



Kostnads- effektivitet

Innenfor pleie- og omsorg

Forvaltningsrevisjonsrapport
Karmøy kommune

Mars 2018

www.kpmg.no

Forord

Etter vedtak i kontrollutvalget i Karmøy kommune 29.11.17 har KPMG gjennomført en forvaltningsrevisjon rettet mot kostnadseffektivitet innenfor pleie- og omsorg i kommunen. Denne rapporten er svar på kontrollutvalgets bestilling.

Oppbygging av rapporten

Våre konklusjoner og anbefalinger fremgår av rapportens sammendrag. Kapittel 1 har en innledning til rapporten. Her blir formål, problemstillinger, revisjonskriterier og metode presentert. I kapittel 2 presenteres kort tjenestestrukturen innenfor pleie og omsorg i Karmøy. Kapitel 3-5 besvarer problemstillingene i forvaltningsrevisjonen. Her blir revisjonskriterier konkretisert, samt at fakta og vurderinger blir presentert. I kapittel 6 presenterer vi våre anbefalinger. I kapittel 7 er rådmannens uttalelse til rapporten tatt inn.

Vi vil takke kommunen for all den gode hjelpen vi har fått i arbeidet vårt med forvaltningsrevisjonen.

Sammendrag

Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å kartlegge og vurdere kommunens kostnadseffektivitet og kostnadskontroll innenfor pleie- og omsorgstjenestene. For å svare på dette er det oppstilt tre problemstillinger i forvaltningsrevisjonen. Forvaltningsrevisjonen omfatter primært hjemmesykepleien, omsorgsboliger og sykehjem.

Problemstilling 1: Kostnadseffektivitet og kostnadskontroll

Karmøy hadde et høyere kostnadsnivå innenfor pleie- og omsorg i perioden 2014 til 2016 i både institusjon og hjemmetjenester, sammenlignet med KOSTRA gruppen og landsgjennomsnittet. Kommunen ligger høyt på kvalitetsindikatorene, samtidig peker etatsledelsen blant annet på struktur som en forklaring på kommunens kostnadsnivå. Etter vår vurdering er det potensielle smådriftsulempere i Karmøy kommunes institusjons- og boligstruktur, men kommunen har også hatt en sterkere kostnadsvekst enn gjennomsnittet i KOSTRA gruppen og landsgjennomsnittet i perioden. Dette må også sees i sammenheng med at Karmøy har fått en større andel med omfattende bistandsbehov i perioden.

Kommunen har tatt i bruk velferdsteknologi, og mener dette vil kunne være kostnadsbesparende på sikt. Herunder ved at kommunen vil kunne håndtere flere brukere uten at ressursbruken øker tilsvarende.

Når det gjelder økonomisk internkontroll har det det vært samsvar mellom budsjett og regnskap innenfor pleie og omsorg i 2016 og 2017. Likevel stiller vi spørsmål ved om det er tilstrekkelig grad av risiko- og målstyring i etaten. Etaten rapporterer på noen styringsparameter, men det er begrenset i hvor stor grad dette sees i sammenheng med eventuelle budsjettavvik.

Det rapporteres ikke systematisk på økonomisk utvikling fra virksomhetsleder til etatsledelsen. Dette fremstår som en ubyråkratisk løsning. Samtidig stiller vi spørsmål om denne ordningen er tilstrekkelig for å sikre virksomhetslederne god nok kjennskap og kontroll på virksomhetens økonomi og om virksomhetslederne blir tilstrekkelig ansvarliggjort ved avvik mellom budsjett og regnskap.

Etaten gjennomfører i liten grad budsjettjusteringer gjennom året, vi vurderer at å gjennomføre justeringer mer systematisk vil kunne bidra til et mer realistisk budsjett på detaljnivå. Videre kan et oppdatert budsjett i større grad synliggjøre hvilke avvik som skyldes omprioritering og hvilke avvik som skyldes behovsendringer.

Problemstilling 2: Hvilke rutiner har kommunen for tildeling av hjemmebaserte og institusjonsbaserte tjenester?

Kommunen har et bestillerkontor som er ansvarlig for tildeling av tjenestene. Rutinene for tildeling som er blitt gjennomgått i denne revisjonen, fremstår som tydelige og at det er fokus på å sikre et likeverdig tjenestetilbud. Kommunen har et konkret kriteriesett for tildeling av enkelte tjenester som balanserer ressursutnyttelse og at brukerne får de tjenestene de har rett på. Samtidig vurderer vi at det kan være hensiktsmessig for bestillerkontoret å utarbeide tydelige, konkrete kriteriesett for alle tjenestene. Videre går det frem at samarbeidet mellom tildelingskontoret og de utøvende virksomhetene fungerer bra og det ser ut til å være en gjensidig forståelse for den enkelte virksomhets arbeidsoppgaver.

Kommunen har som målsetning å ha et helse- og omsorgstjenestetilbud som dekker innbyggernes nødvendige behov og det skal tilrettelegges for at innbyggerne kan bo lengst mulig i eget hjem. Det sammenfaller med BEON-prinsippet, som handler om å tilby helse- og omsorgstjenester på beste effektive omsorgsnivå. I våre undersøkelser var det stor enighet om at kommunen aktivt jobber for å ivareta dette prinsippet, og at det er sentralt både hva gjelder tildeling og utførelse av pleie- og omsorgstjenester. Samtidig har kommunen en dyrere pleie og omsorgstjenester enn sammenligningskommunene. Det betyr at kommunen har en mindre effektiv ressursbruk på tross av at det fokuseres på BEON-prinsippet og effektiv ressursutnyttelse ved tildeling av tjenester.

Bestillerkontoret ligger på etterskudd når det kommer til revidering av vedtak. Dette er uheldig, da man risikerer at brukere ikke får det tilbudet som er best tilpasset behovet, eventuelt at det er manglende samsvar mellom vedtak og tjenester som blir gitt.

Problemstilling 3: Hvordan planlegger kommunen dimensjonering av pleie- og omsorgstjenestene for fremtiden?

Vår undersøkelse viser at Karmøy kommune gjør systematiske analyser av fremtidig tjenestebehov og hva som vil være en hensiktsmessig dimensjonering av pleie- og omsorgstjenestene. Dette vil kunne bidra til å sikre et mer helhetlig og samordnet tjenestetilbud i fremtiden. Samtidig som det gjennomføres grundige analyser, stiller vi spørsmål om det er tilstrekkelig sammenheng mellom analysene og kommunens prioriteringer. Herunder viser vi til at det er gjort vedtak om nye heldøgnsomsorgsplasser, samtidig som det ikke er planlagt hvordan driften av disse plassene skal finansieres. For å sikre at ressursene utnyttes best mulig vil det være nødvendig å gjøre prioriteringer.

Videre viser vår undersøkelse at kommunen i stor grad arbeider systematisk med å planlegge for hvordan en kan utnytte velferdsteknologi på en hensiktsmessig måte. Samtidig vurderer vi at kommunen burde hatt en mer konkret plan for innføring, bruk og oppfølging av velferdsteknologi. Vi vurderer også at kommunen i større grad bør gjøre vurderinger av nytteverdi og gevinstrealisering i forkant og med oppfølgende analyser ved innføringen av ny teknologi. Kommunen presiserer at de selv ser et behov for og arbeider med en tydeligere strategi på velferdsteknologiområdet. I intervju nevnes kvantitative gevinster ved innføringen av ny teknologi, men dette er ikke dokumentert. Ettersom kommunen har en målsetting om at ny teknologi skal gjøre det mulig å gi tjenester til flere brukere, uten at ressursbruken øker tilsvarende, vil det være nødvendig med konkret informasjon om forventede, kvantitative gevinster for å kunne dimensjonere tjenestene i samsvar med effektiviseringsgevinster.

Våre anbefalinger er listet i kapittel 6.

Innhold

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn og formål	1
1.2 Problemstillinger	1
1.3 Revisjonskriterier	1
1.4 Metode	2
2. Tjenestestruktur pleie- og omsorg i Karmøy	4
2.1 Helse- og omsorgsetaten	4
3. Kostnadseffektivitet og kostnadskontroll	6
3.1 Sammenligning og analyse opp imot andre kommuner	6
3.2 System og elektroniske hjelpemiddel	12
3.3 I hvilken grad har virksomhetene etablert systematisk, økonomisk internkontroll	13
3.4 Vurdering kostnadseffektivitet og kostnadskontroll	15
4. Rutiner for tildeling av hjemmebaserte og institusjonsbaserte tjenester	17
4.1 Roller og ansvar	17
4.2 Rutiner for tildeling	17
4.3 Tildelingskriterier og føringer	19
4.4 Effektiv ressursutnyttelse	19
4.5 Vurderinger	20
5. Dimensjonering av pleie- og omsorgstjenestene	22
5.1 Analyse og planlegging	22
5.2 Velferdsteknologi	22
5.3 Vurderinger	24
6. Anbefalinger	25
7. Uttalelse fra rådmannen	26
Vedlegg 1 Dokumentliste	27
Vedlegg 2 Revisjonskriterier	28
Vedlegg 3 Omsorgstrapp i Karmøy kommune	33

1. Innledning

1.1 Bakgrunn og formål

Kontroll- og kvalitetsutvalget i Karmøy kommune vedtok i møtet 29.11.17, sak 48/17, å bestille forvaltningsrevisjon om "Kostnadseffektivitet innenfor pleie- og omsorg" fra KPMG.

Formålet med forvaltningsrevisjonen er å kartlegge og vurdere Karmøy kommunes kostnadseffektivitet og kostnadskontroll innenfor pleie- og omsorg.

Forvaltningsrevisjonen omfatter hele kommunen, men i tråd med mandatet er forvaltningsrevisjonen avgrenset til hjemmesykepleien, omsorgsboliger og sykehjem.

Forvaltningsrevisjonen er forbedringsorientert, og har som formål å gi anbefalinger om tiltak der forvaltningsrevisjonen avdekker avvik eller forbedringsområder.

1.2 Problemstillinger

Forvaltningsrevisjonen gir svar på følgende problemstillinger:

1. Kostnadseffektivitet og kostnadskontroll

- a) Sammenligning og analyse opp imot andre kommuner
- b) Har de ansatte/brukere tilgang til systemer og elektroniske hjelpemidler som er med på å effektivisere/forenkle hverdagen?
- c) I hvilken grad har virksomhetene etablert en systematisk, økonomisk internkontroll?

2. Hvilke rutiner har kommunen for tildeling av hjemmebaserte og institusjonsbaserte tjenester?

- a) Hvem er involvert i å tildele og hvilke prosedyrer er etablert tilknyttet tildelingen?
- b) I hvilken grad blir effektiv ressursutnyttelse tatt hensyn til ved tildeling?
- c) Hvordan sikrer kommunen at tildeling av tjenester er basert på og tilpasset brukerne sine egne behov og ressurser, samtidig som at tjenestetildeling understøtter BEON-prinsippet?

3. Hvordan planlegger kommunen dimensjonering av pleie- og omsorgstjenesten for fremtiden?

- a) Systematikk i analyse og planlegging
- b) Utnytting av velferdsteknologi
- c) Analyse og planlegging opp imot befolkningsendring og sykdomsutvikling

1.3 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de krav og normer som tilstand og/eller praksis i kommunen måles mot. Revisjonskriterier må være aktuelle, relevante og gyldige for kommunen. Kilder for å utlede revisjonskriterier har vært:

- ✓ Kommuneloven
- ✓ Forskrift om årsbudsjett
- ✓ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- ✓ Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting
- ✓ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- ✓ Best practice - risikostyring
- ✓ Forskrift om tildeling av langtidsopphold i sykehjem, Karmøy
- ✓ Stortingsmelding nr. 29 (2012-2013): Morgendagens omsorg.
- ✓ Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen.

Revisjonskriteriene er nærmere gjort rede for i vedlegg 2.

1.4 Metode

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i samsvar med kravene i RSK001 Standard for forvaltningsrevisjon¹.

For å svare på problemstillingene er følgende teknikker brukt for å samle inn data:

- ✓ Dokumentinnsamling og -analyse
- ✓ KOSTRA-analyse
- ✓ Intervjuer

Til grunn for rapporten ligger en gjennomgang og analyse av sentrale dokumenter opp mot revisjonskriteriene. Dokumentasjon inkluderer blant annet rutiner, styrende dokument og regnskap og budsjettdata. Liste over mottatt dokumentasjon er inntatt i vedlegg 1.

