordringer med å få rekruttert leger til faste stillinger. Innleie av leger fra vikarbyrå er kostbart sammenliknet med å avlønne leger i faste stillinger, og høsten 2018 ble det bedt om budsjettregulering som følge av at prognosene for legetjenesten tilsa at kommunen ville gå langt over budsjett for denne tjenesten.

I intervju blir det opplyst at kommunen tidligere har brukt ulike byrå for å leie inn leger og at prisene mellom byråene varierer. Etter ansettelse av leder for helsetjenesten har kommunen hatt kapasitet til å følge opp legetjenesten tettere og det er gjort et arbeid med å sjekke priser hos ulike byrå. Revisjonen får opplyst at resultatet er at kommunen nå i hovedsak baserer seg på ett byrå, og at de også har klart å redusere kostnadene. Til byrået som benyttes i dag betaler kommunen et formidlingsgebyr. Kommunen inngår så avtale om fastlønn for den enkelte lege, avhengig av utdanning og sesong. Revisjonen får opplyst at kostnadene har tidligere vært oppe i 75 000 kr. pr. uke, mens utgiftene nå er nede i rundt 55 000 kr. pr. uke. Samtidig blir det opplyst at det i kommunen ikke er budsjett til å gjennomsnittlig gå over en ukespris på 35 000 kr. I tillegg til fastlønn til leger kommer utgifter til legevakt. Dette ligger ifølge kommunen nå på rundt 32 000 kr. per uke, og kommunen opplyser at de her følger KS sine satser.

Det blir vist til at den vedtatte budsjettreguleringen for legetjenesten høsten 2018 var nesten dobbelt så stor som behovet viste seg å bli. Dette skyldes blant annet at kommunen klarte å få ned kostnader knyttet til innleie av leger etter å ha sjekket priser hos ulike vikarbyrå. At behovet for økt budsjett ikke ble like høyt som forventet, blir videre opplyst å skyldes at det er innført nye rutiner for inndrivelse av kommunale egenandeler og legenes HELFO-oppgjør¹⁵. Det blir opplyst at dette har stor betydning for de kommunale inntektene. Det er likevel slik at kommunen brukte over 1,1 million kroner mer enn opprinnelig budsjettet for legetjenesten i 2018, men når dette beløpet blir korrigert for avsetningen på kr 1,4 millioner, opplyser rådmann at ordinær drift for legetjenesten er innenfor regulert budsjett.

For å ikke gå over vedtatt budsjett har kommunen i 2019 lagt til grunn 12 uker med én lege.¹⁶ Resten av ukene er det to leger i kommunen, selv om legelisten i kommunen tilsier at det i utgangspunktet bare er behov for én lege (900 pasienter). Det blir også opplyst at legene har gitt tilbakemelding om at det er forsvarlig å kun ha én lege i enkelte perioder. Behovet for å ha to leger resten av året skyldes at det er krevende for én lege å håndtere vaktbelastningen over tid, samt økt turisme om sommeren.

Budsjettprognosen for 2019 per mai 2019 tilsier ifølge kommunen at legetjenesten strever med å holde budsjettet, men at tjenesten regner med å klare året innenfor budsjetttrammen. I intervju blir det pekt på at det er store prisforskjeller mellom legene, noe som skaper stor budsjettmessig usikkerhet dersom kommunen får fravær på en lege som er bestilt, da de ikke har garanti for å kunne erstatte denne med en lege til samme pris.

Det er lyst ut to faste legestillinger, og kommunen opplyser at de etter å ha utvidet søknadsfristen har fått inn tre reelle søkere til disse stillingene (per mai 2019). Ansettelser er ikke avklart per august 2019.

Kommunen opplyser ellers at de har et løpende legevaktsamarbeid med Lurøy, hvor de tar vakter for hverandre uten at dette er nedfelt i en formell avtale.

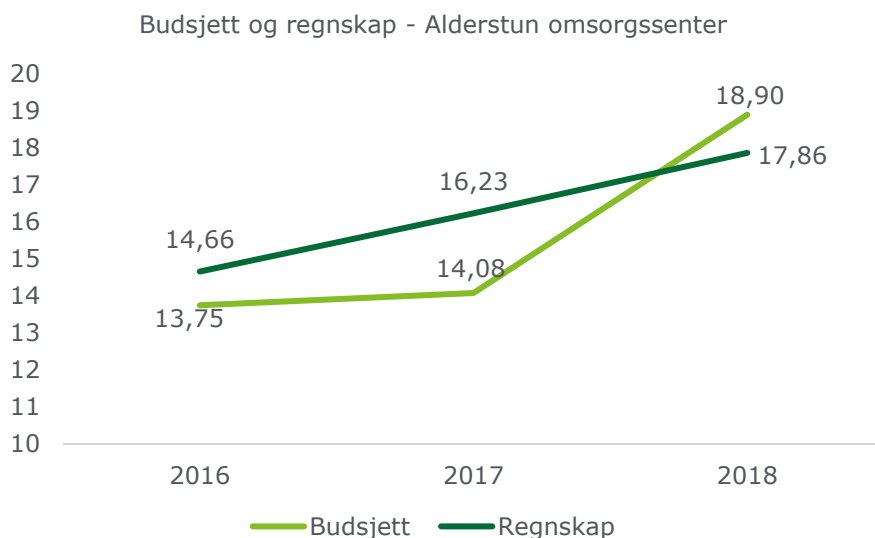
3.5.1.2 Omsorgssentrene

Figurene under viser budsjett og regnskapstall for henholdsvis Alderstun- og Rødøya omsorgssenter i perioden 2016-2018 (i millioner kroner):

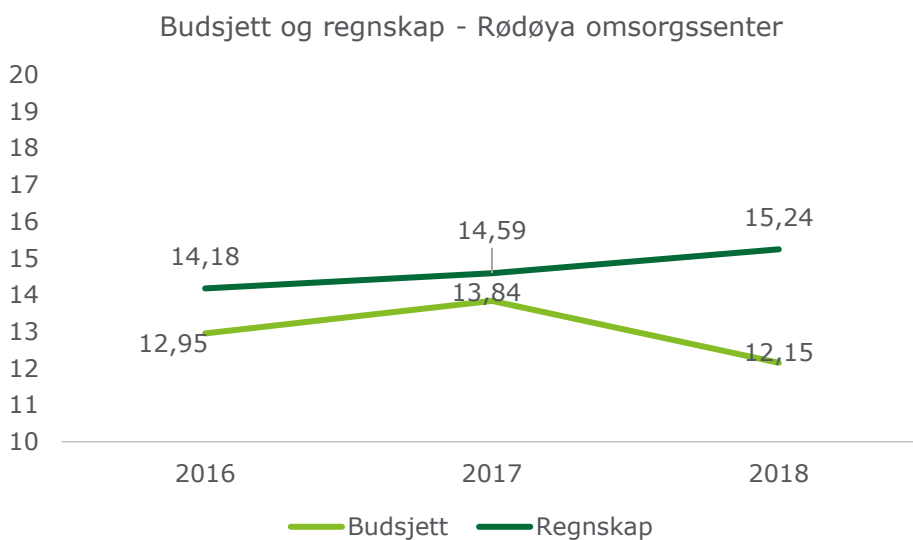
¹⁵ Som LIS1-lege (lege i spesialisering første del) skal du ha fast lønn fra kommunen for arbeid utført på dagtid, og da er det kommunen som skal motta refusjon fra Helfo. Dermed er det kommunen som må inngå avtale om direkte oppgjør. I mange tilfeller vil legen motta lønn fra kommunen også for arbeid utført på legevakten. Også da er det kommunen som mottar refusjonen fra Helfo og som inngår avtale om direkteoppgjør med Helfo. Se nærmere om dette på <https://www.helfo.no/regelverk/lis1-lege-eller-ny-lege-i-kommunen>

¹⁶ Fra og med 2016 ikke har vært ansatt lege eller vikarleger i den tre legehjemler. Det blir opplyst at dette er av økonomiske hensyn samt at det blir vurdert som fullt forsvarlig å kun ha leger i to av hjemlene.

Figur 7: Budsjett og regnskap - Alderstun omsorgssenter (i millioner kroner)



Figur 8: Budsjett og regnskap ved Rødøya omsorgssenter (i millioner kroner)



Som figurene over viser hadde begge omsorgssentrene et merforbruk i 2016. I årsrapporten for 2016 vises det til at merforbruket ved omsorgssentrene i hovedsak skyldes sykefravær, vakante stillinger og vikarbruk.

Figurene viser videre at det også var et merforbruk ved begge omsorgssentre i 2017. Det blir i kommunens årsrapport for 2017 vist til at merforbruket ble varslet gjennom egne saker høsten 2017. Revisjonen fått opplyst at det har vært behov for utvidet driftsbudsjett til de to omsorgssentrene etter om-/utbyggingen i 2017, og at det i budsjettene ikke var tatt høyde for økt personalbehov ved å øke opp antall plasser etter ombyggingen. Det blir videre i årsrapporten vist til at «Økte rammer ble innvilget av kommunestyret høsten 2017, og ny turnus med bruk av langvakter og få vakanser ble iverksatt mars 2018. Vakante stillinger ble utlyst og er nå tiltrådt fra mai 2018. Bemanningen blir opplyst å gjøre dem i stand til å håndtere

både hjemmesykepleien, utbygging av Alderstun omsorgssenter, utskrivningsklare pasienter og KAD-plass ved på en forsvarlig måte. I perioder med mindre tjenestebehov unngår man vikarbruk der det er forsvarlig»¹⁷

I 2018 var det mindreforbruk ved Alderstun omsorgssenter, mens det fortsatt var et merforbruk ved Rødøya omsorgssenter. I årsrapporten for 2018 gjøres det nærmere rede for disse avvikene, og det går frem at mer- og mindreforbruk blant annet er knyttet til antall pasienter, sykefravær og bemanningsbehov. Når det gjelder merforbruket ved Rødøya omsorgssenter blir det pekt på at dette skyldes at lønnsposten var underbudsjettet fra starten av året, samt at det har vært store utgifter til vikarbruk grunnet fravær.

I intervju som revisjonen har gjennomført blir det utdypet at det er tilrettelagte plasser for demente med behov for skjerming ved Rødøya omsorgssenter, mens Alderstun omsorgssenter ikke hadde slike plasser, og at Rødøya i 2018 tok imot tre pasienter fra Alderstun omsorgssenter som hadde behov for skjerming. Dette gjorde at det ble behov for mer personell. Etter nærmere utredninger ved Rødøya har en av de tre pasientene nå flyttet tilbake til Alderstun omsorgssenter. Det blir også opplyst at flere ansatte var i foreldrepermisjon, som ikke fullt ut ble dekket med vikarer, og som gjorde at omsorgssenteret i en periode måtte leie inn sykepleier fra byrå til høyere kostnader. På grunn av behovet for ekstra personell, måtte annet personell ta vakter ut over turnus noe som utløser kostbar overtidsbetaling. Behovet for ekstravakter var ikke tatt høyde for i fjorårets budsjett, men i budsjettet for 2019 er det i større grad tatt høyde for behov for ekstravakter. Det blir pekt på at det er vanskelig å vite hvor stort behovet vil bli, men at de i budsjettet har tatt utgangspunkt i forbruket i 2018. Kommunen opplyser i august at omsorgssentrene holder budsjettene godt så langt i 2019.

Når det gjelder ressursbruken i omsorgssentrene generelt blir det i intervju pekt på at strukturen med to omsorgssenter i kommunen er kostbar, blant annet blir det vist til økte personalkostnader og at det å drive storkjøkken på begge omsorgssentrene binder opp mye ressurser. Det blir kommentert at et alternativ kunne ha vært å ha alle institusjonsplassene på Alderstun omsorgssenter, men at kommunen ønsker å drive desentralisert med tilbud i flere kretser, og at administrasjonen har fått tilbakemelding om at politikerne ikke ønsker saker med forslag til omstrukturering som innsparingsforslag. Revisjonen får opplyst at administrasjonen ble bedt om å utrede et omsorgstun i Øresvik krets tillegg til de to omsorgssentrene, og at det har vært et ønske om at det skal være mulighet for heldøgnsomsorg ved et slikt omsorgstun. Utredningen ble behandlet av kommunestyret i september 2019 (sak 047/2019).

3.5.2 Vurdering

Omsorgssentrene og legetjenesten er de største enhetene i helse- og omsorgsetaten og utgjør hovedvekten av budsjettet i etaten. Disse enhetene har hatt økt ressursbruk og et gap mellom budsjett og regnskap. Selv om gapet har blitt mindre for legetjenesten og i 2017 var borte for et av omsorgssentrene (Alderstun), var gapet mellom budsjett og regnskap blitt større for Rødøya omsorgssenter i 2018.