Det er gjennomført intervjuer med 10 personer fra kommunen:

- ✓ En avdelingsleder innenfor hjemmetjenesten
- ✓ En virksomhetsleder innenfor hjemmetjenesten
- ✓ En tillitsvalgt fra Fagforbundet som arbeider i hjemmetjenesten
- ✓ En avdelingsleder for omsorgsbolig
- ✓ En virksomhetsleder fra institusjon
- ✓ Leder bestillerkontoret
- ✓ En avdelingsleder fra bestillerkontoret
- ✓ Avdelingssjef omsorg
- ✓ Avdelingssjef forvaltning
- ✓ Helse og omsorgssjef

Intervju har vært en sentral informasjonskilde, og utvalget av personer er basert på forventet informasjonsverdi, personenes erfaring og formelt ansvar i forhold til forvaltningsrevisjonens formål og problemstillinger. Formålet med intervjuene har vært å få utfyllende og supplerende informasjon til

¹ Utgitt av Norges Kommunerevisorforbund.

dokumentasjonen vi har mottatt fra kommunen. Data fra intervjuene er verifisert av respondentene, dvs. at respondentene har fått anledning til å lese igjennom referatene og gjøre eventuelle korrigeringer.

Data fra KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering) er i tråd med prosjektplanen tatt inn for å gjøre en sammenstilling av Karmøy kommune sitt kostnadsnivå innenfor pleie og omsorg mot andre kommuner. Det er SSB (Statistisk sentralbyrå) som publiserer denne statistikken, basert på innrapporterte tall fra kommunene. KOSTRA tall gir primært et bilde på kommuners ressursforbruk og produktiviteten; i den enkelte kommune og sammenliknet med andre kommuner. Kvaliteten på KOSTRA tall har erfaringsmessig blitt bedre opp gjennom årene, men på et detaljert nivå vil det kunne være mangler, bla. som en konsekvens av at kommuner ikke rapporterer inn tall likt. I rapporten har vi gjort en sammenlikning på nøkkeltall mellom Karmøy og snitt-tall i Karmøys KOSTRA gruppe, samt landet førøvrig (unntatt Oslo). Innenfor forvaltningsrevisjonens rammer har vi ikke kunnet gjøre dyptgående analyser. KOSTRA-tallene er brukt for å gi en sammenstilling av Karmøy kommunes kostnadsnivå, sett opp mot gjennomsnittet i landet og kommuner på samme størrelse (kommuner i samme KOSTRA gruppe. I tillegg har vi sammenliknet Karmøy med Moss og Askøy. Dette på bakgrunn av Kontroll og kvalitetsutvalgets ønske om sammenlikning med kommuner som har konkurranseutsatt en vesentlig andel av pleie- og omsorgstjenesten

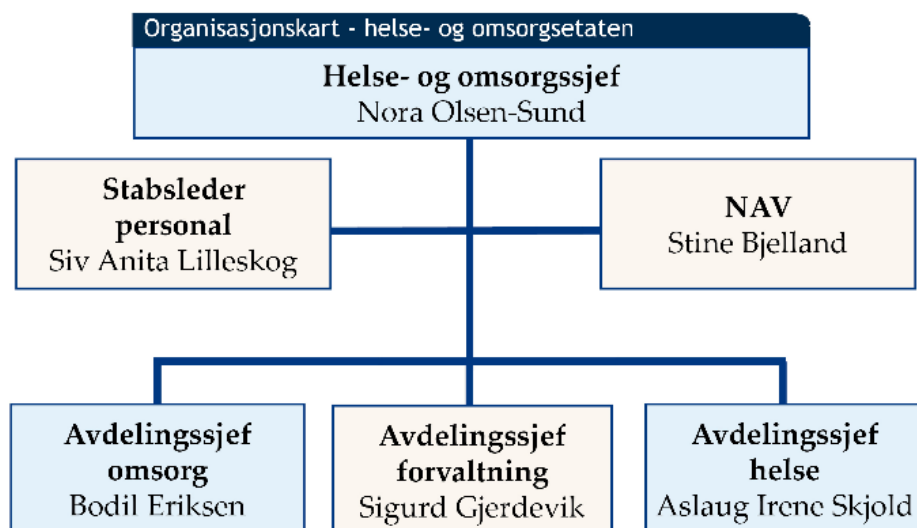
Datainnsamlingen ble avsluttet 7.2.2018.

Rapport er sendt rådmannen til uttalelse den 16.2.2018 med høringsfrist den 26.2.2018.

2. Tjenestestruktur pleie- og omsorg i Karmøy

2.1 Helse- og omsorgsetaten

Helse- og omsorgsetaten har ansvar for kommunale helse- og omsorgstjenester i egne hjem og i institusjoner. Helse- og omsorgsetaten har også ansvar for å yte økonomisk sosialhjelp ved rådgivning, veiledning og oppfølgingsbistand til personer med ulike livsproblemer.



Figur. Organisasjonskart helse- og omsorgsetaten

Karmøy er organisert med tre avdelingssjefer under helse- og omsorgssjef og med virksomheter under avdelingssjef. Det er over 20 virksomheter innenfor helse- og omsorg. Forvaltningsrevisjonen fokuserer på institusjonstjenester, hjemmetjenester og omsorgsboliger for eldre som faller inn under ansvarsområdet til avdelingssjef omsorg og bestillerkontoret som ligger under avdelingssjef forvaltning.

Hjemmetjenester består av følgende virksomheter:

- ✓ Hjemmetjenesten Nord
- ✓ Hjemmetjenesten Midt
- ✓ Hjemmetjenesten Sør

Kommunen har syv sykehjem.

- ✓ Fredheim bofelleskap
- ✓ Kopervik bu- og behandlingsheim
- ✓ Norheim bu- og behandlingsheim
- ✓ Skudenes bu- og behandlingsheim
- ✓ Storesund bu- og behandlingsheim
- ✓ Vea sykehjem
- ✓ Åkra bu- og behandlingsheim

Karmøy kommune har to heldøgnsomsorgsboliger for eldre:

- ✓ Byggestunet
- ✓ Løftentunet

Endringer i organisering av tjenestene

Det er gjennomført en omorganisering av tjenestene i Karmøy kommune. Det er gjennomført endringer i ledelsesstruktur, men også noen endringer i tjenestestrukturen. I helse- og omsorgsetaten hadde en tidligere ikke avdelingsledere, men fagansvarlige innenfor alle virksomhetene. Dette er endret ved at alle virksomhetslederne har fått avdelingsledere under seg som har personal-, fag og økonomi ansvar. Det ble gjort en større endring innenfor hjemmetjenesten ved at en gikk fra seks til tre virksomheter, hvor det er tre avdelingsledere innenfor hver virksomhet. I følge en av virksomhetslederne har dette gitt en mer robust hjemmetjeneste. Innenfor institusjon har en gjennomført en funksjonsdeling av sykehjemsplassene, slik at man nå har lokalisert alle korttidsplassene i to sykehjem og spisset kompetansen i større grad. Flere av lederne vi har snakket med mener omorganiseringen har vært hensiktsmessig, og har brukt prosessen til å gjøre kvalitetsgjennomganger i virksomhetene.

Ved omorganiseringen ble brukergruppene innenfor hjemmetjenester delt, i motsetning til tidligere hvor tjenestemottakerne var inndelt etter geografi. I etterkant av omorganiseringen er det uenigheter knyttet til grenseoppganger mellom brukergruppene, for eksempel hvordan en fordeler oppgavene når en har brukere med både geriatri- og rus og psykiatri utfordringer. Dette går utover kontinuiteten og effektiviteten i tjenestene og er både en utfordring fra sak til sak, men det er også en utfordring på avdelingssjefsnivå. Flere av respondentene nevner dette som uheldig, og at det er viktig å få til et samarbeid på tvers. Intensjonen var at brukeren skulle få beste tilbud med beste kompetanse, men på tidspunkt for revisjon oppleves det at denne intensjonen ikke er blitt realisert. Det jobbes med å løse denne utfordringen på etatsnivå.

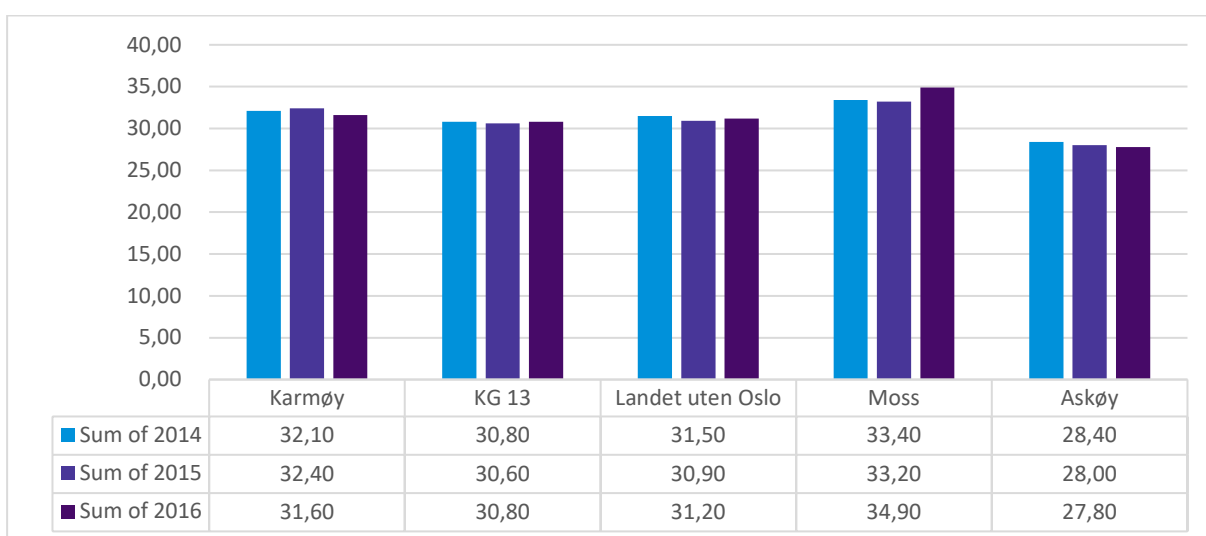
I intervju etterlyses en evaluering av konsekvensene og effektene av omorganiseringen. En avdelingsleder påpeker at omorganiseringen har hatt både negative og positive konsekvenser, og at disse bør synliggjøres.

3. Kostnadseffektivitet og kostnadskontroll

3.1 Sammenligning og analyse opp imot andre kommuner

I dette delkapittelet er det gjennomført en innledende analyse som sammenligner kostnadsnivået innenfor pleie og omsorg i Karmøy med andre kommuner. I denne analysen sammenlikner vi primært Karmøy kommune med gjennomsnittet til KOSTRA gruppe 13 (KG 13), som er KOSTRA gruppen Karmøy tilhører². På enkelte indikatorer har vi også inkludert tall fra kommunene Moss og Askøy som er de kommunene i KG 13 som har størst andel kjøp av helse og omsorgstjenester fra private, da kontrollutvalget har vært særlig interessert i en sammenligning mot kommuner som har konkurranseutsatt pleie og omsorgstjenester³.

Tabell 1: Netto driftsutgifter pleie og omsorg i prosent av kommunens totale netto driftsutgifter



Tabellen viser at Karmøy kommune bruker en noe større andel av netto driftsutgiftene til pleie og omsorg sammenlignet med KOSTRA gruppen og landsgjennomsnittet. Videre bruker Moss en større andel av sine kostnader til pleie og omsorg, mens Askøy har betraktelig lavere kostnader.

² SSB (Statistisk sentralbyrå) publiserer statistikker for kommuners drift som bygger på innrapporteringer fra kommunene. Innrapporteringene fra kommunene blir samlet innenfor statistikkområdet KOSTRA, «Kommune-Stat-Rapportering». Ettersom kommunene i Norge varierer i størrelse og struktur, har SSB delt kommunene inn i 16 ulike grupper. Karmøy kommune inngår i KG 13 (KOSTRA-gruppe 13), som utgjøres av kommuner over 20 000 innbyggere, utenom Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger. I KG 13-gruppen inngår det totalt 49 kommuner per 1. januar 2017.