Revisjonen mener det er uheldig at kommunen planla og vedtok utbygging av omsorgstilbud uten å ta høyde for økte personalkostnader og driftsrammer. Revisjonen mener det er viktig å sikre tilstrekkelig saksutredning og å få belyst kostnadsaspekter ved saker på en tilstrekkelig måte. Dersom kommunestyret ønsker å vedta andre alternativ enn de administrasjonen legger frem, står kommunestyret fritt til å gjøre dette. Revisjonen vil imidlertid peke på at det vil være hensiktsmessig om alternative forslag saksutredes av administrasjonen før endelig vedtak. Slik vil politikerne få oversikt over kostnader, muligheter, risiko og konsekvenser knyttet til de alternative løsningene før endelig vedtak fattes. Alternativt bør rådmannen utrede saker i etterkant av vedtak, med tilhørende risiko for at en slik saksutredning i etterkant avdekker både økonomiske og andre konsekvenser og risikoer som kommunestyret ikke var klar over i forkant av vedtaket.

Undersøkelsen viser at legetjenestens ressursbruk i 2017 og 2018 var lavere sammenlignet med 2015 og 2016. Det er revisjonens vurdering at kommunen tidligere ikke har hatt tilstrekkelig oppmerksomhet rettet mot å sikre kommunen gode avtaler ved innleie av leger. Revisjonen mener det er hensiktsmessig at kommunen nå har etablert en organisering med egen leder for helsetjenesten som blant annet skal sikre tettere oppfølging av legedekningen og kostnader knyttet til dette. (se også bl.a. kap 4.4.1.1 om dette).

¹⁷ Årsrapport for Rødøy kommune 2017, s. 29.

4. Budsjettering og økonomistyring

4.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgende hovedproblemstilling med underproblemstillinger:

Har kommunen hensiktsmessige system og rutiner for å sikre realistisk budsjettering og god økonomistyring innenfor helse- og omsorgsetaten? Under dette:

- a) I hvilken grad har kommunen rutiner for å sikre realistisk budsjettering innenfor helse og omsorg?
- b) I hvilken grad er det etablert tilstrekkelige systemer for økonomisk rapportering og utarbeidelse av økonomiske prognoser for avdelingen gjennom året?

4.2 Revisjonskriterier

4.2.1 Krav til internkontroll

I kommuneloven § 23 går det fram følgende krav til administrasjonssjefen:

(...)

2. Administrasjonssjefen skal påse at de saker som legges fram for folkevalgte organer, er forsvarlig utredet, og at vedtak blir iverksatt. Administrasjonssjefen skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll.

(...)

I Ot.prp. nr. 70 (2002-2003)¹⁸ står følgende kommentar til kravet om betryggende kontroll i kommuneloven § 23:

«Selv om administrasjonssjefen etter kommuneloven i dag ikke eksplisitt er pålagt å etablere internkontroll, må ansvaret for slik kontroll regnes som en nødvendig del av administrasjonssjefens ledelsesansvar. Det er i tråd med allment aksepterte ledelsesprinsipper at en leder av en virksomhet etablerer rutiner og systemer som blant annet skal bidra til å sikre at organisasjonen når de mål som er satt, og at formuesforvaltningen er ordnet på forsvarlig måte.»

I Ot.prp. nr. 70 (2002-2003) viser videre til at internkontroll særlig er et verktøy for ledelsen, og

(...) er en integrert del av ledelsens styring av organisasjonen. Internkontroll defineres i videste forstand som en prosess, iverksatt og gjennomført av virksomhetens ledere og ansatte, med formål å sikre måloppnåelse på følgende områder:

- Målrettet og effektiv drift
- Pålitelig ekstern rapportering
- Overholdelse av gjeldende lover og regelverk.

Se vedlegg 2 for utfyllende revisjonskriterier.

4.2.2 Krav til realistisk budsjettering

Krav til utforming av økonomiplan og årsbudsjett for kommunen går frem av kommuneloven kapittel 8. Av § 46, tredje ledd, står følgende:

3. Årsbudsjettet skal være realistisk. Det skal fastsettes på grunnlag av de inntekter og utgifter som kommunen eller fylkeskommunen kan forvente i budsjettåret.

¹⁸ Ot.prp. nr. 70 (2002-2003). *Om lov om endringer i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner m.m. (kommunal revisjon).*

Dette innebærer at de enkelte bevilgninger og inntektsrammer som budsjettet bygger på skal være ført opp ut ifra hva en kan påregne, og at også overslag over inntekter og utgifter skal være realistiske (jf. Ot.prp. nr. 43, 1999-2000).

I følge kommuneloven (§ 46 nr. 6) kan ikke kommuner budsjettere med underskudd. Dette betyr at dersom det ligger an til underskudd må det settes i verk tiltak for å få økonomien i balanse. Dersom en enhet/et område ikke får økte rammer, må det settes i verk tiltak for å redusere utgiftene.

4.2.3 Budsjettoppfølging og rapportering

Det er flere forhold som bidrar til god budsjettoppfølging. Dette omfatter blant annet relevant innhold i rapporter og oppfølging av avvik.

Tidsriktig økonomirapportering: Overordnet administrativt nivå og politisk nivå skal få informasjon om den økonomiske utviklingen. Det er et krav i budsjettforskriften § 10 at administrasjonssjefen gjennom budsjettåret «[skal] legge fram rapporter for kommunestyret eller fylkestinget som viser utviklingen i inntekter og innbetalinger og utgifter og utbetalinger i henhold til det vedtatte årsbudsjett.»

Rapporteringsinnhold: Innholdet i rapporteringen må være nøyaktig og av god kvalitet. Dette betyr blant annet at det bør utarbeides realistiske prognoser for forventet resultat ved årets slutt.

Oppfølging av avvik: Vesentlige endringer i forhold til opprinnelig budsjetterte inntekter og utgifter skal innarbeides i budsjettet. I kommuneloven § 47, punkt 2 og 3 går det frem at:

2. Skjer det endringer i løpet av budsjettåret som kan få betydning for de inntekter og utgifter som årsbudsjettet bygger på, skal administrasjonssjefen, kommunerådets leder eller fylkesrådets leder gi melding til kommunestyret eller fylkestinget.

3. Får kommunestyret eller fylkestinget melding etter nr. 2 foran, skal det foreta nødvendige endringer i budsjettet. Det samme gjelder når det på annen måte gjøres kjent med forhold som kan bety vesentlig svikt i inntektene eller en vesentlig økning i utgiftene i forhold til budsjettet.

Videre går det frem av forskrift for årsbudsjett for kommuner og fylkeskommuner:

§ 10. Budsjettstyring

«Administrasjonssjefen, eventuelt kommune- eller fylkesrådet, skal gjennom budsjettåret legge fram rapporter for kommunestyret eller fylkestinget som viser utviklingen i inntekter og innbetalinger og utgifter og utbetalinger i henhold til det vedtatte årsbudsjett. Dersom administrasjonssjefen eller kommune- eller fylkesrådet finner rimelig grunn til å anta at det kan oppstå nevneverdige avvik i forhold til vedtatt eller regulert årsbudsjett, skal det i rapportene til kommunestyret eller fylkestinget foreslås nødvendige tiltak.

§ 11. Endringer i årsbudsjettet

Det skal foretas endringer i årsbudsjettet når det må anses påkrevd. Kommunestyret skal selv foreta de nødvendige endringer i årsbudsjettet.

4.3 Rutiner for å sikre realistisk budsjettering i helse- og omsorgsetaten

4.3.1 Datagrunnlag

4.3.1.1 Rutiner for budsjettering

Det foreligger ikke skriftlige rutiner for budsjettering og budsjettprosessen i Rødøy som for eksempel beskriver frister for de ulike prosessene i budsjettarbeidet i løpet av året, hvilke analyser som skal gjøres når og av hvem, og hvilke data som skal og bør vurderes underveis i budsjettprosessen. Tilsvarende foreligger det heller ikke skriftlige rutiner som beskriver enhetslederne i helse- og omsorgsetaten sine oppgaver og ansvar i budsjetteringsarbeidet. Rådmannen utarbeider imidlertid en årsplan for budsjettering, som gjennomgås med lederne i juli.

Det blir fra kommunen opplyst at budsjettansvaret til enhetslederne i helse- og omsorgsetaten i praksis ble tydeligere i 2018 som følge av fravær i overordnet ledelse i helse- og omsorgsetaten. Dette innebar at enhetslederne i 2018 i større grad enn tidligere deltok i utarbeidelsen av årsbudsjett for sine enheter. I forbindelse med dette fikk enhetslederne tilgang til økonomisystemet Agresso, der de kan hente ut

rapporter helt ned til bilagsnivå. Videre benyttes systemet RS (ressursstyring) for turnusplanlegging og helsefagsystemet Cosdoc for beregning av pleiebehov. I intervjuene som revisjonen har gjennomført blir det gjennomgående gitt uttrykk for at det har vært positivt med en tydeliggjøring av enhetsledernes økonomiansvar, og at enhetslederne ikke ønsker å miste dette ansvaret når leder er tilbake etter sykefravær. Det blir blant annet vist til at tilgang til Agresso har gitt bedre forutsetninger for å kunne utarbeide realistiske budsjetter.

I intervju blir det kommentert at det var en bratt læringskurve for enhetslederne da de skulle i gang med budsjettarbeidet i 2018. Selv om det blir gitt uttrykk for at enhetslederne fikk god oppfølging og støtte i arbeidet fra rådmannen, blir det av enkelte pekt på at det er behov for opplæring innen økonomi og budsjettering for ledere. Blant annet blir det vist til at det ikke var tilstrekkelig kompetanse knyttet til budsjettreguleringer. Det blir pekt på at man allerede i juni 2018 så at legetjenesten var underbudsjettet, men at det på grunn av manglende kompetanse knyttet til budsjettprosesser og hvordan dette skulle håndteres ikke ble bedt om budsjettregulering før i september. I intervju peker flere på at enhetslederne har satt pris på å få større ansvar knyttet til økonomistyring og at dette bidrar til bedre oversikt og styring.

4.3.1.2 Arbeid for å sikre budsjett i balanse.

Kommunen peker på at deler av helse- og omsorgsvirksomheten er lovpålagt og ikke mulig å budsjettere helt ut, siden vedtak skjer etter behov for tjeneste. Kommunen påpeker at alvorlig sykdom/funksjonshemminger/ulykker vil kunne gi store utfordringer både faglig og økonomisk, men at god kontroll underveis i regnskapsåret vil lette identifiseringen av ekstraordinære utfordringer på et tidlig tidspunkt, og muliggjøre realistisk innarbeiding i budsjett eller behov for tilleggsbevilgning. Det blir samtidig gitt eksempler på at det har forekommet at tjenester med fastpris er underbudsjettet. I denne sammenheng vises det til at det på slutten av året i 2018 ble oppdaget at kostnad til crisesenter, som er en fast kostnad, var underbudsjettet.

Revisjonen får opplyst at budsjettarbeidet organiseres slik at hver enhetsleder får nødvendig tallgrunnlag tilsendt fra økonomisjef, sammen med budsjetttramme fra rådmannen. Budsjettforslag med nødvendige underlag som lønnsbudsjett og investeringsforslag, gjennomgås med etatsleder, før etatsleder leverer både talldel og forklarende tekstdel til rådmannen. Kommunen opplyser at budsjettprosessen er dynamisk, og at det er mange felles møter hvor de diskuterer fremdriften.

Når det gjelder verktøy til bruk i budsjettering og økonomistyring, blir det gitt uttrykk for at kommunen ikke har tilstrekkelig gode verktøy per i dag. Omsorgssentrene benytter personalsystemet RS, som muliggjør simuleringer av turnus (kostnader). Disse simuleringene ble tidligere gjort manuelt i regneark, og det blir pekt på som et løft at to av enhetslederne brukte RS til å budsjettere i år. Kommunen opplyser at de skal gå over til å bruke Visma med Bodø som vertskommune, og at kommunen vil sørge for at lederne får god opplæring i nytt system.

Som tidligere omtalt i rapporten blir det, blant annet i driftsbudsjettet for 2019, pekt på at kommunen er i en krevende økonomisk situasjon, på grunn av utviklingen i folketall over tid kombinert med dyre driftsstrukturer og stadig flere kommunale oppgaver. For økonomiplanperioden er det ifølge driftsbudsjettet for 2019 synliggjort behov for innsparingstiltak tilsvarende kr. 17,8 mill. årlig i 2022. Det går frem at kommunestyret og formannskapet startet et arbeid med å få balanse mellom inntekter og utgifter i 2017, men at arbeidet ikke ble fulgt opp i 2018 som følge av at kommunen fikk nye inntekter fra statens havbruksfond.