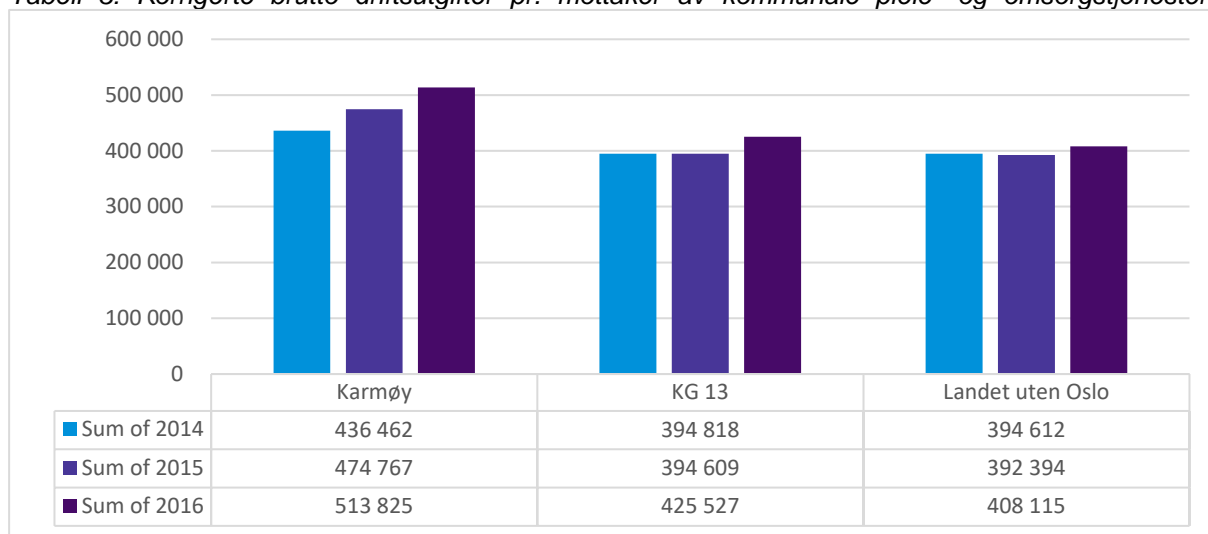
³ Kontrollutvalget var interessert i en sammenligning av Karmøy mot kommuner som hadde konkurranseutsatt pleie og omsorg tjenester. KOSTRA hadde på tidspunkt for revisjon ikke tilgjengelig data på konkurranseutsetting innenfor pleie og omsorg alene, men derimot data for hele helse og omsorg. I Askøy kommune driftes to av kommunens fire sykehjem av privat, mens i Moss driftes et av tre sykehjem privat, i tillegg til at de har et bo- og servicesenter som driftes av private.

Tabell 2: Andel eldre av antall innbyggere (i prosent)

Andel eldre av antall innbyggere	2014	2015	2016
Karmøy	13,1	13,6	14
Andel 67-79 år	9,4	9,9	10,2
Andel 80 år og over	3,7	3,7	3,8
EKG 13 KOSTRA gruppe 13	14	14,3	14,6
Andel 67-79 år	9,8	10,2	10,5
Andel 80 år og over	4,2	4,1	4,1
Landet uten Oslo	14,5	14,9	15,2
Andel 67-79 år	10,1	10,5	10,8
Andel 80 år og over	4,4	4,4	4,4
Moss	16,4	16,6	16,8
Andel 67-79 år	11,9	12,2	12,4
Andel 80 år og over	4,5	4,4	4,4
Askøy	11,1	11,4	11,7
Andel 67-79 år	8,2	8,6	8,8
Andel 80 år og over	2,9	2,8	2,9

Tabellen viser at Karmøy kommune har en noe lavere andel eldre enn gjennomsnittet i KG 13 og landet. Om man ser andel eldre opp mot andel av kommunens kostnader til pleie og omsorg (tabell 1 og 2) ser vi at Karmøy har en noe lavere andel eldre, men bruker en større andel av budsjettet til pleie og omsorg enn landsgjennomsnittet og KOSTRA gruppen. Moss har en høyere andel, mens Askøy har lavest andel eldre. Dette kan til dels sees i sammenheng med at Moss bruker en større andel av kommunens utgifter på pleie og omsorg og Askøy bruker en mindre andel enn gjennomsnittene for landet og KOSTRA gruppen.

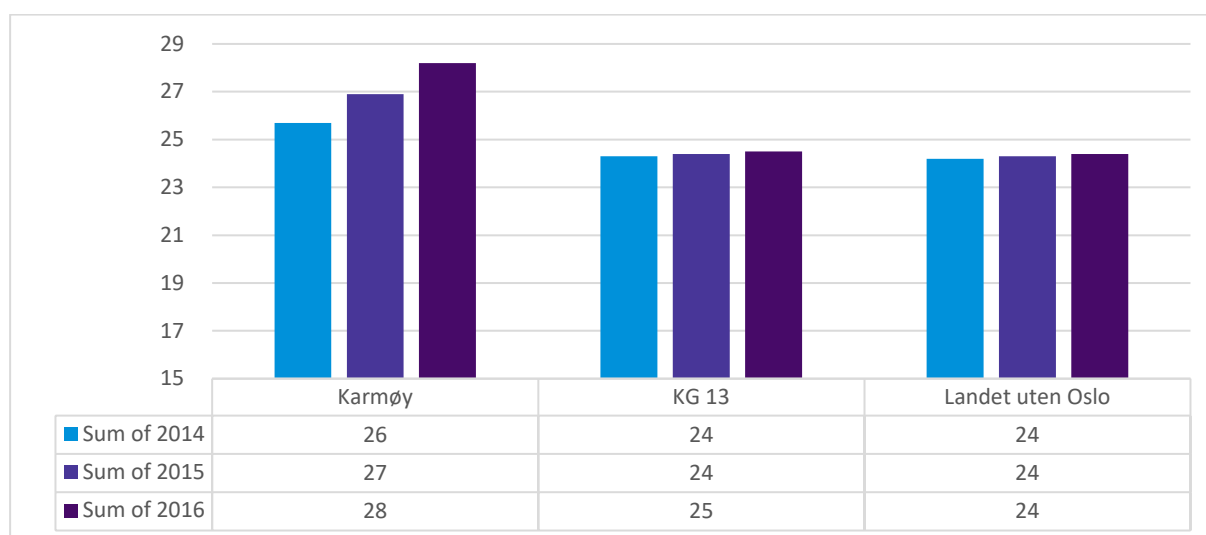
Tabell 3: Korrigerte brutto driftsutgifter pr. mottaker av kommunale pleie- og omsorgstjenester⁴



⁴ Ettersom indikatoren bare inkluderer mottaker av kommunale pleie- og omsorgstjenester er ikke Moss og Askøy tatt med i sammenligningene som gjelder tall per mottaker.

Tabellen viser at kostnadene per mottaker av pleie- og omsorgstjenester i Karmøy er høyere enn for KG 13 og landsgjennomsnittet. For alle presenterte grupper er kostnaden per mottaker av pleie og omsorgstjenester stigende fra 2014 til 2016. Imidlertid viser tabellen at kostnadene per mottaker i Karmøy kommune har steget vesentlig mer i perioden enn i KG13 og Landet for øvrig. Karmøy kommune brukte i 2016 litt over 100 000 kr mer pr mottaker enn landet for øvrig uten Oslo og om lag 95 000 kr mer enn KG13.

Tabell 4: Andel av alle brukere som har omfattende bistandsbehov



Tabellen viser at Karmøy kommune har hatt en vekst i hvor stor andel av brukerne som har et omfattende bistandsbehov. Denne veksten har vært sterkere enn i landet og i KOSTRA gruppen i samme periode.

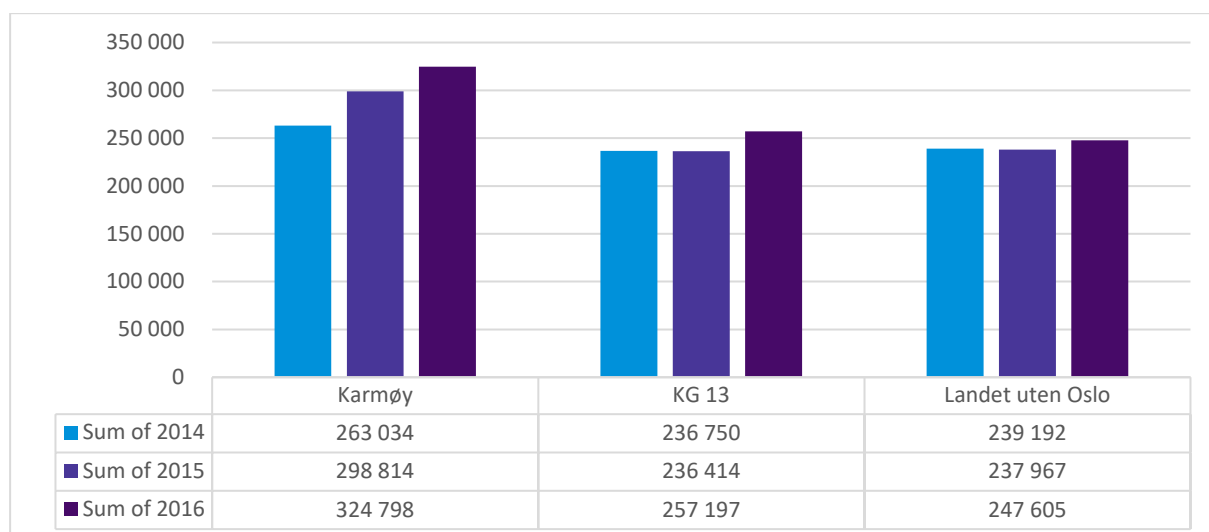
Tabell 5: Årsverk pleie og omsorg

Indikator	Kommune	2014	2015	2016
Årsverk ekskl. fravær i brukerrettede tjenester pr. mottaker (antall)	Karmøy	0,56	0,57	0,61
	KG 13	0,49	0,50	0,52
	Landet u/Oslo	0,49	0,50	0,50
Lønnsutgifter pr kommunalt årsverk ekskl. fravær, pleie og omsorg, konsern (NOK)	Karmøy	701 117	759 667	766 423
	KG 13	710 839	711 591	731 602
	Landet u/Oslo	705 593	707 474	732 035
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning (i prosent)	Karmøy	79 %	77 %	77 %
	KG 13	75 %	73 %	74 %
	Landet u/Oslo	75 %	73 %	75 %

Tabellen viser at Karmøy har flere årsverk per mottaker enn sammenligningskommunene og at kommunen også har hatt en vekst i årsverk i perioden. Videre viser tabellen at kommunen har et høyere lønnsnivå sammenlignet med de andre gruppene. Samtidig har kommunen også en noe høyere andel årsverk i tjenestene med fagutdanning – noe som kan være med på å trekke opp lønnsnivået.

Hjemmetjenester

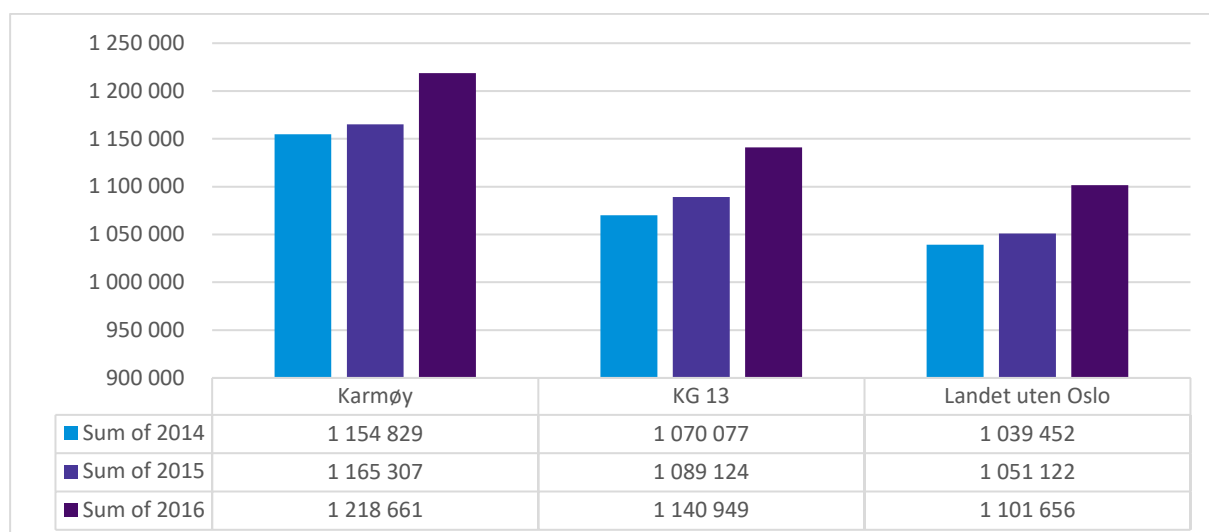
Tabell 6: Korrigerte brutto driftsutgifter pr. mottaker av hjemmetjenester (i kroner), konsern



Tabell 5 viser kostnadene per mottaker i Karmøy, sammenlignet med KG 13 og landsgjennomsnittet. Kostnadene per mottaker har vært stigende i perioden, og steg prosentvis mer for Karmøy enn for KG 13 og landsgjennomsnittet. Karmøy har hatt en reduksjon i antall mottakere av hjemmetjenester i perioden, noe som vil være en potensiell forklaringsfaktor til at kostnadene per mottaker har steget i perioden. Samtidig har det vært en samlet vekst i utgiftene til hjemmetjenester. Herunder henger nok veksten i utgifter *per mottaker* sammen med både en reduksjon i antall mottakere og en økning i utgiftene i perioden.

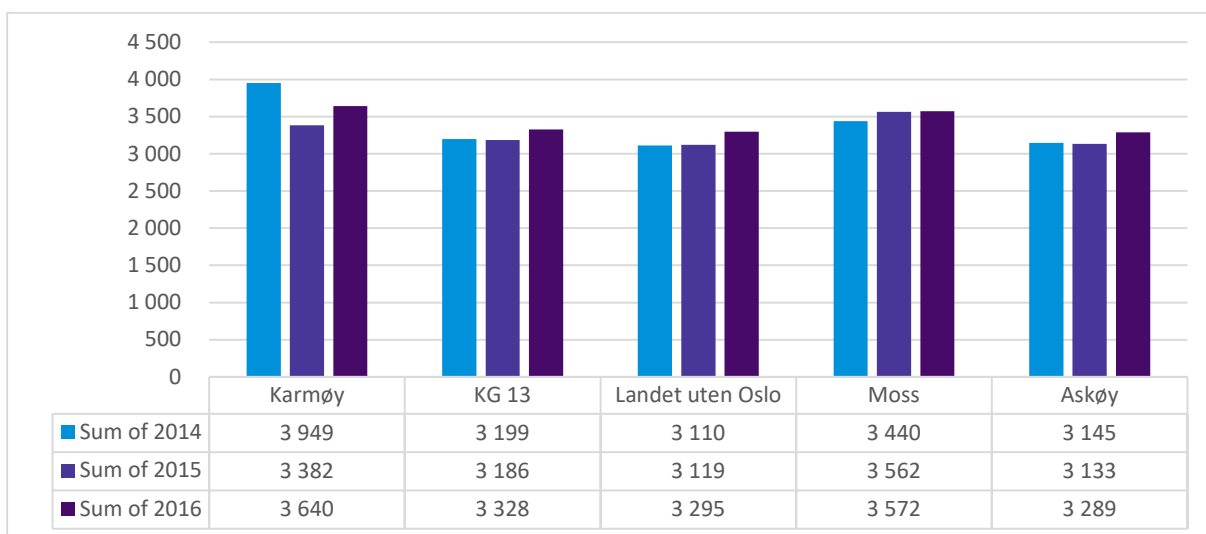
Institusjon

Tabell 7: Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, pr. kommunal plass, konsern



Karmøy kommune hadde et høyere nivå på institusjonsutgiftene, per mottaker, enn gjennomsnittet i KOSTRA gruppen og landet. Karmøy kommunes utgifter per mottaker har steget i perioden, veksten i utgiftene har vært på ca. det samme nivået for Karmøy, KOSTRA gruppen og landet.

Tabell 8: Utgifter per oppholdsdøgn i institusjon, konsern



Tabellen for utgifter per oppholdsdøgn viser at Karmøy hadde høyest kostnad av sammenligningskommunene i 2016, samtidig viser tabellen en reduksjon i utgifter per oppholdsdøgn fra 2014 til 2016. I denne tabellen er også Moss og Askøy inkludert, da indikatoren også omfatter konkurranseutsatte institusjonsplasser.

Tabell 9: Beboere i institusjon av antall plasser (belegg)

Indikator	Kommune	2014	2015	2016
Andel beboere i institusjon av antall plasser (belegg)	Karmøy	98 % ⁵	100 %	98 %
	KG 13	97 %	100 %	101 %
	Landet uten Oslo	97 %	98 %	98 %
	Moss	93 %	91 %	94 %
	Askøy	99 %	98 %	100 %

Tabellen for belegg viser at Karmøy hadde en relativt stabil beleggsprosent i 2014, 2015 og 2016.

⁵ Kommunen har gjort oss oppmerksomme på at SSBs beleggstall fra 2014 er feil. 98 % er beleggstallene som Karmøy har oppgitt. I KOSTRA var beleggstallet for 2014 86%.

Tabell 9: Kvalitetsindikatorer institusjon

Indikator	Kommune	2014	2015	2016
Andel plasser i brukertilpasset enerom m/ eget bad/wc (i prosent)	Karmøy	98 %	99 %	99 %
	KG 13	83 %	84 %	85 %
	Landet uten Oslo	84 %	85 %	85 %
	Moss	100 %	100 %	100 %
	Askøy	100 %	100 %	100 %
Fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem	Karmøy	0,69	0,67	0,71
	KG 13	0,38	0,39	0,45
	Landet uten Oslo	0,37	0,38	0,41
	Moss	0,53	0,20	0,79
	Askøy	0,53	0,45	0,54
Legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem	Karmøy	0,53	0,62	0,65
	KG 13	0,56	0,63	0,68
	Landet uten Oslo	0,50	0,54	0,56
	Moss	1,12	1,17	1,15
	Askøy	0,85	0,82	0,87

Karmøy hadde høyere andel enerom og flere fysioterapitimer i 2016, sammenlignet med gjennomsnittet i KG 13 og landsgjennomsnittet. Kommunen ligger omtrent på gjennomsnittet i KOSTRA gruppen på legetimer per uke. Til sammenligning har Moss og Askøy bare enerom til sine brukere. Moss hadde flere fysioterapi- og legetimer per bruker enn Karmøy i 2016. Askøy hadde også flere legetimer per bruker, men noe mindre fysioterapi enn Karmøy.

Oppsummering

Sammenligningen viser at Karmøy kommune hadde et høyere kostnadsnivå innenfor pleie- og omsorg i perioden 2014 til 2016. Dette var både innenfor institusjon og hjemmetjenester. Samtidig ligger kommunen høyt på alle kvalitetsindikatorene, herunder ansatte med fagutdanning, enerom, lege- og fysioterapiressurser. Kommunene Moss og Askøy, som er de kommunene i KOSTRA gruppen med størst andel konkurranseutsatte helse- og omsorgstjenester, skiller seg ikke systematisk ut fra KOSTRA gruppen eller Karmøy hva gjelder utgiftsnivå.

I intervju har vi spurt ansatte på ulik nivå hva de mener er underliggende kostnadsdrivere innenfor pleie og omsorg i kommunen, som kan være forklaringsfaktor for et noe høyere kostnadsnivå i Karmøy enn i sammenligningskommunene. De ansatte som arbeider ute i tjenestene mener at det ikke gis tjenester på et spesielt høyere nivå i Karmøy, enn i andre kommuner. Dette er også bestillerkontoret syn, som peker på at deres vedtak innimellom blir overprøvd ved klagesaker som går til fylkesmannen. Her består kommunens vedtak noen ganger, mens andre ganger får de pålegg om å gi mer tjenester.

Etatsledelsen innenfor pleie og omsorg peker på strukturen i kommunen som en kostnadsdriver, og at en har mange og relativt små sykehjem og boliger med heldøgnsomsorg. Kommunen har i dag 7 sykehjem, som har mellom 16 og 59 plasser. Kommunen har i tillegg 2 boliger med heldøgnsomsorg for eldre og 17 boliger for utviklingshemmede med nedsatt funksjonsevne. Boligene har mellom 4 og 14 plasser. I intervju pekes det også på at en stor del av bygningsmassen innenfor pleie og omsorg ikke er tilpasset brukerne. Admirasjonen har tidligere foreslått endringer i strukturen ved behandlingen av budsjett- og økonomiplan, men det er ikke gjort politiske vedtak på å redusere antall institusjoner/boliger.

3.2 System og elektroniske hjelpemiddel

I Karmøy kommune er det innført og det arbeides videre med innføringen av elektroniske hjelpemidler som kan være med på å effektivisere og forenkle hverdagen til både brukere og ansatte. Kommunen er med i velferdsteknologiprojektet i regi av Haugaland Vekst IKS og kommunen har en egen ressursgruppe for innføring av velferdsteknologi. Dette er beskrevet ytterligere i kapittel 5.2.

De ansatte som arbeider i tjenestene som vi har gjennomført intervju med har i liten grad vært involvert i selve brukervalg og bruk av ny teknologi, men virksomhetene er tatt inn i arbeidet ved utrulling. De ansatte opplevde å ha fått god informasjon i forkant av innføringen, og fremstår positive til ny teknologi.

Mobil omsorg

Mobil pasientjournal, Mobil Omsorg, er innført i hjemmetjenester, rus- og psykisk helsetjeneste og fysio- og ergoterapitjenesten. En startet med innføringen i hjemmetjenesten i 2015, og videre for fysioterapi- og ergoterapitjenesten i 2016. Det var noen utfordringer med teknologien i oppstarten, men en har vært i normal driftsfase siden våren 2016.

Innføringen av Mobil Omsorg hadde tre hovedmål:

- ✓ Bedre dokumentasjon av helsehjelp
- ✓ Mer effektiv ressursutnyttelse
- ✓ Økt kvalitet på tjenestene

Det ble gjennomført en evaluering av Mobil Omsorg i 2016 med evalueringsmøte med virksomhets- og avdelingsledere i hjemmetjenestene og spørreundersøkelse til alle brukere av Mobil Omsorg i hjemmetjenesten. Mobil Omsorg ble vurdert som et nyttig verktøy, og fordelene ble vurdert som større enn ulempene. Respondentene gav tilbakemelding på at de hadde fått bedre dokumentasjon av helsehjelp ved at rapporteringen skjedde tettere opptil hjemmebesøk og at tilgjengelig informasjon om brukere var mer oppdatert. En hadde også mer effektiv ressursytelse ved at mindre tid ble brukt på rapportering og en hadde fått mer effektiv informasjonsinnhenting. I evalueringen gikk det frem at Mobil Omsorg til dels førte til mer brukermedvirkning, tryggere informasjonsflyt og at en hadde mer informasjon tilgjengelig for å forberede pasientbesøk.

Fra våre intervju fremstår de ansatte som veldig fornøyd med innføringen av Mobil Omsorg, og at deres vurdering er at dette er et godt verktøy ved at informasjonen om pasientene er mer tilgjengelig enn tidligere. En ansatt forteller at Mobil Omsorg ikke gir mer tid til brukerne, men det fører til en kvalitetssikring, for eksempel ved at en kan sjekke endringer i tiltaksplaner, slå opp på medisiner og pårørende. Videre blir det fortalt at et av formålene var at en skulle skrive rapporter ute hos brukerne, men at dette ikke fungerer i praksis.

Digitale trygghetsalarmer

Det er gjennomført en overgang fra analoge til digitale trygghetsalarmer i kommunen. Ved en digital løsning for trygghetsalarmer gir det kommunen en plattform for velferdsteknologi for hjemmebaserte tjenester, og vil gi muligheter for å kunne koble til sensorer med ulike formål med hensikt om å trygge innbyggere i egen bolig. Når en innførte nye trygghetsalarmer åpnet kommunen for fritt brukervalg på trygghetsalarmer, slik at alle innbyggerne som ønsker trygghetsalarm skal kunne få dette.

Når det gjelder de ansatte vi har intervjuet som arbeider i tjenesten fremstår det foreløpig ikke som overgangen fra analoge til digitale trygghetsalarmer har endret deres arbeidshverdag i betydelig grad. Den mest praktiske endringen er at alarmene nå siles gjennom en alarmsentral, før de kommer til hjemmetjenesten. Dette skal gi færre alarmer inn til hjemmetjenesten.

En av respondentene i hjemmetjenesten forteller i intervju at de har fått mindre brukerrettet tid på grunn av økende dokumentasjonskrav, samtidig viser analysen i etterkant av innføringen av Mobil Omsorg at mindre tid blir brukt på rapportering som følge av mer effektiv dokumentasjon.