I 2018 utgjorde utbetaling fra havbruksfondet kr. 30,2 mill. I driftsbudsjettet for 2019 peker rådmannen på at prosesser som skulle bidra til økonomisk balanse er stoppet grunnet de nye inntektene fra havbruksfondet, og at rådmannen ikke anser dette som forsvarlig. Det vises blant annet til at kommunen bør basere driftsbudsjettene på å gå i balanse uten inntekter fra havbruksfondet inntil de blir mer forutsigbare, og rådmannen «... advarer på det sterkeste å skrinlegge det politiske arbeidet som skal bidra til å legge et tjenestenivå som er økonomisk bærekraftig». Videre peker rådmannen på at kommunen fra 2021 ikke vil klare å dekke opp det akkumulerte underskuddet, dersom de opprettholder det høye kostnadsnivået og ytterligere inntekter fra havbruksfondet uteblir. Det går også frem at:

Rådmannen kommer ikke med enkeltforslag til kutt, da dette helt nylig har vært lagt frem innenfor alle sektorer, og forkastet. Videre har det i formannskapet blitt tatt til orde for at slike forslag alene forstyrrer det politiske arbeidet. Det er politikernes ansvar å finansiere driftsnivået. Dersom et tilbud skal avvikles

eller servicenivået skal reduseres på noe område må det forankres i politisk vedtak. En forutsetter at politisk ledelse er godt orientert om situasjonen, utfordringene og valgene en står overfor. Derfor bes det heller om at diskusjonen eller arbeidet med forpliktende plan tas opp igjen, med involvering av og støtte fra administrasjonen. Dette bør gjennomføres i med de strategiske valgene som må gjøres i kommuneplanens samfunnsdel, som nå er under utarbeidelse.

4.3.2 Vurdering

Som vist i kapittel 3.5 har gapet mellom budsjett og regnskap i helse- og omsorgsetaten vært store over tid, selv om gapet har blitt mindre. Dette viser at det ikke i tilstrekkelig grad har blitt satt i verk kostnadsreducerende tiltak. Selv om revisjonen mener det er positivt at undersøkelsen viser at enhetsledernes økonomiske ansvar er blitt tydeligere, er dette ikke tilstrekkelig. Revisjonen mener at det er uheldig at Rødøy kommune ikke har utarbeidet skriftlige rutiner for budsjettering innenfor helse og omsorg. Revisjonen mener slike rutiner er viktige for å sikre at det er tydelig hvilke oppgaver og analyser som skal gjennomføres, hvilke grunnlagsdata som skal vurderes, hvem som har hvilke oppgaver og når disse skal gjennomføres. Dette er viktig for å sikre god flyt i budsjettarbeidet, at eventuelle behov for budsjettjusteringer blir varslet tilstrekkelig tidlig og for å sikre realistisk budsjettering.

Revisjonen mener videre at det er uheldig at kommunen ikke opplever å ha hatt gode nok system til budsjetteringsarbeidet, men vil samtidig peke på at det er positivt at det er planer for å gjennomføre forbedrende tiltak og gi ledere nødvendig opplæring i nytt system.

Revisjonen registrerer rådmannens bekymring knyttet til at kommunen har valgt å ikke sette i verk tiltak for å sikre økonomisk balanse, men basere seg på at midler fra havbruksfondet vil sikre balanse i kommuneøkonomien. Revisjonen har ikke sett nærmere på kommunens bruk av havbruksfondet, men vil presisere at det er viktig at kommunen har en langtidsplanlegging knyttet til helse- og omsorgstjenestene som sikrer effektiv og realistisk drift. Revisjonen vil videre peke på at det er viktig at investeringer blir basert på grundige analyser av behov og økonomi, og sett i sammenheng med langsiktige planer.

4.4 Systemer for økonomisk rapportering og utarbeidelse av prognoser

4.4.1 Datagrunnlag

4.4.1.1 Rapporteringssystem

Det foreligger ikke dokument som beskriver system for rapportering og utarbeidelse av prognoser i Rødøy kommune. Revisjonen får opplyst at økonomisk rapportering skjer tjenestevei fra enhetsnivå gjennom linjen opp til etatsnivå som igjen rapporterer til rådmannen. Rådmannen rapporterer til politisk nivå.

Som det går frem i kap. 4.3 ble økonomiansvaret til enhetslederne i helse- og omsorgsetaten tydeliggjort i 2018, og det blir opplyst at de fra 2018 i større grad enn tidligere deltar i rapportering og budsjettarbeid.

Etter tydeliggjøring av ansvaret har enhetslederne i helse og omsorg fått tilgang til Agresso, der de kan følge med på utgifter, anviser/attestere og følge opp resultatene. Det blir blant annet vist til at tilgang til Agresso har gjort det enklere å holde oversikt og kontroll over økonomien underveis gjennom året. Kommunen opplyser at enhetslederne får tilsendt hovedrapportene fra økonomisjef, med frist for å gi tilbakemelding når perioden skal avsluttes (hhv. tertial for 2017, tomånedlig for 2018 og kvartalsvis for 2019). Etatslederne samler inn tilsvarende, før rådmannen ferdigstiller rapporten. Kommunen har uavhengig av rapporteringsintervall, tatt ut månedsvise tall for å kunne sammenligne bakover i tid.

Som minimum skal alle budsjettansvarlige rapportere på om det vil være behov for budsjettregulering, eventuelle behov for tiltak, eller om en ligger an til å nå årsbudsjettet. I intervju blir det pekt på at det har vært for dårlig kontroll underveis dersom det ikke avdekkes behov for budsjettregulering før mot slutten av året. Kommunen opplyser videre at leder for helsetjenesten som følge av budsjettoverskridelsene i legetjenestene har blitt pålagt å ha en årsoversikt, delt ned på uker over kostnader til legevikarer, ned til påløpte kostnader hittil, booket/forpliktet fremover, og prognose for resten av året. Videre skal budsjettansvarlige beskrive viktige hendelser eller saker en jobber med, som ikke kan leses direkte ut av tallene. Det blir pekt på at det er god tradisjon for at lederne innenfor helse og omsorg beskriver virksomheten på en måte som gjør at politikerne er oppdatert på situasjonen. Flere peker også på at det kunne vært behov for en mal for økonomirapporteringen, da det ikke er helt tydelig hva rapporteringen skal inneholde, og at rapportene følgelig blir utformet på ulikt vis.

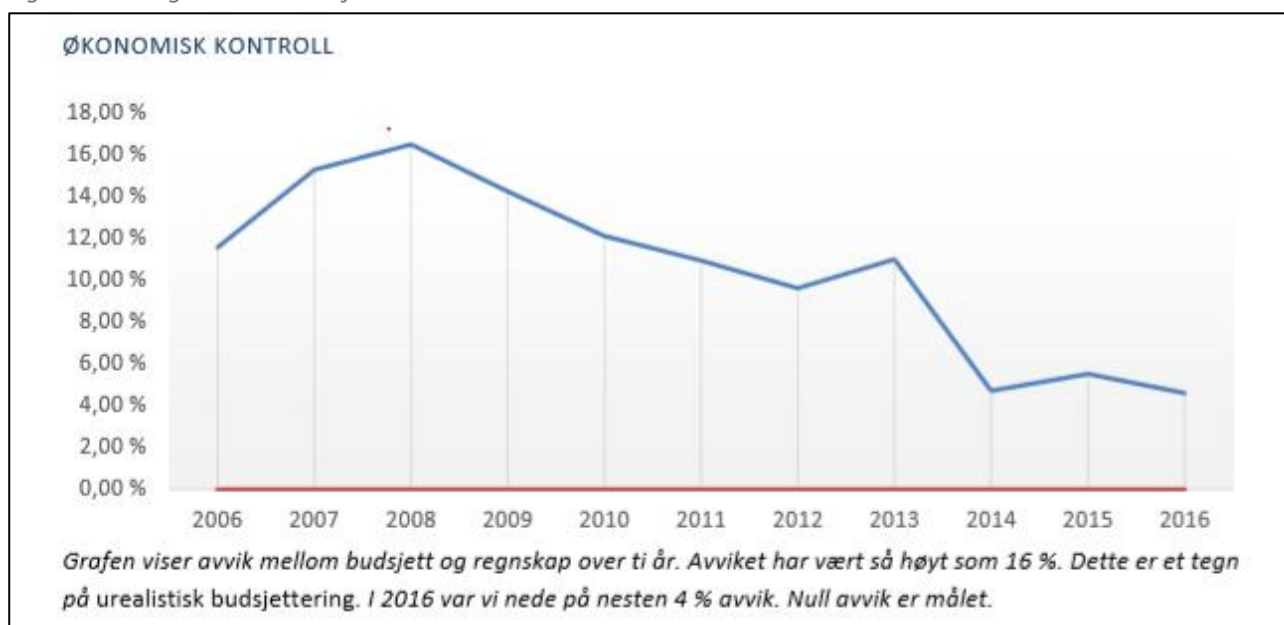
Kommunen opplyser at de ikke har prognoseverktøy for å kunne lage økonomiske prognoser underveis i løpet av året. Kommunen baserer seg på faktiske tall (faktisk forbruk) og lager egne prognoser i regneark basert på forbruket. Det blir pekt på at denne praksisen er personavhengig, da noen er gode til å lage prognoser på denne måten og andre ikke.

4.4.1.2 Avvik mellom budsjett og regnskap

I intervju blir det vist til at kommunen har fått bedre budsjettkontroll de siste årene. Avvik mellom driftsbudsjett og regnskap har vært oppe i 15-16 %, men i 2019 ser det ikke ut til å bli avvik. Dette er ikke tilfelle på investeringsbudsjettet, der det er store avvik, men kommunen opplyser at de skal se nærmere på dette høsten 2019. På driftsbudsjettet har kommunen bedre prognosesystemer enn tidligere, og det blir opplyst at kommunen etter at nåværende rådmannen ble ansatt, har begynt med periodisert budsjett. Før dette var alt delt likt på 12 måneder. Det blir i intervju pekt på at kommunen begynner å bli flinkere på periodisering, og at budsjettet nå er rett periodisert på inntekter og lønn, selv om kommunen ikke har et godt verktøy til dette arbeidet. Kommunen baserer seg på tidligere regnskap for å lage budsjettnotker med periodisering.

Figuren under er hentet fra driftsbudsjettet for 2018 og viser avvik mellom budsjett og regnskap over ti år.

Figur 9: Utdrag fra driftsbudsjettet 2018.



I driftsbudsjettet for 2018¹⁹ ble det pekt på at god periodisering og løpende rapportering er viktig for å kunne gjøre nødvendige justeringer underveis i året, og at kommunen har jobbet mye med å forbedre mer nøyaktige periodeavslutninger og å bruke faktiske regnskapstall og realistiske prognoser og fremskrivninger som budsjettunderlag.

Når det gjelder helse- og omsorgsetaten spesielt, er det som tidligere omtalt i rapporten også her avvik mellom budsjett og regnskap (revisjonen har sett på de tre siste årene).

4.4.2 Vurdering

Det foreligger ikke dokument som beskriver system for rapportering og utarbeiding av prognoser i Rødøy kommune, og revisjonen mener dette bør utarbeides for å tydeliggjøre tidspunkt for rapportering og roller og ansvar i dette arbeidet. Slike rutiner som tydeliggjør ansvar, vil bidra til å sikre løpende oversikt og kontroll med økonomien underveis gjennom året.

¹⁹ Rødøy kommune: [Driftsbudsjett 2018](#), s. 3.

Både innen helse- og omsorg og på kommunenivå har det over tid vært avvik eller gap mellom budsjett og regnskap over tid, men revisjonen merker seg imidlertid at avvikene i hovedsak har gått ned de siste årene. Basert på det som kommer frem i undersøkelsen stiller revisjonen spørsmål ved om systemet for økonomisk rapportering i helse- og omsorgsetaten har vært og er tilstrekkelig for å holde løpende oversikt og kontroll med økonomien underveis gjennom året.

Undersøkelsen viser at det i økende grad har blitt rettet oppmerksomhet mot økonomistyring innen helse- og omsorg og at enhetslederne har fått tilgang til Agresso slik at de i større grad kan følge med på den økonomiske utviklingen.

Samtidig mener revisjonen at kommunen bør utarbeide en mal for økonomirapporteringen, både som en støtte til etats- og enhetsledere og som ledd i å sikre seg tilstrekkelig rapportering og oversikt. En slik mal bør inneholde faste kategorier som sikrer at ledere vurderer og melder tilbake på nøkkelpunkt som for eksempel avvik, tiltak, sykefravær og vakanser, samt prognoser og analyser knyttet til ressursbruk.

Revisjonen mener videre at kommunen i forbindelse med overgang til nytt system for utarbeidelse av budsjett, også bør vurdere muligheten for å ta i bruk bedre prognoseverktøy slik at det enklere kan utarbeides prognoser i løpet av året.

5. Tiltak for å sikre kapasitet og kompetanse

5.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgende hovedproblemstilling med underproblemstillinger:

Har kommunen iverksatt tilstrekkelig med tiltak for å sikre kapasitet og kompetanse innenfor helse- og omsorgsetaten? Under dette:

- a) Er kommunens bemannings- og kompetanseplanlegging tilstrekkelig systematisk og langsiktig med hensyn til å sikre kapasitet og kompetanse i tjenestene?
- b) I hvilken grad arbeides det målrettet med å sikre høyt nærvær/lavt sykefravær blant medarbeiderne, og i hvilken grad lykkes avdelingen med eventuelle iverksatte tiltak?

5.2 Revisjonskriterier

I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten går det frem at virksomheten skal ha oversikt over medarbeiders kompetanse og behov for opplæring, jf. § 6f. Videre står det i § 7b at virksomheten skal sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet.

I Helsedirektoratets veileder til forskriften, blir det i veiledningen til §6f vist til at øverste leder skal sikre at det finnes en oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, samt ansvar for å sørge for systemer som sikrer at medarbeiderne har kunnskap og ferdigheter til å utføre oppgavene sine. Det blir vist til at dette forutsetter at virksomheten gjennomfører jevnlig kompetansekartlegginger, rekrutterer medarbeidere med riktig kompetanse og sørger for at de får tilstrekkelig opplæring, samt etter- og videreutdanning. Det blir også gitt eksempler på at relevante interne dokumenter kan være opplæringsplaner, kompetanseoversikter og kartleggingsskjema for kompetansebehov.

Arbeidsgiver har etter arbeidsmiljøloven et ansvar for å sørge for at det blir utført systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid (HMS) på alle plan i virksomheten for å sikre at hensynet til arbeidstakers helse, miljø og sikkerhet blir ivaretatt.²⁰ Etter regelverket innebærer systematisk HMS-arbeid at arbeidsgiver skal fastsette mål for dette arbeidet og sørge for systematisk arbeid med forebygging og oppfølging av sykefravær, jf:

- a) fastsette mål for helse, miljø og sikkerhet,
(...)
- f) sørge for systematisk arbeid med forebygging og oppfølging av sykefravær,
(...).²¹

Se vedlegg 2 for utfyllende revisjonskriterier.

5.3 Bemannings- og kompetanseplanlegging

5.3.1 Datagrunnlag

5.3.1.1 Bemanningsplaner

Når det gjelder bemanningsplanlegging, har kommunen har lagt om turnusen i omsorgstjenestene som et ledd i å sikre tilstrekkelig ressurser og kompetanse på jobb. Hovedfokuset for turnusarbeidet blir opplyst å være heltidskultur samt å unngå for mange vakanser i turnus da kommunen erfarer at det er vanskelig å

²⁰ Arbeidsmiljøloven § 3-1.

²¹ Arbeidsmiljøloven § 3-1, annet ledd, bokstav a og f.

rekruttere fagfolk i mindre stillinger. For å få til dette måtte kommunen lage en turnus med utgangspunkt i tilgjengelige personalressurser, og løsningen ble turnus med langvakter. I en gjennomført evaluering av turnusavtalen fremkommer det at et flertall av de ansatte ønsker å fortsette med denne type turnus, men noen ansatte gir også tilbakemelding på at det er belastende med langvakter. Kommunen opplyser at det er gjort tilpasninger i turnus for de som har gitt slike tilbakemeldinger.

5.3.1.2 Kompetansekartlegging og kompetanseplaner

Kommunen opplyser at det ble gjennomført kompetansekartlegging ved omsorgssentrene i 2018, gjennom at alle ansatte innen omsorg har registrert sin kompetanse i personalsystemet «RS». Det blir opplyst at videre kompetanseplaner for sektoren vil ta utgangspunkt i denne kartleggingen.

Revisjonen får opplyst at helsetjenesten per i dag ikke har tatt i bruk RS, men at dette planlegges innført som internkontrollsystem for å kunne formelt ha oversikt over hvilke rutiner/prosedyrer de ansatte har fått opplæring i samt tidspunkt for dette slik at leder bedre kan vurdere når det er behov for oppfriskning. Det blir kommentert at ansettelse av leder for helsetjenesten og frigjøring av tid for helse- og omsorgssjef har gjort det mulig å ta tak i dette nå, og det jobbes med å oppdatere/utarbeide system og rutiner og få på plass internkontrollsystemet.

5.3.1.3 Strategier for å sikre kompetanse og bemanning i fremtiden

Det blir kommentert at det fremover kan bli krevende for kommunen å opprettholde kompetansenivået som de har i dag. Dette skyldes blant annet at det kan bli en del helsefagarbeidere og sykepleier som slutter/går av med pensjon samtidig, og fordi distansene i kommunen og reiseforholdene til og fra kommunen gjør det krevende å rekruttere personell. Det blir pekt på at kommunen er avhengig av ansatte som ønsker å bo i kommunen, da tjenestene også skal ytes på steder som er vanskelig tilgjengelig fra fastlandet. Dette gjelder både pleie- og omsorgstjenestene og legetjenesten.

Selv om det blir gitt uttrykk for at det i hovedsak er tilstrekkelig kompetanse og kapasitet per i dag i tjenestene, blir det pekt på at det er vanskelig å få tak i vikarer ved behov til omsorgssentrene. I sommerferieavviklingen er omsorgssentrene avhengig av vikarbyrå, noe som også er årsaken til budsjettoverskridelser. På grunn av lang reisetid og krevende reiseforbindelser til og fra kommunen, er det i liten grad aktuelt å bruke skoleungdommer som vikarer.

Revisjonen får også opplyst at det er en stund siden kommunen har hatt inne sykepleierstudenter i tjenestene, men at kommunen har hatt dialog med ledelsen ved Helgelandssykehuset om muligheter for et samarbeid om hospitering av studenter og fast ansatte. Kommunen opplever at sykehuset var positive til et slikt samarbeid, men det foreligger per i dag ikke konkrete planer om gjennomføring.

Ledergruppen i helse- og omsorgsetaten har også drøftet om det er mulig å sette i verk tiltak/stimuleringsordninger rettet mot sykepleiestudenter fra kommunen for at de skal begynne å jobbe i kommunen etter endt utdanning, men dette har så langt ikke medført at de har satt i verk tiltak.

Kommunen har utlyst to faste legestillinger, og håper at det fremover vil kunne være mulig å drive legetjenesten med et redusert behov for vikarleger. Revisjonen får opplyst at kommunen har økt lønnen i de utlyste fastlegestillingene, for at stillingene skal være attraktive og at de ikke skal oppleves som underbetalt sammenlignet med byrålønnen til innleide leger. Det er ikke satt i verk andre rekrutteringstiltak, men i intervju blir det pekt på at kommunen trolig må inn på en rotasjonsturnus med et team av leger for å sikre seg legedekning. Revisjonen får opplyst at kommunen utvidet søknadsfristen for de to utlyste legestillingene og at det per mai 2019 var tre søkere til stillingene, hvorav to ønsker deltidsstilling. Kommunen opplyser i august 2019 at det ikke er gjort ansettelser av leger og at rekrutteringsprosessen fortsatt pågår.

For at legetjenesten skal være attraktiv har kommunen tre legehjemler, men det blir pekt på at dette samtidig er uheldig for leger med spesialisering fordi det er få pasienter på hver legeliste. Revisjonen får opplyst at leger med spesialisering som blir fast ansatt i kommunen vil risikere å miste spesialiseringen grunnet for få pasienter på listen.

Revisjonen får også opplyst at kommunen har sett på muligheter for å ha felles kommuneoverlege med andre kommuner, for eksempel Bodø, men det blir pekt på at dette er vanskelig grunnet foretaksgrensene. Regionsamarbeidet er i Salten, mens sykehuset er i den andre retningen. Det blir opplyst at kommunen

har søkt om å få bytte foretak, blant annet fordi de fleste fødende i kommunen reiser til Bodø for å føde, mens de eneste følgetjenestene kommunen får betalt for går til Helgelandssykehuset. Kommunen venter på tilbakemelding dette.

5.3.2 Vurdering

Revisjonen merker seg at kommunen har gjennomført kompetansekartlegging ved omsorgssentrene i 2018, og vil understreke viktigheten av at denne oppdateres kontinuerlig. Revisjonen mener at en slik kompetansekartlegging er et godt utgangspunkt for videre utarbeiding av kompetanseplaner slik kommunen har planlagt. I undersøkelsen blir det pekt på utfordringer med hensyn til å beholde dagens kompetansenivå i tjenestene i fremtiden. Revisjonen mener det er viktig at kommunen har vurdert ulike tiltak for å møte disse utfordringene og mener kommunen bør arbeide videre for å få iverksatt tiltak som kan bidra til å sikre kompetanse både innen omsorgstjenestene og innen helsetjenesten. Etter revisjonens vurdering bør slike tiltak sees i systematisk sammenheng med utarbeiding av en kompetanseplan som redegjør for fremtidig kompetansebehov. Revisjonen mener også det er viktig at de tiltakene kommunen allerede har vurdert kobles tydeligere til en kompetanseplan, for å sikre at tiltakene i større grad vurderes på en systematisk og langsiktig måte ut fra fremtidig kompetansebehov.

Når det gjelder bemanningsplanlegging innen omsorgstjenesten registrerer revisjonen at kommunen har gjort en vurdering av turnusen og kommet frem til at en ordning med langvakter bidrar til å sikre kompetent personell på jobb og en heltidskultur. Revisjonen mener videre at det er positivt at kommunen har evaluert ordningen og gjort tilpasninger på bakgrunn av evalueringen. Basert på de opplysningene som fremkommer i undersøkelsen, er bemanningsplanleggingen tilstrekkelig systematisk og langsiktig til å sikre kapasitet i tjenesten.

Revisjonen registrerer at kommunen har lyst ut to legestillinger og at de har forsøkt å øke lønnen knyttet til stillingene. Ut over dette er det ikke iverksatt tiltak og per august 2019 er det ikke ansatt noen i stillingene. Revisjonen mener kommunen bør evaluere iverksatt tiltak og systematisk vurdere og følge opp om andre tiltak som kan ha ønsket effekt for å sikre legedekning i kommunen.

5.4 Arbeid med å sikre høyt nærvær/lavt sykefravær

5.4.1 Datagrunnlag

Kommunen opplyser at arbeid for å sikre høyt nærvær/lavt sykefravær skjer gjennom systematiske tiltak som heltidskultur, unngå ufrivillig deltid, fordelt fritid i turnus, oppmerksomhet knyttet til hviletid i turnus, innføring av langvakter som mulighet for å unngå små stillinger og vakanser på helg. Det blir også opplyst at det gjøres også et stort arbeid for å tilrettelegge for den enkelte som går i fast turnus, med tilnærmet ønsketurnus for de fleste. Kommunen peker på at grunnlaget for høyt nærvær for virksomheten legges i turnusarbeid i samarbeid mellom leder, tillitsvalgte og den enkelte medarbeider. Kommunen opplyser videre at alle ansatte har mulighet til å delta i planlegging og evaluering av arbeidet i faste personalmøter og ved internundervisning, og det gjennomføres faste møter med tillitsvalgte og verneombud.

Enhetsledere har ansvar for å følge opp sykemeldte i sine enheter. Det blir pekt på som viktig at det er fokus på tidlig samtale for kartlegging og tiltak for å unngå sykemelding. Kommunen opplyser at det ved begge omsorgssentrene har vært brukt IA-tilskudd for å ha en ekstra person for å avlaste arbeidssituasjon ved graviditet og annen sykemelding.

Enhetsledere har også ansvar for formelle medarbeidersamtaler med sine ansatte. Det blir opplyst at dette i liten grad har vært prioritert på grunn av stort arbeidspress, men samtidig pekt på at virksomheten har små enheter med tilgjengelige ledere som har god kontakt med medarbeiderne i hverdagen.

Kommunen opplyser videre at det genereres fraværstatistikk på hver enhet med kvartalsvis rapport, som fremlegges i AMU i tillegg til å danne grunnlag for evaluering for etatsleder og enhetsledere.

I intervjuene som revisjonen har gjennomført blir det ikke pekt på særskilte utfordringer med sykefraværet per i dag. Ved begge omsorgssentrene blir det opplyst å være et relativt lavt sykefravær. Når det gjelder Alderstun omsorgssenter får revisjonen opplyst at sykefraværet var på rundt 4 % i 2018, og at det har vært en nedgang fra 7-8 % siden enhetslederen begynte i stillingen (konstituert i stillingen høsten 2016). Det blir pekt på at nedgangen nok har å gjøre med utbyggingen og økt bemanning i tillegg til at enheten innførte langvaktturnus i 2018. De ansatte gir delte tilbakemeldinger på langvaktturnusen, men etter avtale

med tillitsvalgte blir turnusen evaluert en gang per år og justert underveis etter tilbakemelding fra de ansatte (se også omtale av dette i forrige kapittel, kapittel 5.3.1).