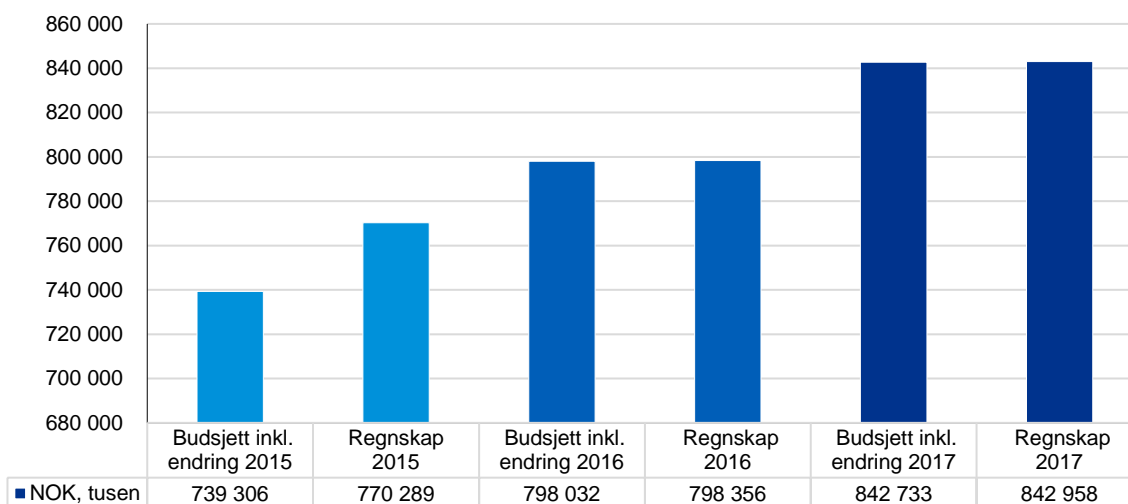
Annen teknologi

På institusjon er det innført alarmmatten fremfor sengene til pasienter som er utsatt for fall, slik at de ansatte får melding når bruker står opp av sengen. Kommunen har også innført døralarmer for demente personer. Kommunen vil også innføre nye pasientsignalsystem ved institusjonene, som også vil fungere som en felles digital plattform for velferdsteknologi. På tidspunkt for revisjon hadde kommunen startet arbeidet med digitalt natt-tilsyn. Dette innebærer blant annet skjermer og sensorer som gjør det mulig å se om en bruker ligger i sengen. Det er forventet at dette skal kunne gi et noe mindre behov for nattevakter i hjemmetjenesten.

3.3 I hvilken grad har virksomhetene etablert systematisk, økonomisk internkontroll

Karmøy kommune har tidligere hatt større merforbruk på rammeområdet helse og omsorg, med et merforbruk på 31 millioner i 2015 og 17 millioner i 2014. I 2016 var en derimot i balanse, og på tidspunkt for revisjon lå en også an til balanse i 2017⁶.

Tabell 10: Budsjett og regnskap fra 2014-2016, i tusen



En årsak til at det er større samsvar mellom budsjett og forbruk er at budsjettet er styrket i perioden.

I intervju pekes det på stramme rammer og uforutsigbare tjenestebehov som hovedutfordringer hva gjelder økonomistyring. En av virksomhetslederne peker på at det ikke nødvendigvis er samsvar mellom vedtakene og ressursene for å gjennomføre vedtakene, men sier samtidig at det er blitt bedre enn tidligere. Likevel mener virksomhetsleder at vedtakstiden ikke nødvendigvis tar hensyn til all indirekte brukerrettetid, blant annet som følge av dokumentasjonskrav. En av avdelingslederne nevner sykefravær og innleie av vikarer som utfordringer hva gjelder økonomistyring.

Karmøy kommune har en økonomihåndbok som blant annet beskriver rutineene knyttet til økonomistyring i kommunen. Formålet med økonomihåndboken er:

- ✓ Å beskrive kommunens økonomi og regnskapssystem
- ✓ Å bidra til en effektiv og forsvarlig økonomiforvaltning i kommunen
- ✓ Å bidra til en bedre økonomistyring

⁶ Regnskapet var på tidspunkt for revisjon ikke endelig avsluttet.

- ✓ Å gi de folkevalgte et tilfredsstillende beslutningsgrunnlag
- ✓ Å dokumentere noen viktige økonomirutiner

Budsjett

Fra kommunens økonomihåndbok heter det at det skal sendes ut rutiner for budsjettarbeidet årlig, det er et rundskriv som sendes til avdelingene. Etatsforslagene blir "sydd" sammen av rådmann og overlevert til formannskapet. Rådmannens budsjettforslag behandles av formannskapet og kommunestyret. I intervju med etatsledelsen fremgår det at virksomhetene videre blir bedt om å komme med innspill til budsjettet. En av virksomhetslederen forteller derimot at virksomheten ikke blir involvert i arbeidet med budsjettforslaget, men at virksomheten får en orientering og gjennomgang av budsjettet når det er vedtatt. Den andre virksomhetslederen vi har intervjuet forteller at de blir bedt om å komme med innspill til budsjettet, men opplever den videre budsjettprosessen noe lukket.

Rapportering

I følge økonomihåndboken skal det rapporteres på økonomi hvert tertial til kommunestyret og annenhver måned til formannskapet. Etat for helse og omsorg skal rapportere på økonomi til hvert møte i hovedutvalget for helse og omsorg. Det rapporteres da også på sykefravær, aktivitetsdata for barnevern, sykehjem, hjemmesykepleie, praktisk bistand og opplæring, psykiatrisk hjemmesykepleie og praktisk hjelp i hjemmet og utviklingen i overliggenderdøgn. Økonomiavdelingen utarbeider månedlige oppfølgingsrapporter av lønn til intern bruk, disse behandles i rådmannens ledergruppe.

Etatsledelsen har en overordnet gjennomgang på økonomisk status månedlig, og ser i utgangspunktet de enkelte tjenesteområdene under ett. Etatens økonomikonsulent følger også opp virksomhetene, gjerne på et mer detaljert nivå. Ved behov gjøres det dypdykk i virksomhetenes regnskap. I hovedsak gjøres dette hos virksomheter som har et merforbruk over tid. Etatsledelsen tar da kontakt med virksomhetslederne og spør om årsakene til avvik, det er altså ikke noen fast rapportering på økonomi fra virksomhetene til etatsledelsen.

Etatsledelsen opplever at økonomistyringen ut mot virksomhetene fungerer godt og at de har detaljert kjennskap til virksomhetenes økonomi. I følge etatsledelsen har en i større grad vridt økonomirapporteringen til å ha et mer fremadrettet fokus og ha fokus på bedre prognoser, for å gi mer korrekte styringssignaler til hovedutvalget. Dette er noe av bakgrunnen for at en har sluttet med fast rapportering fra virksomhetslederne, da det tidligere var for mye fokus på rapportering av det som hadde vært. I tillegg etterspurte en gjerne mer enn nødvendig i de faste rapporteringen, da avdelingssjef gjerne satt med mye av informasjonen allerede.

Det blir holdt nettverksmøter innenfor tjenesteområdet med avdelingssjef og de andre virksomhetslederne månedlig og ved behov, her blir spesielle utfordringer belyst. I tillegg rapporterer virksomhetsleder til sin leder ved kjente endringer. Virksomhetsleder er enig i at det ikke er nødvendig med systematisk rapportering, men peker samtidig på at virksomhetsleder i liten grad blir utfordret på hvorfor tallene er som de er og at det er bunnlinsen som teller. Virksomhetslederne vi snakket med hadde ikke en fast rutine for å gjennomgå virksomhetens økonomi.

Det er ikke en konkret rutine for hvordan avdelingslederne skal følges opp når det gjelder økonomi. I en av virksomhetene leverer avdelingsleder tjenesterapport til virksomhetsleder ukentlig, også har virksomhetsleder en ukentlig ressursgjennomgang med avdelingene. Her går en gjennom ressurser, vedtak og kompetanse, ressursbruk i forhold til budsjett er da sentralt. I en annen virksomhet har avdelings- og virksomhetsleder en til to faste møter i året der en går gjennom forbruket i forhold til budsjett. Ved begge virksomheter spiller avdelingsleder inn ekstra behov til virksomhetsleder gjennom året, som virksomhetsleder da vurderer og eventuelt rapporterer videre.

Avvik og tiltak

Etaten har ikke en egen rutine for å iverksette tiltak ved avvik mellom budsjett og regnskap på virksomhetsnivå.

Det er heller ikke noe systematikk i å gjennomføre budsjettjusteringer gjennom året basert på endringer som oppstår underveis, verken ved mindre- eller merforbruk. Dette samstemmer med helse og omsorg sitt regnskap og budsjett fra 2015 til 2017. Fra regnskapet fremstår det som det er liten grad av detaljfokus på at regnskap skal samstemme mot budsjett på art, ansvar og funksjonsnivå. I følge avdelingssjef forvaltning vil arbeidet med større grad av budsjettjusteringer være en naturlig videreutvikling av prognosearbeidet.

Pleie og omsorg har siden 2016 hatt en buffer i sine budsjett. Denne skal nyttes ved uforutsette behov som dukker opp i løpet av året. Det må da fremmes sak til hovedutvalget via etatsledelse om overforbruk, hvor en ber om å bruke buffer på overordnet nivå. Omsorgssjef mener at det å ha sentral kontroll på midler som kan brukes til uforutsette utgifter er hensiktsmessig.

Dersom hele helse- og omsorgsetaten totalt ligger an til merforbruk, setter etaten inn tiltak. Når det er behov for større tiltak gjøres det på overordnet nivå, uavhengig av hvilke virksomheter som har merforbruk. Dette ble eksempelvis gjort da en innførte dobbeltrom på Norheim bu- og behandlingsheim. Mål om pleiefaktor er også innført som et overordnet tiltak for å holde kostnadene nede.

3.4 Vurdering kostnadseffektivitet og kostnadskontroll

Som del av arbeidet med kostnadseffektivitet og kostnadskontroll er det lagt til grunn at kommunen skal sikre:

- ✓ At ressursene blir utnyttet best mulig
- ✓ Administrasjonssjefen skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll.
- ✓ Årsbudsjettet skal være realistisk. Det skal fastsettes på grunnlag av de inntekter og utgifter som kommunen eller fylkeskommunen kan forvente i budsjettåret.
- ✓ Administrasjonssjefen, skal gjennom budsjettåret legge fram rapporter for kommunestyret 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.
- ✓ Det skal foretas endringer i årsbudsjettet når dette må anses påkrevd. Kommunestyret skal selv foreta de nødvendige endringer i årsbudsjettet.

Analysen av KOSTRA tall viser at Karmøy kommune hadde et høyere kostnadsnivå innenfor pleie- og omsorg i perioden 2014 til 2016 i både institusjon og hjemmetjenester. Kommunen ligger høyt på kvalitetsindikatorene, samtidig peker etatsledelsen blant annet på struktur som en forklaring på kommunens kostnadsnivå. Etter vår vurdering er det potensielle smådriftsulempen i Karmøy kommunes institusjons- og boligstruktur. Samtidig fremgår det av tabell 3 at kommunens utgifter per mottaker har hatt en sterk vekst i perioden, som er sterkere enn hos sammenligningskommunene. Samtidig hadde Karmøy en sterkere vekst i andel brukere med omfattende bistandsbehov i perioden, som kan forklare noe av utgiftsveksten.

Kommunen har tatt i bruk velferdsteknologi, og mener dette vil kunne være kostnadsbesparende på sikt. Herunder ved at kommunen vil kunne håndtere flere brukere uten at en øker ressursbruken. De ansatte er positive til innføringen av ny teknologi.

I følge kommuneloven skal administrasjonssjefen sørge for at kommunen er gjenstand for betryggende kontroll. På tross av at en ikke har hatt nevneverdig budsjettavvik de siste årene stiller vi likevel spørsmål ved om det er en tilstrekkelig grad av risiko- og målstyring i etaten, og om dette sees i sammenheng

med eventuelle budsjettavvik. Etaten rapporterer på noen styringsparameter, men det er ikke en fullverdig risiko- og målstyring i etaten.

Det rapporteres ikke systematisk på økonomisk utvikling fra virksomhetsleder til etatsledelsen. Dette fremstår som en ubyråkratisk løsning, som gir lederne ute mer tid til å arbeide med faget. Samtidig stiller vi spørsmål om denne ordningen er tilstrekkelig for å sikre virksomhetslederne god nok kjennskap og kontroll på virksomhetens økonomi. Videre stiller vi spørsmål om virksomhetslederne blir tilstrekkelig ansvarliggjort ved avvik mellom budsjett og regnskap.

Etaten har i liten grad fokus på å gjøre budsjettjusteringer gjennom året. Vi vurderer at å gjennomføre justeringer mer systematisk bidrar til et mer realistisk budsjett på detaljnivå. Videre kan et oppdatert budsjett i større grad synliggjøre hvilke avvik som skyldes omprioritering og hvilke avvik som skyldes behovsendringer.

4. Rutiner for tildeling av hjemmebaserte og institusjonsbaserte tjenester

4.1 Roller og ansvar

Karmøy kommune har en bestiller-utfører-modell. Bestillerfunksjonen er satt til bestillerkontoret, en virksomhet som ligger under avdeling forvaltning. Bestillerkontoret håndterer søknader og fatter vedtak om helse- og omsorgstjenester til innbyggerne. Bestillerkontoret skal sikre lik tilgang på helse- og omsorgstjenester til alle innbyggere, uavhengig av alder, tjenestebehov og bosted. Bestillerkontoret gir innbyggerne en plass å henvende seg ved spørsmål om helse og omsorgstjenester. Bestillerkontoret er også koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering (KE), og har ansvar for å følge opp brukere med omfattende tjenestebehov.

Bestillerkontoret er delt inn i to avdelinger. Den ene avdelingen arbeider med tjenester for personer med utviklingshemming, barn og unge og psykiatritjenester. Den andre avdelingen arbeider med tjenester innenfor pleie og omsorg.

Fra intervju, både med representanter fra bestillerkontoret og med de tjenesteytende virksomhetene, fremstår det som roller og ansvar når det gjelder å fatte vedtak er avklart. Det er bestillerkontoret som fatter vedtak, mens de tjenesteytende virksomhetene bidrar med informasjon til bestillerkontoret. De tjenesteytende virksomhetene opplever at samarbeidet fungerer godt, og at arbeidsdelingen mot bestillerkontoret er tydelig. Det går frem at det kan være uenigheter mellom tjenesteyter og bestillerkontoret, men at det er avklart at det er bestillerkontoret som har vedtaksmyndigheten. Samtidig blir det presisert i intervju at det er viktig at saksbehandlere også har kunnskap om de forskjellige brukergruppene og deres behov.

I utgangspunktet innebærer arbeidsdelingen at bestillerkontoret ikke tar hensyn til økonomien til virksomhetene ved vedtak. De skal gjøre vedtak etter behov og hvor det er kapasitet, også skal virksomhetene møte behovet med tjenester. Samtidig går det frem at ved særlig ressurskrevende brukere må saksbehandler ha dialog med ledelsen for det aktuelle tjenesteområdet for å vite at virksomheten har nødvendig kompetanse, kapasitet og ressurser til å ta imot bestillingen – avdelingssjef for helse eller omsorg involveres gjerne før slike vedtak fattes.

4.2 Rutiner for tildeling

I følge bestillerkontoret er rutiner og prosedyrer når det gjelder tildeling av tjenester klare. Prosedyren for tildeling av tjenester starter med at bestillerkontoret mottar en henvendelse. Denne kommer gjerne fra pårørende, bruker eller spesialisthelsetjenesten. I følge bestillerkontoret krever de ikke alltid skriftlige søknader fra kjente brukere. Sakene blir fordelt mellom saksbehandlere etter avdeling og en fordelingsnøkkel.

Bestillerkontoret har en målsettingen om at saksbehandler skal ha vært i kontakt med søker innen fem dager etter at saken er fordelt. Saksbehandler foretar kartlegging av bruker og henter eventuelt inn opplysninger fra andre som det er gitt fullmakt til i forbindelse med søknad. Videre vurderer saksbehandler brukers rettigheter til tjenester. For å sikre tverrfaglige vurderinger har bestillerkontoret en ergoterapeut som arbeider som saksbehandler. Det skal også ansettes en fysioterapeut.

Saksbehandler lager et saksfremlegg med forslag til vedtak. Vedtak fattes av saksbehandler alene, i samråd med andre saksbehandlere eller i tiltaksmøte - avhengig av sakens karakter. Hvorvidt saker skal behandles i tiltaksmøte av henger av hvilken tjeneste det er søkt om. Dette går frem av bestillerkontorets rutiner. Saksbehandler kan gjøre vedtak i saker som gjelder praktisk bistand, personlig

bistand/opplæring, hjemmesykepleie, dagsenter psykiatri, dagplass institusjon og aktivitetstilbud. Tjenester som det er knapphet på skal derimot behandles i tiltaksmøte. Dette gjelder korttids-, langtids-, og avlastningsopphold, omsorg- og trygdebolig, trygghetsalarm, aktivitetstilbud for funksjonshemmede, støttekontakt, familieavlastning, avlastningshjem, omsorgsstønad, BPA og rehabilitering. I tiltaksmøtet vurderes saker på bakgrunn av hvilke andre saker som er prioriterte. Vedtak fattes i tildelingsmøtet, det kan også gjøres vedtak på alternative tjenester enn det innstillingen legger opp til.

Kartlegging

Det går fram av bestillerkontorets rutiner at det er saksbehandler som skal gjennomføre kartlegging av brukers behov ved søknad. Kartleggingen gjennomføres i kontakt med bruker, eventuelt andre med brukers fullmakt. Det skal også hentes inn opplysninger fra andre når det er aktuelt, her er spesialisthelsetjenesten og kommunale etater gjerne aktuelle. Dersom det er pasienter som blir utskrevet fra sykehus etterspørres informasjon om pasientens funksjonsnivå for å kunne vurdere hvilke tjenester som kan møte pasientens behov. Bestillerkontoret har felles maler for kartlegging, men i intervju blir det pekt på at disse ikke fungerer etter hensikten. Saksbehandlerne har forkortet disse og laget egne mer hensiktsmessige maler. Kommunen presiserer at disse er under vurdering.

Det går frem av intervju at en har som målsetning å reise på hjemmebesøk til alle nye brukere, men at det er krevende å holde denne målsetningen. Dette gjelder spesielt når det er brukere som kommer fra sykehuset og søker om hjemmetjenester, bestillerkontoret har da en målsetting om å gå på hjemmebesøk etter to uker. Hjemmetjenesten gjør kartlegginger på vegne av bestillerkontoret når bestillerkontoret ikke har ressurser til å gjøre de på egen hånd, dette skjer unntaksvis. Av ansatte på bestillerkontoret blir det presisert at de burde ha ytterligere fokus på å gjennomføre hjemmebesøk, samtidig som dette er i fokus ved at antall hjemmebesøk blir registrert.

På spørsmål om kvaliteten på informasjon fra tjenesteyter går det frem at kvaliteten er stort sett god, og dialogen med utførerne fungerer godt. Kommunikasjonsflyten mellom tjenesteyter og bestillerkontoret skjer i hovedsak i journalsystemet, i tillegg til at tjenesteyter får direkte e-post når det kommer ny bruker.

Revidering av tildelte tjenester

I Karmøy kommune blir vedtakene fattet for en begrenset periode, med en maksimumsgrense på to år. Når vedtakene går ut skal de revideres, dette kalles en revisjon. Det er bestillerkontoret som er ansvarlig for at revideringen blir gjort. Bestillerkontoret tar ut revisjonslister jevnlig. En har et mål om at hver saksbehandler skal gjøre tre revisjoner i uken, men bestillerkontoret hadde på tidspunkt for intervju et etterslep på 530 saker.

Ved revidering av brukers tjenester innhenter saksbehandler opplysninger fra bruker og fra virksomheten som yter tjenesten om brukers nåværende behov. Bestillerkontoret sender et forhåndsvarsel til brukeren ved revisjon. Saksbehandler tar så kontakt med bruker om hvordan tjenesten fungerer. Som oftest gjøres dette via telefon, det gjøres sjelden hjemmebesøk ved revisjoner. Det er eventuelt aktuelt med hjemmebesøk dersom bruker ikke har hatt dette tidligere, da har bestillerkontoret en målsetting om å gjøre dette ved revidering av tjenesten. Saksbehandler snakker også med de som utfører tjenesten, herunder brukerens hovedkontakt eller avdelingsleder, om brukers behov. Bestillerkontoret gjør en vurdering og fatter et nytt vedtak. Ved endringer gis informeres tjenesteyter om disse.

I tillegg gjør tjenesteyterne kontinuerlig vurderinger av brukers behov og vedtak, og melder inn endringer kontinuerlig via journalsystemet. I følge bestillerkontoret gjøres et nytt vedtak dersom bruker har en varig endring i behov på mer enn 25 %. Det skal tas ny IPLOS dersom en fatter et nytt vedtak. I følge en av de ansatte i utførendetjeneste er alle på avdelingen kjent med at varige endringer av behov skal meldes bestillerkontoret. Det er gjerne brukers primærkontakt som sender meldingen om endret behov. I intervju pekes det på at i de tjenesteytende virksomhetene som har flere mindre stillinger kan det være krevende å sikre at de ansatte har oversikt over vedtakene og evner å observere eventuelle funksjonsendringer.

Når brukere er på korttidsopphold på institusjon skriver de ansatte journalnotat om hvordan pasientene fungerer og eksempelvis hva som skal til for å komme hjem. Bestillerkontoret følger opp disse notatene, og gjør eventuelle endringer i vedtaket. Revurdering av korttidsplasser gjøres jevnlig i forkant av tildelingsmøtene.

4.3 Tildelingskriterier og føringer

Brukers rettigheter til tjenester styres ut fra loven. I følge leder for bestillerkontoret er det i tillegg et stort rom for skjønnsvurdering ved tjenestetildelingen, og de har utarbeidet tildelings- og utmålingskriterier for å oppnå større likhet mht. saksbehandlers skjønnsvurderinger.

Ved bestillerkontoret brukes det nasjonale veiledere for tildeling av tjenester. Staten har også laget et saksbehandler e-læringskurs, og leder av bestillerkontoret forteller at en ønsker at de ansatte skal gjennomgå dette kurset regelmessig.

Bestillerkontoret har utarbeidet en oversikt som viser hvilken lovhjemmel som gjelder ved tildeling av tjenestene praktisk bistand i hjemmet i form av hjemmehjelp, hjemmesykepleie, praktisk og personlig bistand og opplæring (i form av miljøarbeid), korttidsopphold i institusjon og rehabilitering. Av oversikten vises hvilke forutsetninger og kriterier som må være tilstede før vedtak om hjelp fattes. Det fremgår også hvilke normer som er gjeldende ved utmåling av tjenesten. Utover dette har bestillerkontoret et dokument hvor flere av pleie og omsorgstjenestene går frem og hvilke lovhjemmel som er gjeldende og kriterier for tjenesten. I dette dokumentet er det varierende hvor detaljerte tildelingskriteriene er.

4.4 Effektiv ressursutnyttelse

Det går frem av *Forskrift om tildeling av langtidsopphold i sykehjem, Karmøy*, at kommunen har utarbeidet en egen omsorgstrapp, se vedlegg 3. Bestillerkontoret skal bruke beste effektive omsorgsnivå (BEON) som prinsipp ved tildeling av tjenester og tiltak i omsorgstrappen. Dette innebærer som hovedregel at tjenester på lavere nivå skal være forsøkt eller vurdert før en tildeler langtidsplass på sykehjem eller i tilsvarende bolig.

I intervju forteller bestillerkontoret at tankegangen til BEON prinsippet er noe alle saksbehandlere arbeider etter, og at omsorgstrappen har fått et større fokus ved tjenestetildelingen. Det er fokus på å begynne på laveste nivå i omsorgstrappen ved tildeling av tjenester, selv om bruker gjerne søker tjenester på et høyere nivå. I utgangspunktet skal de laveste trinnene i omsorgstrappen være vurdert og eventuelt utprøvd før en tildeler tjenester på høyere nivå. Fra intervju går det frem at det arbeides med tankesettet til saksbehandlerne ved bestillerkontoret for å øke fokus på hva brukere kan mestre selv. Nye søknader om tjenester skal sees i sammenheng med allerede gående tjenester.

Fra intervju med de tjenesteytende fremgår det at det er varierende hvor godt kjent de er med uttrykket BEON-prinsippet. Selv om ikke alle kjenner selve uttrykket går det frem at tjenesteyterne er godt kjent med prinsippet, med fokus på tjenester på lave nivå i omsorgstrappen og egenmestring. Herunder at man har en målsetting om at flest mulig skal bo hjemme, at korttidsplasser skal brukes i korte perioder, med fokus på at man skal hjem igjen og at man skal avklare kjapt målsettingen for bruker etter et korttidsopphold. I intervju med hjemmetjeneste nevnes det at ledergruppen gjerne vurderer at pasienter kan bli boende hjemme lenger enn de som arbeider ute i tjenestene, men at det arbeides ute på virksomhetene med å endre holdningene til de som arbeider ute i tjenestene.

I intervju er det flere som peker på at forventninger til brukere og pårørende ikke nødvendigvis samsvarer med bestillerkontorets vurderinger av tjenestebehov.

Hverdagsrehabilitering

I Karmøy kommune har en hatt et økende fokus på hverdagsrehabilitering de senere årene. Formålet med hverdagsrehabilitering er å føre bruker tilbake til hverdagen de hadde før et funksjonsfall og er en systematisk og tverrfaglig innsats for å bistå bruker i å oppnå sine mål. Det er bestillingskontoret som gjør vedtak om hverdagsrehabilitering. Tjenesten gjennomføres i team bestående av ansatte i hjemmetjenesten i samarbeid med fysio- og ergoterapitjenesten i kommunen. For å komme i gang med hverdagsrehabilitering har en økt kommunens fysio- og ergoterapiressurser. Teamet drar på kartlegging til bruker og finner løsninger sammen med bruker. Hverdagsrehabiliteringstiltak er begrenset på seks uker.