Bakgrunnen for å starte med langvaktturnus blir opplyst å i utgangspunktet ikke være sykefraværet, men å unngå en turnus med mange vakanser/små helgestillinger som er vanskelig å få dekket. Langvaktsturnus blir opplyst å innebære at de ansatte må jobbe færre helger. Fra kommunen blir det videre pekt på at det er viktig å sikre en heltidskultur. Oppfatningen er at langvakter kan dekke personellbehovene med arbeid hver tredje helg når dette blir gjort i kombinasjon med heltidskultur.

Det blir ellers gitt uttrykk for at det er gode muligheter for å kunne tilrettelegge og tilpasse arbeidsoppgavene ved avdelingene, blant annet fordi det er pasienter med ulike pleietyngde men også muligheter for tilrettelegging der det leies inn vikar/assistent som kan bistå med oppgavene den sykemeldte ikke kan gjøre selv.

Når det gjelder legetjenesten blir det opplyst at det tidligere har vært sykemeldinger som har gjort det utfordrende å drive tjenesten, men at dette ikke er en problemstilling i dag.

5.4.2 Vurdering

Basert på det som kommer frem i undersøkelsen er det revisjonens vurdering at det jobbes systematisk med å sikre et høyt nærvær/lavt sykefravær ved de enhetene som har vært omfattet av revisjonen. Det at avdelingene har et relativt lavt sykefravær indikerer at de lykkes med de tiltakene de har satt i verk. Revisjonen mener kommunen har en god praksis ved at det jevnlig gjøres evalueringer av turnus og at det tas hensyn til ansattes ønsker og tilbakemeldinger. Revisjonen mener også at det er hensiktsmessig at det genereres enhetsvis fraværstatistikk som kan brukes som grunnlag for evaluering av ulike sykefraværs- og nærværstiltak, og mener det er viktig at ulike tiltak løpende blir evaluert i samarbeid med ansatte eller representanter for de ansatte.

6. Tiltak for å oppnå ressurseffektive tjenester

6.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgende hovedproblemstilling med underproblemstillinger:

Har kommunen satt i verk hensiktsmessige tiltak for å oppnå ressurseffektive tjenester innenfor helse- og omsorgsetaten? Under dette:

- a) I hvilken grad har kommunen gjort analyser av tidsbruk i tjenestene?
- b) I hvilken grad har kommunen et tiltaksapparat som sikrer at det er samsvar mellom funksjonssvikt/evne hos brukerne og det tilbudet som brukerne mottar?
- c) I hvilken grad har kommunen tatt i bruk for eksempel velferdsteknologi²², hverdagsrehabilitering²³ og/eller andre virkemidler for å bidra til at ressursene i etaten benyttes mest mulig effektivt i tjenesteutøvingen?

6.2 Revisjonskriterier

6.2.1 BEON-prinsippet og kvalitetsreform

Grunnlaget for Deloittes tilnærming når det gjelder kommunenes tilbud om helse- og omsorgstjenester er BEON-prinsippet som ble lansert i St. meld. Nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Våre analyser og vurderinger vil baseres på prinsippet om at tjenestene skal tildeles og ytes på «Beste Effektive Omsorgs Nivå» (BEON-prinsippet). Prinsippet bygger på at kommunen bør tilby en trinnvis opptrapping av pleie og omsorg for den enkelte, slik at flest mulig kan bo hjemme så lenge som mulig, samtidig som kommunen yter tjenester så effektivt som mulig. BEON-prinsippet omfatter både forebyggende arbeid, hjemmetjenester og tjenester i institusjon. Omsorgstrappen i BEON-prinsippet er illustrert i figuren under.

²² Velferdsteknologi blir av direktoratet for e-helse definert som «... en fellesbetegnelse på tekniske installasjoner og løsninger som kan bedre den enkeltes evne til å klare seg selv i egen bolig, og bidra til å sikre livskvalitet og verdighet for brukeren». <https://ehelse.no/velferdsteknologi>

²³ KS omtaler hverdagsrehabilitering som «... en ny måte å tenke «omsorg» på. I stedet for å tilby brukere med funksjonssvikt kompensierende og passiviserende tiltak, vil de få et skreddersydd rehabiliteringstilbud med mål om bedre mestring av dagligdagse gjøremål. Et tverrfaglig team veileder og tilrettelegger for aktiviteter som er satt ut fra brukerens egne ressurser». <http://www.ks.no/fagomrader/helse-og-velferd/helse-og-omsorg/rehabilitering/hverdagsrehabilitering---for-okt-livskvalitet/>

Figur 10: Omsorgstrappen i BEON-prinsippet



I regjeringens kvalitetsreform for eldre (Meld. St. 15, 2017-2018)²⁴ er det et mål at eldre skal få mulighet til å leve hjemme så lenge som mulig og få støtte til å mestre hverdagen, på tross av sykdom og funksjonssvikt.

6.2.2 Velferdsteknologi

På nettsidene til direktoratet for e-helse blir velferdsteknologi definert som en «... fellesbetegnelse på tekniske installasjoner og løsninger som kan bedre den enkeltes evne til å klare seg selv i egen bolig, og bidra til å sikre livskvalitet og verdighet for brukeren».²⁵

Helsedirektoratet²⁶ peker på at velferdsteknologi kan gi bedre tjenester for hjemmeboende eldre, pasienter i sykehjem, innen rus og psykisk helse og personer med nedsatt funksjonsevne, og at erfaringer viser at velferdsteknologi kan gi mer effektiv bruk av ressurser i helse- og omsorgstjenestene i kommunene.

Helsedirektoratet framhever videre at gevinstene er betydelige ved bruk av velferdsteknologiske løsninger i kommunene, og anbefaler at kommunene tar i bruk følgende løsninger:

- Lokaliseringsteknologi (GPS)
- Elektronisk medisineringsstøtte (elektronisk medisindispenser)
- Elektroniske dørlåser (e-lås)
- Digitalt tilsyn
- Oppgraderte sykesignalanlegg/pasientvarslingssystem
- Logistikk-løsning for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet på tjenester
- Digitale trygghetsalarmer
- Responstjenester
- Tekniske krav til trygghetsteknologi

²⁴ Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre

²⁵ Fra direktoratet for e-helse sine nettsider: <https://ehelse.no/velferdsteknologi>

²⁶ Fra Helsedirektoratets nettsider: <https://helsedirektoratet.no/velferdsteknologi>

6.3 Analyser av tidsbruk i tjenestene

6.3.1 Datagrunnlag

Kommunen gjorde i 2017 en omfangsberegning av tiltakstimer per uke i tjenestene, dvs. tid beregnet brukt direkte i hjelp til den enkelte.

Tabellen under viser medgåtte timer per uke til de ulike tjenestene. Merk at reisetid til og fra bruker ikke er medregnet.

Tabell 1: Omfangsberegning omsorgstjenestene. Medgåtte timer per uke til ulike tjenestetyper. Kilde: Rødøy kommune

Tjeneste	Rødøya omsorgssenter	Hjemme-tjenestene Rødøyene	Alderstun omsorgssenter	Hjemme-tjenestene Tjongsfjord/Værangsfjord	Hjemme-tjenesten Rødøy sør/fastlandet
Hjemmehjelp	10,0	4,3	14,3	45,5	9
Hjemme-sykepleie	121,3	24,2	234,3	36,6	5,3
Matombringing	20,3		24,4	4,1	
Korttidsopphold i institusjon			21,4		
Langtidsopphold i institusjon	73,5		42,5		
Avlastning i institusjon	42				
Samlet omfang	267,1	28,5	336,9	86,2	14,3

Hjemmetjenester (hjemmehjelp og hjemmesykepleie) for Rødøya omsorgssenter og Alderstun omsorgssenter ytes til brukere i omsorgsbolig i tilknytning til omsorgssentrene, mens de tre øvrige avdelingene som er vist i tabellen gir slike tjenester til brukere i egen/alminnelig bolig. Kommunen opplyser at de brukerne som bor i omsorgsboliger har enkeltvedtak på alle tjenester i likhet med andre hjemmeboende, og at det skilles mellom de som får tjenestene ved omsorgssentret og de som får tjenestene utenfor disse for å gi et rett bilde av omsorgssentrene. Brukere som har vedtak om institusjonsopphold har alle tjenester inkludert i vedtaket.

Revisjonen får opplyst at som følge av stor variasjon i pleietyngden hos brukerne i institusjonstjenesten, beregner kommunen ikke bare omfanget av hjemmetjenester, men også av institusjonstjenester slik at tjenesten kan tilpasses etter det reelle behovet. Noen av brukerne i institusjonstjenesten har behov for full pleie, mens andre bor på institusjon fordi det ikke er mulig å yte hjemmebaserte tjenester der de bor. Omfangsberegningen blir ifølge kommunen brukt til å vurdere personalbehov.

Transportmulighetene i kommunen blir som nevnt tidligere opplyst å være krevende for tjenestene og medvirkende til at brukere som i andre kommuner nok hadde bodd hjemme, får opphold i institusjon. Revisjonen får samtidig opplyst at ved Alderstun omsorgssenter er det kjørbare avstander til alle brukere

på fastlandet. Revisjonen får ellers opplyst at det ved Rødøya omsorgssenter²⁷ arbeider helsefagarbeidere som bor på øyene der brukere bor, noe som gjør at gjør at reisetiden til bruker kan kortes ned.

6.3.2 Vurdering

Revisjonen mener det er positivt at kommunen har gjort en omfangsberegning av tjenester som ytes til brukere innen pleie og omsorg. Revisjonen mener dette kan bidra til å sikre at bemanningen som planlegges er tilpasset faktisk tjenestestutførelse, samt bidra til realistisk budsjettering. Revisjonen stiller likevel spørsmål ved at kjøretid ikke er omfattet av omfangsberegningen for hjemmetjenesten. Revisjonen mener dette bør inkluderes for å gi et bedre bilde av den totale tids- og ressursbruken. Slik kan kommunen synliggjøre tiden som går med til dette og sikre at det planlegges og budsjetteres tilstrekkelig med ressurser. Tiden hjemmetjenestene bruker til kjøring vil nødvendigvis variere med hvor brukerne bor, og revisjonen mener derfor det er viktig at kommunen har systemer som innebærer at endringer knyttet behov for kjøring til brukere blir registrert. På denne måten kan omfanget av behov for kjøretid vurderes med jevne mellomrom.

6.4 Tiltaksapparat som sikrer samsvar mellom funksjonssvikt og tilbud

6.4.1 Datagrunnlag

Kommunen opplyser at søknader om helse- og omsorgstjenester behandles i ledermøtene i helse- og omsorgsetaten. Saksforberedelse og utforming av vedtak gjøres av en sykepleier som har fått en tildelingsfunksjon. Tidligere lå alt ansvaret for å vurdere og tildele tjenester til helse- og omsorgssjef. Det blir gitt uttrykk for at det er positivt at ansvaret for dette nå er delt og at det er et team som kan vurdere søknadene, spesielt i forbindelse med klagesaker. I intervju blir det gitt uttrykk for at det per i dag er gode rutiner på å fatte vedtak og at det er god kontroll på dette området.

Revisjonen får opplyst at det ikke er etablert et system for å registrere endringer i hjelpebehovet til brukerne, og at det ved begge omsorgssenter er en stund siden vedtakene ble gjennomgått. Det opplyses at det i forbindelse med overgang til nytt pasientjournalssystem høsten 2019 er ønskelig å gå gjennom alle vedtak ved Rødøya omsorgssenter og oppdatere disse slik at alt som importeres i nytt system stemmer med realiteten.

Når det gjelder Alderstun omsorgssenter blir det pekt på at det er såpass få brukere som mottar tjenester i hjemmet at det er enkelt å holde oversikt over tjenester som ytes og brukernes tjenestebehov. Det blir også vist til at det ikke er risiko for at det ytes et for høyt tjenestenivå i de hjemmebaserte tjenestene. Det blir opplyst at mange av brukerne har hjemmetjenesten bare telefonisk kontakt med. I intervju blir det også vist til at brukerne ofte gir beskjed selv dersom de mener at de ikke lenger har behov for tjenestene.

Før hjemreise etter korttidsopphold ved omsorgssenteret, gjennomføres det et kartleggingsbesøk i hjemmet der man vurderer forhold som fallfare, HMS og behov for hjelpemidler. Det er utarbeidet en perm for slike kartleggingsbesøk som systematisk blir gjennomgått og IPLOS-verdier²⁸ for bruker blir oppdatert. Det blir tatt vedtak om hjemmetjenester med tiltak tilpasset de behovene brukeren har ut i fra denne kartlegging.