I forbindelse med hverdagsrehabilitering arbeides det med at både bestillerkontoret og tjenesteytere møter brukerne med felles holdninger og forventninger. Kommunen har et eget nettverk for rehabiliteringskontakter som blant arbeider med hvordan en skal få inn rehabiliteringstankegangen både hos bruker og hos de ansatte. Det er også blitt holdt lunsjmøter med fokus på hverdagsrehabilitering og holdningsendringer i hjemmetjenesten. Alle saksbehandlere fra bestillerkontoret er blitt trukket inn, selv om hverdagsrehabilitering primært gjelder tjenester innenfor pleie og omsorg.

De ansatte opplever at hverdagsrehabilitering er effektivt, fungerer i samsvar med hensikten og gir økt fokus på egenmestring. Det pekes også på at samarbeidet med fysio- og ergoterapitjenesten fungerer godt. I følge bestillerkontoret er planen at en etter hvert ikke skal lage egne vedtak på hverdagsrehabilitering, men at denne måten å arbeide på vil inngå som en del av måten en gjennomfører hjemmetjenester.

Et av formålene med hverdagsrehabilitering er at det vil være kostnadsbesparende, ved at en i større grad ivaretar brukernes funksjoner og kan utsette at brukerne får fast hjelp. Hverdagsrehabiliteringen startet med en pilot - en forskningsgruppe har fulgt opp piloten, men fant ingen reduksjon i tjenestebehovet. I intervju pekes det på at selv om det ikke er gjort statistiske funn av reduksjon i tjenestebehov og ressursbruk, opplever en at brukerne blir fortere selvhjulpne.

4.5 Vurderinger

Som del av arbeidet med tjenestetildeling er det lagt til grunn at kommunen skal sikre:

- ✓ At det er etablert et system av prosedyrer som søker å sikre at tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid
- ✓ Et likeverdig tjenestetilbud
- ✓ At ressursene blir utnyttet best mulig
- ✓ At det mest ressurseffektive nivået skal stå for forebygging, omsorg og behandling av sykdom.
- ✓ Opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig 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.
- ✓ At en planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer virksomheten, slik at tjenesten sitt omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

Kommunen har som målsetning å ha et helse- og omsorgstjenestetilbud som dekker innbyggernes nødvendige behov og det skal tilrettelegges for at innbyggerne kan bo lengst mulig i eget hjem. Det sammenfaller med BEON-prinsippet, som handler om å tilby helse- og omsorgstjenester på beste effektive omsorgsnivå. I våre undersøkelser var det stor enighet om at kommunen aktivt jobber for å ivareta dette prinsippet, og at det er sentralt både hva gjelder tildeling av pleie- og omsorgstjenester og ved utførelse. Samtidig viste vår innledende analyse at kommunen har dyrere pleie og omsorgstjenester enn gjennomsnittet i landet og KOSTRA gruppen. Det indikerer at kommunen har en mindre effektiv ressursbruk på tross av at det fokuseres på BEON-prinsippet og effektiv ressursutnyttelse ved tildeling av tjenester.

Kommunen har et bestillerkontoret som er ansvarlig for tildeling av tjenestene. Rutinene for tildeling som er blitt gjennomgått i denne revisjonen, fremstår som tydelige og at det er fokus på å sikre et likeverdig tjenestetilbud. Kommunen har et konkret kriteriesett for tildeling av enkelte tjenester som balanserer ressursutnyttelse og at brukerne får de tjenestene de har rett på. Samtidig vurderer vi at bestillerkontoret bør utarbeide tydelige, konkrete kriteriesett for alle tjenestene, slik de har gjort for tjenestene praktisk bistand i hjemmet i form av hjemmehjelp, hjemmesykepleie, praktisk og personlig bistand og opplæring, korttidsopphold i institusjon og rehabilitering. Dette kan bidra til større grad av etterprøvbarhet og bidra ytterligere til at brukerne får et likeverdig tilbud innenfor de ulike tjenestene. Videre går det frem at samarbeidet mellom tildelingskontoret og de utøvende virksomhetene fungerer bra. Det ser ut til å være en gjensidig forståelse for den enkelte virksomhets arbeidsoppgaver.

Bestillerkontoret ligger på etterskudd når det kommer til revidering av vedtak. Dette er uheldig, da man risikerer at brukere ikke får det tilbudet som er best tilpasset behovet, eventuelt at det er manglende samsvar mellom vedtak og tjenester som blir gitt.

5. Dimensjonering av pleie- og omsorgstjenestene

5.1 Analyse og planlegging

I Karmøy kommune arbeides det med analyse og planlegging av pleie og omsorg tjenestene i handlingsplaner. Det lages også årlige, aldersfordelte prognoser av kommunens tjenestebehov i budsjett- og økonomiplan. I tillegg gjennomfører bestillerkontoret analyser av tjenestebehov ved at de registrerer og rapporterer trender i innbyggernes tjenestebehov fortløpende. Det er flere av de ansatte som peker på at forventingsstyring ut mot innbyggerne vil være viktig når kommunen skal planlegge tjenestebehovet fremover.

I 2016 ble helse- og omsorgsplanen, *Plan for heldøgnsomsorg i Karmøy kommune 2016 – 2026 vedtatt*. Planen beskriver hvordan kommunen planlegger dimensjoneringen av pleie- og omsorgstjenestene i fremtiden basert på analyser av blant annet befolkningsvekst. Målet med Helse- og omsorgsplanen er å gi retning for strategiske valg innen omfang/behov og kvalitet for heldøgnsomsorg og ulike boformer til brukere over 18 år. Planen er et overordnet dokument og reflekterer flere andre underliggende planer. Planen er avgrenset til å gjelde behovet for heldøgnsomsorg og ulike boformer, men strategien som foreslås understøttes av tiltak på de ulike trinnene i omsorgstrappen. Planen beskriver forventet demografisk utvikling i kommunen. Av prognosen går det frem at det ventes en økning i antallet eldre, mens antallet som er i yrkesaktiv alder er relativt stabil i samme periode.

Planen beskriver framtidige mål for forebyggende og helsefremmende tiltak for at innbyggerne skal kunne bo hjemme - her inngår både velferdsteknologi og hverdagsrehabilitering som tiltak. Planen beskriver også hvem en bygger heldøgnsomsorgsplasser for, og plassbehovet for heldøgnsomsorg blir estimert. Det fremgår også en forventning om å kunne ta ned pleiefaktoren for institusjonsplasser i nye bygg på grunn av bedre utforming av rommene, bruk av sensorteknologi og overvåking. I planen og vedtaket går det frem at det skal etableres minimum 100 heldøgnsplasser innen 2026. Investeringskostnaden til økningen i heldøgnsplasser ligger inne i økonomiplan og i investeringsplanen, men det er ikke budsjettet med driftsmidler til disse plassene. Etatsleder anser dette som en utfordring.

I februar 2018 ble et utfordringsnotat fra rådmannen behandlet i kommunestyret i Karmøy, som skal sees i sammenheng med revideringen av kommuneplanens samfunnsdel. Notatet omtaler forventet samfunnsutvikling og den kommunale driften, med særlig fokus på økonomisk styring og prioritering innenfor kommunens tjenesteområder. Det pekes spesielt på driften innenfor pleie og omsorg, grunnskole og barnehage - med bakgrunn i at kommunen har en større andel av sine kostnader knyttet til disse tjenesteområdene enn andre kommuner. I notatet problematiseres det at kommunen har en desentralisert tjenestestruktur og at dette, sammen med demografi og geografi, høyst trolig er en viktig forklaring på hvorfor kommunen har høyere kostnader innenfor pleie og omsorg. Rådmannen konkluderer med at en videreføring av dagens tjenesteproduksjon og kommuneøkonomi ikke er bærekraftig.

5.2 Velferdsteknologi

Overordnet arbeider Karmøy kommune med velferdsteknologi både gjennom velferdsteknologiprojektet i regi av Haugaland Vekst IKS⁷ og kommunens egen ressursgruppe for velferdsteknologi. I kapittel 3.2 er det beskrevet hvilken velferdsteknologi som er innført i kommunen.

⁷ Haugaland Vekst IKS er et selskap som arbeider med kommunal og regional næringsutvikling. Selskapet eies av Karmøy kommune sammen med ni andre kommuner i regionen.

Velferdsteknologiprojektet i regi av Haugaland Vekst ble etablert i 2015. I utgangspunktet var dette et toårig prosjekt som skulle evalueres og avsluttes i september 2017, men det er vedtatt forlenget med et år. Formålet med samarbeidet mellom kommunen på Haugalandet om velferdsteknologi er å samordne tiltak. Målet med prosjektet er at økt bruk av velferdsteknologi skal gi brukere muligheter for å bo lengst mulig hjemme med god livskvalitet, pårørende trygghet for en god oppfølging av brukeren og bedre og rimeligere offentlige tjenester. Prosjektets resultatmål er å skape gode og kostnadseffektive løsninger til beste for brukere av kommunale tjenester og kommunene ved å kople sammen offentlige og private aktører på velferdsteknologiområdet. I regi av velferdsteknologiprojektet er det gjennomført felles workshop for kommunenes arbeidsgrupper innenfor velferdsteknologi, en har innkjøpssamarbeid for felles løsninger og prosjektet har bidratt med å få inn eksterne forelesere til kommunene i temaet velferdsteknologi. I tillegg til kommunene deltar Helse Fonna helseforetak, Høgskolen Stord/Haugesund, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Helse Fonna, brukerrepresentanter og FOUSAM i prosjektet. Fra kommunene deltar både ansatte fra helse, IT og innkjøp, mens prosjektlederen er ansatt i Haugaland Vekst IKS.

Karmøy kommune har en egen ressursgruppe for velferdsteknologi. Leder for velferdsteknologigruppen i Karmøy kommune sitter også i Haugaland Vekst sin prosjektgruppe for velferdsteknologi. Ressursgruppen prioriterer hvilken teknologi som skal tas i bruk i kommunen når. Virksomhetslederne i hjemmetjenestene er med i ressursgruppen.

Vi har fått tilgang til et utkast til strategi for velferdsteknologi som skal forankres i Karmøy våren 2018, av denne går det frem at det ble utarbeidet en strategi for velferdsteknologi i 2013 med følgende overordnede målsetninger:

1. Velferdsteknologien skal bidra til økt trygghet og mestring hos bruker slik at denne skal kunne bo lenger hjemme.
2. Velferdsteknologien skal bidra til økt trygghet for pårørende samt legge til rette for samarbeid og partnerskap med pårørende, frivillige aktører og lokalsamfunnet ellers.
3. Kostnader på nye produkter skal alltid vurderes opp mot nytteverdien av produktet og hvilket problem produktet skal løse for brukerne og ev. pårørende.
4. Teknologien skal fortrinnsvis være prøvd ut tidligere og ha en standardisert løsning.
5. Brukerorganisasjoner skal uttale seg og gi aksept for ny teknologi som innføres.

Av utkastet for strategi i 2018 går det ikke frem hvorvidt målsettingene fra 2013 er blitt oppfylt. Det går heller ikke frem hvor vidt målsettingene skal videreføres i den nye strategien.

Ved innføringen av Mobil Omsorg ble det utarbeidet et notat i forkant av innføringen. Vi er ikke gjort kjent med lignende forarbeid ved innføringen av annen velferdsteknologi. I notatet er fordelene med Mobil Omsorg beskrevet. Det er også estimert en tidsbesparelse ved å gå over til Mobil Omsorg, og videre ble det estimert en effektiviseringsgevinst. Notatet sier ikke noe om hvordan effektiviseringsgevinsten skulle utnyttes. Tilknyttet notatet er også kostnadene knyttet til Mobil Omsorg.

Det er ikke gjort konkrete analyser av kvantitative gevinster som følge av innføringen av Mobil Omsorg. Etatsledelsen forteller at en har effektivisert gjennom at en i dag klarer å gi flere brukere tjenester, uten å øke bemanningen. Det pekes også på at en har klart å holde budsjettet i pleie og omsorg, i motsetning til tidligere hvor en hadde større underskudd. Samtidig er det ikke gjort konkrete analyser som viser størrelse på de faktiske effektiviseringseffektene.