Revisjonen får opplyst at en hovedvekt av brukerne som mottar helse- og omsorgstjenester får ivaretatt hjelpebehovet gjennom institusjonstjenester eller i omsorgsbolig, og at det har vært en reduksjon i omfanget av tildelte hjemmetjenester. Revisjonen får opplyst at det på revisjonstidspunktet (2019) kun er to brukere som får hjemmesykepleie hjemme hver dag på fastlandet. I tillegg er det 29 personer som får hjemmesykepleie sjeldnere enn daglig, og 17 personer som får hjemmehjelp pr 2019 tilknyttet Alderstun omsorgssenter. Når det gjelder hjemmesykepleie på øyene blir det opplyst at daglig hjemmesykepleie ytes til en hjemmeboende bruker, i tillegg får seks personer hjemmesykepleie, sjeldnere enn daglig og fem personer hjemmehjelp tilknyttet Rødøya omsorgssenter.. Det blir opplyst at kommunen har god dekning på institusjonsplasser. Som det går frem av tabellen fra 2017 i forrige kapittel, utgjorde omfanget av hjemmetjenester Rødøyene (hjemmehjelp og hjemmesykepleie) 28,47 timer per uke, mens omfanget var 86,2 timer per uke i hjemmetjenestene Tjongsfjord/Værangsfjord og 14,33 timer per uke i Rødøy

²⁷ Personell som arbeider ved Rødøya omsorgssenter arbeider også i hjemmetjenestene samme sted.

²⁸ IPLOS er et system for å registrere brukers funksjonsnivå. Registreringen danner grunnlag for kommunal og nasjonal statistikk. Se f.eks. <https://www.ssb.no/innrapportering/offentlig-sektor/iplos>

sør/fastlandet. Kommunen har bygd ut antall plasser på Alderstun omsorgssenter. Det har følgelig vært en økning i institusjonstjenester og en reduksjon i omfanget av tildelte hjemmetjenester. Per i mai 2019 var det kun to brukere som får tjenester hjemme hver dag.

I intervju blir det pekt på at kommunen har forbedringspotensial når det gjelder å tenke «omsorgstrappen» med differensierte tjenestetilbud. Det blir også pekt på at kommunen til dels mangler forutsetninger for å kunne gjøre dette. Det er blant annet nylig bygget omsorgsrom i tilknytning til omsorgssenteret på Rødøya som ikke har egne kjøkken. Beboerne må derfor ha cateringstjenester og grunnlaget for at kommunen skal kunne tilby tjenester innenfor flere nivå i omsorgstrappen er derfor ikke tilstede. Det blir pekt på at det måtte ha vært lagt til rette for at brukerne kunne lage sin egen mat dersom etaten skulle drevet på en annen måte enn i dag, og at det binder opp mye av ressursene å drive storkjøkken to steder. Samtidig blir det pekt på at dette kan være vanskelig å tilrettelegge for at beboere kan lage egen mat i praksis, blant annet for brukere på Alderstun omsorgssenter, fordi det ikke er butikk i nærheten av omsorgssenteret. Det blir også kommentert at mye av det sosiale livet blir knyttet til fellesskapet på omsorgssenteret, og at brukerne ikke ønsker å utelukkes fra det å delta i felles måltider.

Som tidligere omtalt i rapporten ytes det i kommunen tjenester på institusjon som ellers ville blitt ivaretatt av hjemmetjenesten, på grunn av begrensninger i hvor det er mulig å yte hjemmebaserte tjenester. Selv om det blir pekt på at geografiske forhold og transportmuligheter er begrensende når det gjelder hvor det er mulig å yte hjemmebaserte tjenester, blir det opplyst at brukere på fastlandet er lett tilgjengelig via bil og at det er kjørbar avstand i hele sonen på fastlandet.

Det blir imidlertid pekt på som en utfordring at det er vedtatt serviceerklæring for hjemmesykepleien²⁹ som begrenser antall hjemmebesøk til tre ganger per døgn. Videre blir det pekt på at det er en utfordring at hjemmetjenesten ikke har tjenester på natt. Det blir i intervju vist til at et flertall av brukerne som per i dag mottar institusjonstjenester har et tjenestebehov som kunne ha vært ivaretatt i hjemmet dersom hjemmetjenesten hadde nattjeneste/responstjeneste og antall besøk ble utvidet – kun et fåtall brukere blir opplyst å ikke kunne bo hjemme.

I serviceerklæringen for hjemmesykepleien står det at det kan bli nødvendig å flytte i omsorgsbolig dersom hjelpebehovet blir for omfattende eller faglig krevende, men at hovedmålet alltid er å legge til rette for å være hjemme lengst mulig. I kommunens forskrift³⁰ for tildeling av langtidsopphold i institusjon eller omsorgsbolig med særlig tilrettelagt heldøgnsomsorg står det at det erkjennes at geografiske forhold gjør at ikke alle tjenestetilbud kan ytes i like stor grad i hele kommunen, jf. serviceerklæring for hjemmesykepleie, men at tjenester på lavere nivå som hovedregel skal være forsøkt før tildeling av langtidsopphold i institusjon eller omsorgsbolig med særlig tilrettelagt heldøgnsomsorg.

Det blir i intervju pekt på at det generelt er slik at mange i kommunen ønsker å bo nært omsorgssentrene når de blir eldre, og at mange beboere bor lenge på institusjon. Videre blir det pekt på at det er gjort politiske vedtak for strukturen i helse- og omsorgsetaten, med ut- og ombygging av omsorgssentrene.

Revisjonen får opplyst at kommunen ønsker å gjennomføre en kartlegging av innbyggere som fyller 75 år for å kunne planlegge tjenester og ressursbruken bedre fremover. Kommunen ser for seg at en slik kartlegging både skal se på muligheter for tilrettelegging/forebygging i den enkeltes hjem, men også å kartlegge hva den enkelte ser for seg av tjenester når behovet oppstår. Kommunen ønsker å sette av en ressurs en dag per uke for å gjennomføre en slik kartlegging, men har ikke denne ressursen per i dag.

6.4.2 Vurdering

Det er revisjonens vurdering at kommunen ikke i tilstrekkelig grad har lagt til rette for at det kan tilbys tjenester innenfor flere nivå i omsorgstrappen, jf. BEON-prinsippet. Revisjonen stiller spørsmål ved om kommunens serviceerklæring for hjemmesykepleie, som har begrensninger i antall hjemmebesøk per døgn, er hensiktsmessig. Dette er fordi denne gir begrensninger knyttet til individuelle tilpasninger basert på brukernes egne ønsker og behov, samt tjenestenes faglige vurderinger av hver enkelt bruker. Videre stiller revisjonen spørsmål ved om det i tilstrekkelig grad prøves ut tjenester på lavere nivå før tildeling av institusjonstjenester jf. kommunens egen forskrift for langtidsopphold i institusjon eller omsorgsbolig med

²⁹ Rødøy kommune: [Serviceerklæring for hjemmesykepleien](#). Vedtatt i K-sak 004/2015, 26. mars 2015.

³⁰ <https://lovdata.no/dokument/LF/forskrift/2017-06-26-1643>

særlig tilrettelagt heldøgnsomsorg. Revisjonen mener på bakgrunn av dette at kommunen bør evaluere hensiktsmessigheten av serviceerklæringene.

Revisjonen mener det er hensiktsmessig at kommunen gjennomfører planlagt kartlegging av innbyggere som fyller 75 år. Revisjonen mener at en slik kartlegging kan bidra til å gi forebyggende hjelp i hjemmet slik at eldre kan bo lengst mulig hjemme og få støtte til å meste hverdagen, på tross av sykdom og funksjonssvikt, i tråd med nasjonale mål for eldreomsorgen (jf. Meld. St. 15, 2017-2018). Samtidig vil kommunen få oversikt over helsetilstand, ønsker og behov slik at tjenestetilbudet kan tilpasses og dimensjoneres i samsvar med dette.

6.5 Virkemidler for å oppnå ressurseffektive tjenester

6.5.1 Datagrunnlag

Kommunen opplyser at det er satset på utbygging av nettdekning mange steder i kommunen, og peker på at dette er en forutsetning for å kunne ta i bruk velferdsteknologi. Det blir opplyst at investeringen er på 10 mill. kr, og at kommunen har fått støtte fra NKOM³¹ til utbyggingen. Nettdekningen er god mange steder etter utbyggingen, men en del steder er det likevel ikke mulig å legge opp til alarm-/responstjenester grunnet begrensninger i nett- og/eller mobildekning.

Revisjonen får opplyst at Rødøy kommune deltar i nasjonalt velferdsteknologiprogram sammen med Bodø og Røst. Utbygging av nettverk og arbeid med felles plattform med Bodø danner grunnlaget for at kommunen i 2019 kan ta i bruk velferdsteknologi i et større omfang. Det blir opplyst at Bodø allerede har utviklet og gjort avklaringer innen blant annet GDPR, lover/regler og anskaffelser som kommunen kan dra nytte av.

Kommunen opplyser videre at velferdsteknologi knyttet til omsorgssentrene er tatt i bruk der det enkelt kan kobles mot alarmanleggene, og at det gjenstår arbeid med å koble løsninger til pasientjournalssystemet for enklere og sikrere rapportering. Rødøy kommune har også fått avtale om anskaffelse av elektroniske medisindispensere fremforhandlet gjennom Larvik kommune, som ble klar tidlig 2019, men medisindispenserne er på revisjonstidspunktet ikke tatt i bruk enda. Når det gjelder nytten av velferdsteknologi, blir det pekt på at særlig de små kommunene vil ha god nytte av dette, eksempelvis innen medisineringsstøtte. Blant annet blir det vist til at det ikke er hensiktsmessig at brukere kommer på institusjon flere år før de trenger hjelp til noe mer enn medisineringsstøtte.

Kommunen har videre tatt i bruk Skype-konsultasjon med Helgelandssykehuset, og lagt inn forespørsel om å være med i Helgelandssykehusets velferdsteknologiprogram fra 2019.

Når det gjelder muligheter for responstjeneste, blir pekt på at dette er en utfordring i deler av kommunen som ikke kan nås med rask respons/utrykning fra omsorgspersonell. Som tidligere omtalt i rapporten har det tradisjonelt vært mye nabo-/pårørendehjelp i kommunen, både innen omsorgstjenestene og på andre områder. Det blir pekt på at det nå er behov for å utrede problemstillinger knyttet til blant annet personvern. Som eksempel blir det vist til problemstillinger knyttet til om nabo som er respons på alarm skal ha innsyn i hele medisinalisten til brukeren. En annen problemstilling er hvilket ansvar kommunen har dersom nabo på respons er på ferie eller ikke tilstede ved utløst alarm, og det ikke er mulig for kommunen å rykke ut dit alarm er utløst.

Rådmannen peker på at det i forbindelse med satsning på velferdsteknologi er en god anledning til å sikre at nabo-/pårørendehjelp blir satt i system og underlagt kommunens internkontroll.

Når det gjelder hverdagsrehabilitering får revisjonen opplyst at dette ikke systematisk er tatt i bruk i Rødøy kommune, grunnet vanskelig infrastruktur og redusert mulighet for oppfølging i hjemmet, men det blir pekt på at Alderstun omsorgssenter har småkjøkken, fysioterapeut på huset og gode muligheter for tilrettelagt rehabilitering.

³¹ Nasjonal kommunikasjonsmyndighet.

6.5.2 Vurdering

Revisjonen mener det er viktig at kommunen nå arbeider med å ta i bruk ulike typer velferdsteknologi. Utbyggingen av nettet som er igangsatt er en viktig og nødvendig forutsetning for dette. Etter revisjonens vurdering er det viktig at arbeidet med å ta i bruk velferdsteknologi for å sikre ressurseffektive tjenester, følges opp videre.

Helsedirektoratet peker på at velferdsteknologi kan gi bedre tjenester og gi mer effektiv bruk av ressurser i helse- og omsorgstjenestene. Som det også påpekes i undersøkelsen kan velferdsteknologi, eksempelvis elektronisk medisineringsstøtte, forhindre unødig opphold på institusjon, noe som kommer brukerne til gode ved at de kan få bo hjemme lenger og samtidig bidra til sparte kostnader for kommunen.

7. Konklusjon og anbefalinger

Rødøy kommune har i flere år hatt utfordringer med budsjettoverskridelser innen helse- og omsorgsområdet, og tall fra KOSTRA viser at kommunen har hatt relativ høy ressursbruk innen helse og omsorgsområdet sammenlignet med andre kommuner. Dette er særlig knyttet til omsorgssentrene og legetjenesten.

Bakgrunnen for den høye ressursbruken er etter revisjonens vurdering i stor grad knyttet til vedtak om utbygging av omsorgstilbud uten å ta høyde for økte personalkostnader og driftsrammer, samt at kommunen tidligere ikke har hatt tilstrekkelig oppmerksomhet rettet mot å sikre kommunen gode avtaler ved innleie av leger.

Basert på det som kommer frem i undersøkelsen stiller revisjonen spørsmål ved om systemet for økonomiske rapportering i helse- og omsorgsetaten har vært og er tilstrekkelig for å holde løpende oversikt og kontroll med økonomien underveis gjennom året. Det foreligger ikke dokument som beskriver system for rapportering og utarbeiding av prognoser i Rødøy kommune, og revisjonen mener et slikt system, samt en mal for økonomirapportering, bør utarbeides. Revisjonen mener videre at Rødøy bør utarbeide skriftlige rutiner for budsjettering innenfor helse og omsorg.

De siste årene er det lagt frem ulike forslag til, og gjennomført strukturelle endringer i helse- og omsorgsetaten. I forbindelse med disse saksutredningene er det gjennomført analyser av daværende og fremtidig drift av tjenestene. Det har vært tydelig i rapporteringen at det er utfordringer knyttet til å sikre en drift innenfor de økonomiske rammer som er vedtatt. Revisjonen savner likevel en mer tydelig fremstilling og analyse av tidligere og fremtidig forventede driftskostnader innen helse- og omsorgstjenestene, og hvilke faktorer som inngår i disse kostnadene.

Revisjonen vil peke på at kommunens årsmeldinger og budsjetter er viktige dokumenter for å synliggjøre analyser av tidligere og forventet fremtidig ressursbruk. Etter revisjonens vurdering gir teksten som blir presentert i årsmeldinger og budsjetter i Rødøy, mange detaljer om status og planlagte innsparingstiltak. Dokumentene gir likevel ikke tilstrekkelig og tydelig oversikt over innsparingstiltak, kostnadsdrivere og risikoområder knyttet til disse. En samlet oversikt over dette vil kunne bidra til å tydeliggjøre kostnadene for politikerne som skal fatte vedtak, og dermed at politikerne får et bedre grunnlag for sine beslutninger.

Selv om årsrapportene viser bedring knyttet til resultatene innen helse og omsorgsområdet de siste årene, mener revisjonen at kommunen ikke i tilstrekkelig grad har satt i verk kostnadsreducerende tiltak. Revisjonene mener det er hensiktsmessig at kommunen nå har etablert egen lederstilling for helsetjenestene som bl.a. skal følge opp legedekningen i kommunen og kostnadene knyttet til dette, siden det har vært store kostnader og overskridelser knyttet til legedekningen i kommunen. Revisjonen vil samtidig peke på at det er uheldig at kommunen har planlagt og vedtatt utbygging av omsorgstilbud uten å ta høyde for økte personalkostnader og driftsrammer. Revisjonen vil understreke at det er viktig at investeringer blir basert på grundige analyser av behov og økonomi, og sett i sammenheng med langsiktige planer. Revisjonen mener det er viktig å sikre tilstrekkelig saksutredning av politiske saker for blant annet å få belyst kostnadsaspekter på en tilstrekkelig måte. Dersom kommunestyret ønsker å vedta andre alternativ enn de administrasjonen legger frem, står kommunestyret fritt til å gjøre dette. Revisjonen vil imidlertid peke på at det vil være hensiktsmessig om alternative forslag saksutredes av administrasjonen før endelig vedtak. Slik vil politikerne få oversikt over kostnader, muligheter, risiko og konsekvenser knyttet til de alternative løsningene før endelig vedtak fattes. Alternativt bør rådmannen utrede saker i etterkant av vedtak, med tilhørende risiko for at en slik saksutredning i etterkant avdekker både økonomiske og andre konsekvenser og risikoer som kommunestyret ikke var klar over i forkant av vedtaket.

Revisjonen merker seg ellers at kommunen har gjennomført kompetansekartlegging ved omsorgssentrene i 2017 og mener kommunen bør utarbeide en kompetanseplan og arbeide videre for å få iverksatt tiltak som kan bidra til å sikre kompetanse både innen omsorgstjenestene og innen helsetjenesten.

Det er revisjonens vurdering at det jobbes systematisk med å sikre et høyt nærvær/lavt sykefravær ved de enhetene som har vært omfattet av revisjonen, og at sykefraværet er relativt lavt. Revisjonen mener

at det er positivt at det jevnlig gjøres evalueringer av turnus og at det tas hensyn til ansattes ønsker og tilbakemeldinger.

Kommunen har gjort en omfangsberegning av tjenester som ytes til brukere innen pleie og omsorg, og revisjonen mener dette er viktig. Revisjonen stiller likevel spørsmål ved at kjøretid ikke er omfattet av omfangsberegningen for hjemmetjenesten og mener dette bør inkluderes for å gi et bedre bilde av den totale tids- og ressursbruken.

Kommunen har etter revisjonens vurdering ikke i tilstrekkelig grad lagt til rette for at det kan tilbys tjenester innenfor flere nivå i omsorgstrappen i samsvar med BEON-prinsippet. Revisjonen stiller spørsmål ved om kommunens serviceerklæring for hjemmesykepleie, som har begrensninger i antall hjemmebesøk per døgn og dermed begrensninger i forhold til individuelle løsninger basert på ønsker og faglige vurderinger, er hensiktsmessig. Undersøkelsen viser at ansatte i tjenestene ser hensiktsmessige og effektiviserende tiltak som er mulige å gjennomføre, men som per i dag ikke er aktuelle på grunn av politiske prioriteringer.

Revisjonen mener også det er hensiktsmessig at kommunen gjennomfører planlagt kartlegging av innbyggere som fyller 75 år. En slik kartlegging kan bidra til å gi forebyggende hjelp i hjemmet slik at eldre kan bo lengst mulig hjemme og få støtte til å meste hverdagen, på tross av sykdom og funksjonssvikt, i tråd med nasjonale mål for eldreomsorgen (jf. Meld. St. 15, 2017-2018). Samtidig vil kommunen få oversikt over helsetilstand, ønsker og behov slik at tjenestetilbudet kan tilpasses dette.

Revisjonen mener det er viktig at kommunen nå arbeider med å ta i bruk ulike typer velferdsteknologi. Utbygging av nettet som er igangsatt er en viktig og nødvendig forutsetning for dette. Velferdsteknologi kan forhindre unødig opphold på institusjon, noe som kommer brukerne til gode ved at de kan få bo hjemme lenger og samtidig bidra til sparte kostnader for kommunen.

På bakgrunn av de funn og vurderinger som går frem av undersøkelsen anbefaler revisjonen at Rødøy kommune:

1. Sikre at budsjett og årsrapporter har tydelige og tilstrekkelige oversikter over kostnadsdrivere, innsparingstiltak og risikoområder knyttet til disse innen helse- og omsorgsområdet.
2. Utarbeider skriftlige rutiner for:
 - o budsjetteringsarbeidet innen helse og omsorg for å sikre at det er tydelig hvilke oppgaver og analyser som skal gjennomføres, hvilke grunnlagsdata som skal vurderes, hvem som har hvilke oppgaver og når disse skal gjennomføres, og
 - o økonomirapportering med tilhørende mal.
3. Vurderer økt grad av tjenester i hjemmet som kan sikre at kommunen tilbyr tjenester på alle nivå i omsorgstrappen.
4. Sikrer at alle vesentlige kostnader og andre konsekvenser som følger av politiske vedtak som ikke er saksutredet, blir tydeliggjort for politikerne i etterkant.
5. Utarbeider kompetanseplan som redegjør for fremtidige kompetansebehov.
6. Evaluerer iverksatte tiltak og vurderer andre mulige tiltak som kan bidra til å sikre legedekning i kommunen.
7. Vurderer å inkludere kjøretid i omfangsberegningene til hjemmetjenestene for å få et bedre totalbilde av tiden som blir brukt i tjenestene.

Vedlegg 1: Høringsuttalelse

Forvaltningsrevisjon helse og omsorg

Rådmannen takker for fremlagt rapport, og merker seg Deloittes vurdering av kommunens ressursbruk innenfor helse- og omsorgstjenestene. Rådmannen vil legge vekt på rapportens anbefalinger.

Når det gjelder kompetanseplan som redegjør for fremtidige kompetansebehov, så er den under utarbeidelse. Det pågår arbeid om å evaluere iverksatte tiltak, og å vurdere andre mulige tiltak, som kan bidra til å sikre legedekning i kommunen. Det vil bli tatt opp til vurdering å inkludere kjøretid i omfangsberegningene til hjemmetjenestene. Det ligger en feil i rapportering til KOSTRA knyttet til institusjonstjenester, som også er noe av det vi er i gang med å få rettet.

Det er i rapporten en anbefaling om å vurdere økt grad av tjenester i hjemmet for å sikre at kommunen tilbyr tjenester på alle nivå i omsorgstrappen. Rammene for hvordan tjenestene skal ytes er en vurdering som må gjøres på politisk nivå. Administrasjonen skal tilrettelegge for god faglig diskusjon.

Det blir anbefalt å sikre at alle vesentlige kostnader og andre konsekvenser som følger av politiske vedtak som ikke er saksutredet, blir tydeliggjort for politikerne i etterkant. Her bes det om at politisk miljø også prioriterer nødvendig tid og ressurs til slikt arbeid.

Vi oppfatter rapporten som grundig og gjenkjennbar for tjenesten. Rapporten vil gi økt oppmerksomhet og bevissthet rundt ulike sider ved driften av helse- og omsorgsetaten. Den blir et viktig hjelpemiddel for å iverksette nødvendige tiltak for å utvikle tjenesten. Rådmannen vil jobbe med å kvalitetssikre og forbedre oversiktene i budsjett- og årsrapporter, og å utarbeide rutiner for dette.

Vågaholmen 14. oktober 2019

Kitt Grønningsæter

Rådmann

Vedlegg 2: Revisjonskriterier

Krav i lov og forskrift

Krav til internkontroll

I kommuneloven § 23 går det fram følgende krav til administrasjonssjefen:

(...)

2. Administrasjonssjefen skal påse at de saker som legges fram for folkevalgte organer, er forsvarlig utredet, og at vedtak blir iverksatt. Administrasjonssjefen skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll.

(...)

I Ot.prp. nr. 70 (2002-2003)³² står følgende kommentar til kravet om betryggende kontroll i kommuneloven § 23:

«Selv om administrasjonssjefen etter kommuneloven i dag ikke eksplisitt er pålagt å etablere internkontroll, må ansvaret for slik kontroll regnes som en nødvendig del av administrasjonssjefens ledelsesansvar. Det er i tråd med allment aksepterte ledelsesprinsipper at en leder av en virksomhet etablerer rutiner og systemer som blant annet skal bidra til å sikre at organisasjonen når de mål som er satt, og at formuesforvaltningen er ordnet på forsvarlig måte.»

I Ot.prp. nr. 70 (2002-2003) viser videre til at internkontroll særlig er et verktøy for ledelsen, og

(...) er en integrert del av ledelsens styring av organisasjonen. Internkontroll defineres i videste forstand som en prosess, iverksatt og gjennomført av virksomhetens ledere og ansatte, med formål å sikre måloppnåelse på følgende områder:

- Målrettet og effektiv drift
- Pålitelig ekstern rapportering
- Overholdelse av gjeldende lover og regelverk.

Krav til realistisk budsjettering

Krav til utforming av økonomiplan og årsbudsjett for kommunen går frem av kommuneloven kapittel 8. Av § 46, som omtaler årsbudsjettets innhold, går følgende frem:

1. Årsbudsjettet er en bindende plan for kommunens eller fylkeskommunens midler og anvendelsen av disse i budsjettåret. I bevilgninger til formål kan det likevel gjøres fradrag for tilhørende inntekter. Kravet om budsjettgjennomføring på utbetalingstidspunktet gjelder ikke for utbetalinger som kommunen eller fylkeskommunen er rettslig forpliktet til å foreta.
2. Årsbudsjettet skal omfatte hele kommunens eller fylkeskommunens virksomhet.
3. Årsbudsjettet skal være realistisk. Det skal fastsettes på grunnlag av de inntekter og utgifter som kommunen eller fylkeskommunen kan forvente i budsjettåret.
4. Årsbudsjettet skal være stilt opp på en oversiktlig måte. Kommunestyrets eller fylkestingets prioriteringer, samt de målsettinger og premisser som årsbudsjettet bygger på, skal komme tydelig fram.
5. Årsbudsjettet skal være inndelt i en driftsdel og en investeringsdel.
6. Det skal budsjetteres med et driftsresultat som minst er tilstrekkelig til å dekke renter, avdrag og nødvendige avsetninger.

³² Ot.prp. nr. 70 (2002-2003). *Om lov om endringer i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner m.m. (kommunal revisjon).*

7. I årsbudsjettet kan det avsettes midler til bruk i senere budsjettår.

8. Departementet kan gi nærmere regler om årsbudsjettet og innstilling til årsbudsjettet. I disse reglene kan det stilles krav om oversikter over inntekter og utgifter for kommunens eller fylkeskommunens samlede virksomhet.

Når det gjelder punkt 3 om at årsbudsjettet skal være realistisk, innebærer dette at de enkelte bevilgninger og inntektsrammer som budsjettet bygger på skal være ført opp ut ifra hva en kan påregne, og at også overslag over inntekter og utgifter skal være realistiske (jf. Ot.prp. nr. 43, 1999-2000).

I følge kommuneloven (§ 46 nr. 6) kan ikke kommuner budsjettere med underskudd. Dette betyr at dersom det ligger an til underskudd må det settes i verk tiltak for å få økonomien i balanse. Dersom en enhet/et område ikke får økte rammer, må det settes i verk tiltak for å redusere utgiftene.

Budsjettoppfølging og rapportering

Det er flere forhold som bidrar til god budsjettoppfølging. Dette omfatter blant annet relevant innhold i rapporter og oppfølging av avvik.

Tidsriktig økonomirapportering: Overordnet administrativt nivå og politisk nivå skal få informasjon om den økonomiske utviklingen. Det er et krav i budsjettforskriften § 10 at administrasjonssjefen gjennom budsjettåret «[skal] legge fram rapporter for kommunestyret eller fylkestinget som viser utviklingen i inntekter og innbetalinger og utgifter og utbetalinger i henhold til det vedtatte årsbudsjett.»

Rapporteringsinnhold: Innholdet i rapporteringen må være nøyaktig og av god kvalitet. Dette betyr blant annet at det bør utarbeides realistiske prognoser for forventet resultat ved årets slutt.

Oppfølging av avvik: Vesentlige endringer i forhold til opprinnelig budsjetterte inntekter og utgifter skal innarbeides i budsjettet. I kommuneloven § 47, punkt 2 og 3 går det frem at:

2. Skjer det endringer i løpet av budsjettåret som kan få betydning for de inntekter og utgifter som årsbudsjettet bygger på, skal administrasjonssjefen, kommunerådets leder eller fylkesrådets leder gi melding til kommunestyret eller fylkestinget.

3. Får kommunestyret eller fylkestinget melding etter nr. 2 foran, skal det foreta nødvendige endringer i budsjettet. Det samme gjelder når det på annen måte gjøres kjent med forhold som kan bety vesentlig svikt i inntektene eller en vesentlig økning i utgiftene i forhold til budsjettet.

Videre går det frem av forskrift for årsbudsjett for kommuner og fylkeskommuner:

§ 10. Budsjettstyring

«Administrasjonssjefen, eventuelt kommune- eller fylkesrådet, skal gjennom budsjettåret legge fram rapporter for kommunestyret eller fylkestinget som viser utviklingen i inntekter og innbetalinger og utgifter og utbetalinger i henhold til det vedtatte årsbudsjett. Dersom administrasjonssjefen eller kommune- eller fylkesrådet finner rimelig grunn til å anta at det kan oppstå nevneverdige avvik i forhold til vedtatt eller regulert årsbudsjett, skal det i rapportene til kommunestyret eller fylkestinget foreslås nødvendige tiltak.

§ 11. Endringer i årsbudsjettet

Det skal foretas endringer i årsbudsjettet når det må anses påkrevd. Kommunestyret skal selv foreta de nødvendige endringer i årsbudsjettet.

Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

Det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenester er nedfelt i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.v. (helse- og omsorgstjenesteloven)³³ § 3-1. Kommunen skal ifølge loven sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, får tilbud om nødvendige helse- og omsorgstjenester. I dette

³³Helse- og omsorgsdepartementet: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30.

prosjektet er oppmerksomheten rettet mot den delen av helse- og omsorgstjenestene som er omfattet av § 3-2 første ledd nr 6, bokstav a-c:

§ 3-2. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

(...)

6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:

- a. helsetjenester i hjemmet,
- b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt og
- c. plass i institusjon, herunder sykehjem.

I § 3-2a i helse- og omsorgstjenesteloven blir kommunens ansvar for tilbud om opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester nærmere omtalt. Her står det:

Kommunen skal tilby opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester

Krav til systematisk kvalitetsforbedring og styringssystem i helse- og omsorgstjenestene

§ 4-2 i helse- og omsorgstjenesteloven omhandler kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Her står det at den som yter helse- og omsorgstjenester skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Kravet til styringssystem går frem i § 3 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten³⁴:

Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal 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.

Helsedirektoratet har laget en veileder³⁵ til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Om § 3 i forskriften skriver Helsedirektoratet at den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, det vil si øverste leder, også har det overordnede ansvaret for styringssystemet. Videre skriver Helsedirektoratet at det med styringssystem er ment den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetenes aktiviteter er planlagt, gjennomført, evaluert og korrigert i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen.³⁶ Dette innebærer en rekke oppgaver som er nærmere definert i forskriften, jf. plikten til å planlegge (§ 6), plikten til å gjennomføre (§ 7), plikten til å evaluere (§ 8) og plikten til å korrigere (§ 9).

I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten går det frem at virksomheten skal ha oversikt over medarbeiders kompetanse og behov for opplæring, jf. § 6f. Videre står det i § 7b at virksomheten skal sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet.

I Helsedirektoratets veileder til forskriften, blir det i veiledningen til §6f vist til at øverste leder skal sikre at det finnes en oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, samt ansvar for å sørge for systemer som sikrer at medarbeiderne har kunnskap og ferdigheter til å utføre oppgavene sine. Det blir vist til at dette forutsetter at virksomheten gjennomfører jevnlig kompetansekartlegginger, rekrutterer medarbeidere med riktig kompetanse og sørger for at de får tilstrekkelig opplæring, samt etter- og

³⁴ Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. FOR-2016-10-28-1250.

³⁵ Helsedirektoratet: Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Sist endret 29.10.2018

³⁶ Ibid, s. 7.

videreutdanning. Det blir også gitt eksempler på at relevante interne dokumenter kan være opplæringsplaner, kompetanseoversikter og kartleggingsskjema for kompetansebehov.

Krav om systematisk arbeid med sykefravær

Arbeidsgiver har etter arbeidsmiljøloven et ansvar for å sørge for at det blir utført systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid (HMS) på alle plan i virksomheten for å sikre at hensynet til arbeidstakers helse, miljø og sikkerhet blir ivaretatt.³⁷ Etter regelverket innebærer systematisk HMS-arbeid at arbeidsgiver skal fastsette mål for dette arbeidet og sørge for systematisk arbeid med forebygging og oppfølging av sykefravær, jf:

b) fastsette mål for helse, miljø og sikkerhet,

(...)

f) sørge for systematisk arbeid med forebygging og oppfølging av sykefravær,

(...).³⁸

Nasjonale anbefalinger for innføring av velferdsteknologi

På nettsidene til direktoratet for e-helse blir velferdsteknologi definert som en «... fellesbetegnelse på tekniske installasjoner og løsninger som kan bedre den enkeltes evne til å klare seg selv i egen bolig, og bidra til å sikre livskvalitet og verdighet for brukeren».³⁹

Helsedirektoratet⁴⁰ peker på at velferdsteknologi kan gi bedre tjenester for hjemmeboende eldre, pasienter i sykehjem, innen rus og psykisk helse og personer med nedsatt funksjonsevne, og at erfaringer viser at velferdsteknologi kan gi mer effektiv bruk av ressurser i helse- og omsorgstjenestene i kommunene.

Helsedirektoratet framhever videre at gevinstene er betydelige ved bruk av velferdsteknologiske løsninger i kommunene, og anbefaler at kommunene tar i bruk følgende løsninger:

- Lokaliseringsteknologi (GPS)
- Elektronisk medisineringsstøtte (elektronisk medisindispenser)
- Elektroniske dørlåser (e-lås)
- Digitalt tilsyn
- Oppgraderte sykesignalanlegg/pasientvarslingssystem
- Logistikk-løsning for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet på tjenester
- Digitale trygghetsalarmer
- Responstjenester
- Tekniske krav til trygghetsteknologi

KS, NHO og Virke har utarbeidet en veileder⁴¹ for beregning av enhetskostnader i pleie- og omsorgstjenester. I denne blir det vist til at en rekke kommuner de siste årene har kartlagt ansikt-til-ansikt-tiden (ATA-tiden), altså hvor stor andel av tilgjengelige timeverk som brukes sammen med eller hos bruker. I følge veilederen viser erfaringstall at ATA-tiden varierer fra under 50 % til over 70 %, og at de viktigste årsakene til variasjoner mellom kommuner er:

- Hvor mange ganger spesielt hjemmesykepleien er på basen/tjenestestedet pr. dag og rapporterer mv.

³⁷ Arbeidsmiljøloven § 3-1.

³⁸ Arbeidsmiljøloven § 3-1, annet ledd, bokstav a og f.

³⁹ Fra direktoratet for e-helse sine nettsider: <https://ehelse.no/velferdsteknologi>

⁴⁰ Fra Helsedirektoratets nettsider: <https://helsedirektoratet.no/velferdsteknologi>

⁴¹ KS, NHO og Virke: Beregning av enhetskostnader i pleie- og omsorgstjenester, s. 10. URL: https://www.nhosh.no/contentassets/f6e31f366f6b4457a99fd3abbb4ef197/veileder-enhetskostnader-pleie-og-omsorg-rapport_-nov2014_web.pdf

- Erfaringer viser at hvis hjemmesykepleien er 3 ganger på basen, så vil ATA-tiden være under 50%, 2 ganger pr. dag gir ofte en ATA-tid på 60%, og kommuner som bruker tekniske hjelpemidler som nettbrett mv. og kun er på basen 1 gang pr. dag kan ha en ATA-tid på 70%
- Kjørelogistikk: Avstander mellom brukerne i kommunen, og hvordan man har planlagt kjøreruten i forhold til lokasjonen av disse brukerne
- Lengden på besøkene og antall besøk – flere korte besøk med en gitt kjøreavstand mellom vil gi lavere andel av arbeidstiden som går til ansikt til ansikt tid enn færre lengre besøk, fordi forholdet mellom tid hos bruker og tid mellom brukere økes

Vedlegg 3: Sentrale dokumenter og litteratur

Lov og forskrift

- Arbeids- og sosialdepartementet: Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven). LOV-2005-06-17-62
- Helse- og omsorgsdepartementet: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet: Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven). LOV-1992-09-25-107
- Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. FOR-2016-10-28-1250
- Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk. FOR-2006-02-17-204

Forarbeider, rundskriv, veiledere mv.

- Helsedirektoratet: *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Sist endret 29.10.2018

Dokumenter fra kommunen

- K-sak 067/2017 Helse- og omsorgsetaten: organisering av ledelsen
- K-sak 048/2017 Helsetjenesten: Struktur
- K-sak 049/2017 Omsorgstjenesten: Struktur
- K-sak 062/2017 Driftsrammer omsorgssentrene
- Driftsbudsjett 2018 og 2019
- Årsrapporter 2016, 2017 og 2018
- Virksomhetsstrategi, budsjett og plan for helse og omsorg for årene 2018 og 2019
- Økonomiplan 2018-2021
- Økonomiplan 2019-2022
- Kompetansekartlegging RS
- Bemanningsplan Rødøya omsorgssenter 2017
- Bemanningsplan Alderstun 2017
- Tidsbrukanalyse 2017
- Delegeringsreglement
- Administrativt vedtatt videre delegering

Andre kilder

- KOSTRA SSB: <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/kostra/>
- Direktoratet for e-helse om velferdsteknologi: <https://ehelse.no/velferdsteknologi>
- Helsedirektoratet om velferdsteknologi: <https://helsedirektoratet.no/velferdsteknologi#ta-i-bruk-velferdsteknologi---verkt%C3%B8y->



Deloitte AS and Deloitte Advokatfirma AS are the Norwegian affiliates of Deloitte NWE LLP, a member firm of Deloitte Touche Tohmatsu Limited ("DTTL"), its network of member firms, and their related entities. DTTL and each of its member firms are legally separate and independent entities. DTTL (also referred to as "Deloitte Global") does not provide services to clients. Please see www.deloitte.no for a more detailed description of DTTL and its member firms.

Deloitte Norway conducts business through two legally separate and independent limited liability companies; Deloitte AS, providing audit, consulting, financial advisory and risk management services, and Deloitte Advokatfirma AS, providing tax and legal services.

Deloitte is a leading global provider of audit and assurance, consulting, financial advisory, risk advisory, tax and related services. Our network of member firms in more than 150 countries and territories serves four out of five Fortune Global 500® companies. Learn how Deloitte's approximately 286,000 people make an impact that matters at www.deloitte.no.

© 2019 Deloitte AS