I følge leder for forvaltning vil det bli aktuelt med større grad av konsekvensanalyser og plan for gevinstrealisering etter hvert som velferdsteknologi innføres. Kommunen presiserer at de ser et behov for en tydeligere strategi på velferdsteknologiområdet, herunder kartlegging, prioritering, konsekvensanalyser, informasjon, forankring, organisering/arbeidsprosesser, opplæring, evaluering og gevinstrealisering. Samtidig fremgår det at en i liten grad forventer at innføringen av ny teknologi vil redusere budsjettene, men at den vil bidra til at kommunen vil kunne håndtere en økt antall brukere uten at ressursbruken vil øke tilsvarende. Det er ikke gjennomført konkrete analyser som viser sammenhengen mellom planlagt dimensjonering av pleie og omsorg og innføringen av ny teknologi.

Ressursgruppen har gjennomført workshops sammen med Haugalandsnettverket for å spre kunnskap om bruk av velferdsteknologi til virksomhetene. Fra etatsledelsen nevnes det at det blir viktig å få bred kunnskap ut i virksomhetene om hvilke teknologiske hjelpemidler som kan være relevante for ulike brukergrupper. Tilbakemeldingene fra enkelte av respondentene taler også for et informasjonsbehov hos noen av virksomhetene, da enkelte respondenter gav uttrykk for å ha liten kjennskap til hvilke tiltak som allerede var gjennomført i kommunen og kommunens videre planer. Det ble også gitt innspill på at kommunen bør arbeide mer ut mot innbyggerne når det gjelder velferdsteknologi.

5.3 Vurderinger

Kommunen planlegger og dimensjonerer pleie- og omsorgstjenestene for å sikre at kommunen har et tjenestetilbud tilpasset innbyggernes behov og hva de har krav på. I dette ligger det blant anna å:

- ✓ Bidra til at ressursene utnyttes best mulig.
- ✓ Innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene

Vår undersøkelse viser at Karmøy kommune gjør systematiske analyser av fremtidig tjenestebehov og hva som vil være en hensiktsmessig dimensjonering av pleie- og omsorgstjenestene. Dette vil kunne bidra til å sikre et mer helhetlig og samordnet tjenestetilbud i fremtiden. Samtidig som det gjennomføres grundige analyser, stiller vi spørsmål om det er tilstrekkelig sammenheng mellom analysene og kommunens prioriteringer. Herunder viser vi til at det er gjort vedtak om nye heldøgnsomsorgsplasser, samtidig som det ikke er planlagt hvordan driften av disse plassene skal finansieres. For å sikre at ressursene utnyttes best mulig vil det være nødvendig å gjøre prioriteringer.

Videre viser vår undersøkelse at kommunen i stor grad arbeider systematisk med å planlegge for hvordan en kan utnytte velferdsteknologi på en hensiktsmessig måte. Samtidig vurderer vi at kommunen burde hatt en mer konkret plan for innføring, bruk og oppfølging av velferdsteknologi. Vi vurderer også at kommunen i større grad bør gjøre vurderinger av nytteverdi og gevinstrealisering i forkant og med oppfølgende analyser ved innføringen av ny teknologi. I intervju nevnes enkelte kvantitative gevinster ved innføringen. Dette er ikke dokumentert i konkrete analyser, herunder som viser sammenhengen mellom teknologi og analyse. Slik vi vurderer det er det heller ikke samsvar mellom nevnte gevinster og faktiske resultat. Det vil være nødvendig med mer informasjon om effekten av ny teknologi for å kunne dimensjonere tjenestene i samsvar med effektiviseringsgevinster.

6. anbefalinger

Overordnet arbeides det systematisk med kostnadseffektivitet og kostnadskontroll i Karmøy kommune. Det er fokus på å tildele tjenester etter BEON-prinsippet, innføre ressurseffektiv velferdsteknologi og planlegge og dimensjonere pleie- og omsorgstjenestene på en hensiktsmessig måte. Samtidig ser vi noen forbedringsområder, og har følgende anbefalinger:

- ✓ Kommunen bør vurdere å formalisere økonomiansvaret til lederne på ulike nivå innenfor pleie og omsorg, og sikre en mer systematisk oppfølging av avdelings- og virksomheters økonomi- og målstyring.
- ✓ Kommunen bør vurdere å gjennomføre budsjettjusteringer innenfor pleie og omsorg i større grad, for å sikre oppdaterte, realistiske budsjett gjennom året og bedre informasjon om budsjettavvik.
- ✓ Kommunen bør utarbeide tydelige, konkrete kriteriesett for tildelingen av alle type helse- og omsorgstjenester.
- ✓ Kommunen bør vurdere tiltak for å bli a jour i revideringen av eksisterende vedtak av helse- og omsorgstjenester.
- ✓ Kommunen bør videreutvikle arbeidet med å systematisere innføring, bruk og oppfølgingen av ny velferdsteknologi. Et første steg kan være å utarbeide planer for gevinstrealisering.
- ✓ Kommunen bør i større grad konkretisere sammenhengen mellom velferdsteknologi og dimensjonering av tjenestene.

7. Uttalelse fra rådmannen

Karmøy kommune tar KPMG sin forvaltningsrevisjon til orientering. Oppdraget fra kontrollutvalget har en stor kompleksitet og omfatter en stor og viktig del av kommunens tjenesteproduksjon. Det er viktig at beslutninger knyttet til området bygger på god kunnskap samt kjennskap til hvilke drivere som påvirker kostnader og effektivitet innenfor helse og omsorgssektoren. KPMG ser på problemstillinger som administrasjonen ser har stor betydning og flere av områdene som omtales eller som fremkommer i anbefalingene jobber kommunen med allerede.

Vedlegg 1 Dokumentliste

Dokumenttype	Dokumentnavn eller skildring
Budsjettdokumentet	Budsjettforslag 2018
Årsregnskap	ENDELIG REGNSKAP 2016
Tertialrapport	Tertialrapport pr. august 2017
Plan	Helse og omsorgsplan 2016-2026
Kommunestyresak	Saksfremlegg KS helse og omsorgsplan
Kommunestyresak	Saksprotokoll KS helse og omsorgsplan
Prosjektplan	160411-Haugalandet-Velferdsteknologi-prosjektplan-med-hovedaktiviteter
Budsjettdokumentet	Budsjett og økonomiplan 2017-2020
Rapport	Evalueringsrapport_MO_hjtj
Rutine	Flyt REVISJONER - bestillerkontoret
Rutine	Flyt sakbeh - bestillerkontoret
Rutine	Flyt tiltakm - bestillerkontoret
Rutine	Flytskjema klagebehandling - bestillerkontoret
Forskrift	Forskrift om tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig
Rutine	Modell for KE (koordinerende enhet)
Rutine	Rutiner og prosedyrer - Hverdagsrehabilitering
Rutine	Sjekkliste
Rutine	Tildeling av tjenester-alle
Strategi	Utkast til strategi for velferdsteknologi 171215
Rutine	Økonomihåndbok-ver-3.0 -rev2014
Analyse	Presentasjon - Optimal Sykehjemstørrelse
Analyse	Presentasjon - Sykehjem og Hjemmetjenester
Økonomidata	Regnskap og budsjett 2017 2016 og 2015
Rapport	Rapportering til utvalget
Budsjettdokumentet	Budsjett og økonomiplan 2016-2021
Analyse	Innspill til mobil omsorg 2015
Budsjett	Tall MO
Økonomidata	Regnskap og budsjett 2015,2016,2017_050218
Regnskap	ENDELIG REGNSKAP 2016
Rutine	Kartlegging og lovhenvvisninger
Rutine	Rapporteringsskjema (002)
Kommunestyresak	Valg-for-framtida-samfunnsplanlegging-og-økonomisk-bærekraft

Vedlegg 2 Revisjonskriterier

Kommuneloven

- ✓ § 23 Administrasjonssjefens oppgaver og myndighet
 - *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.*

- ✓ § 46. Årsbudsjettets innhold
 - *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 budsjettjhemmel på utbetalingstidspunktet gjelder ikke for utbetalinger som kommunen eller fylkeskommunen er rettslig forpliktet til å foreta.*
 - *Årsbudsjettet skal omfatte hele kommunens eller fylkeskommunens virksomhet.*
 - *Årsbudsjettet skal være realistisk. Det skal fastsettes på grunnlag av de inntekter og utgifter som kommunen eller fylkeskommunen kan forvente i budsjettåret.*
 - *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.*
 - *Årsbudsjettet skal være inndelt i en driftsdel og en investeringsdel.*

Forskrift om årsbudsjett

- ✓ § 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 dette må anses påkrevd. Kommunestyret eller fylkestinget skal selv foreta de nødvendige endringer i årsbudsjettet.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

- ✓ § 1-1. Lovens formål

Lovens formål er særlig å:

- *forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,*
- *fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer,*
- *sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,*

- sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,
- sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, sikre nødvendig opplæring av pasient, bruker og pårørende, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov,
- sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og bidra til at ressursene utnyttes best mulig.

✓ § 3-1. Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester

- Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.
- Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.
- Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

✓ § 3-2 Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester (pkt. 5 og 6)

5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering

6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:

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

✓ § 3-2 a. Kommunens ansvar for tilbud om opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester

- 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.
- Kommunen skal gi forskrift med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Forskriften skal også omfatte pasienter og brukere som vil være best tjent med langtidsopphold, men hvor kommunen vurderer at vedkommende med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold. Forskriften skal videre regulere hvordan kommunen skal følge opp pasienter eller brukere som venter på langtidsopphold.
- Kommunen skal treffe vedtak om kriteriene etter andre ledd er oppfylt. Kommunen skal føre ventelister over pasienter og brukere som venter på langtidsopphold etter andre ledd.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting

✓ § 3. Oppgaver og innhold i tjenestene

Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at:

- tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes
- det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten
- brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

✓ § 6. Plikten til å planlegge

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

a) ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten

b) innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene

c) ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten

d) ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten

e) planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt

f) ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring

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

Forskrift om tildeling av langtidsopphold i sykehjem, Karmøy

✓ § 4. Generelt om tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester:

Karmøy kommune har utarbeidet egen omsorgstrapp (se vedlegg til denne forskriften) og prinsippene i omsorgstrappen følges ved tildeling. Karmøy kommune bruker beste effektive omsorgsnivå (BEON) som prinsipp ved tildeling av tjenester og tiltak i omsorgstrappen. Omsorgstrappen har tjenester på de ulike nivåene der økende hjelpebehov møtes med hjelpetiltak av ulik art. Tjenester på lavere nivå skal som hovedregel være forsøkt eller vurdert før tildeling av langtidsplass i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester.

Følgende forhold må være avklart før en søknad om langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester kan vurderes:

- Oppdatert pasient- og brukerinformasjon fra kommunens helse- og omsorgstjeneste som yter tjenester til bruker/pasient.*
- Oppdaterte opplysninger fra fastlege og spesialisthelsetjenesten.*
- Pleie og omsorgsbehovet.*
- Det må være søkt om tjenesten.*
- Svikt i egenomsorg på grunn av demens.*

Andre relevante tiltak som vurderes:

- Tilrettelegging i hjemmet*
- Hverdagsrehabilitering*
- Trygghetskapende tiltak, trygghetsalarm og velferdsteknologi*

- Dagtilbud eller andre sosiale støttetiltak
- Øke omfang av hjemmetjenester
- Omsorgsbolig
- Tidsbegrenset opphold i institusjon, korttids- eller rulleringsopphold.

✓ § 5. Kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester

Hovedkriteriet for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester er at alle andre aktuelle hjelpetiltak er utprøvd eller vurdert. Pasient eller bruker må være varig ute av stand til å ta vare på seg selv og ikke lenger mestre dagliglivets gjøremål på grunn av mentalt eller fysisk funksjonstap. Pasient eller bruker må ha et omfattende behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester.

Under kriteriet omfattende behov inngår:

- Sammensatt sykdomsbilde
- Kognitiv svikt og langt kommet demens
- Psykisk funksjonssvikt
- Fysisk funksjonssvikt
- Underernæring
- Hyppige innleggelse i spesialisthelsetjenesten.

Stortingsmelding 29 (2012-2013): Morgendagens omsorg.

Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020 omfatter viktige tiltak for å styrke kvaliteten og kompetansen i omsorgstjenestene. I tråd med stortingsmeldingen ønsker regjeringen å legge til rette for en langsiktig omstillingsprosess som kan sikre nyskaping og utvikling av nye og forbedrede løsninger i omsorgssektoren. En av forutsetningene for fornyelse og innovasjon i omsorgssektoren er ledelse, ny teknologi og nye organisasjonsformer i kommunene. Velferdsteknologiprogrammet inngår i omsorgsplanen fra 2020, og er del av et helhetlig arbeid for å skape bedre og bærekraftige helse- og omsorgstjenester.

Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen.

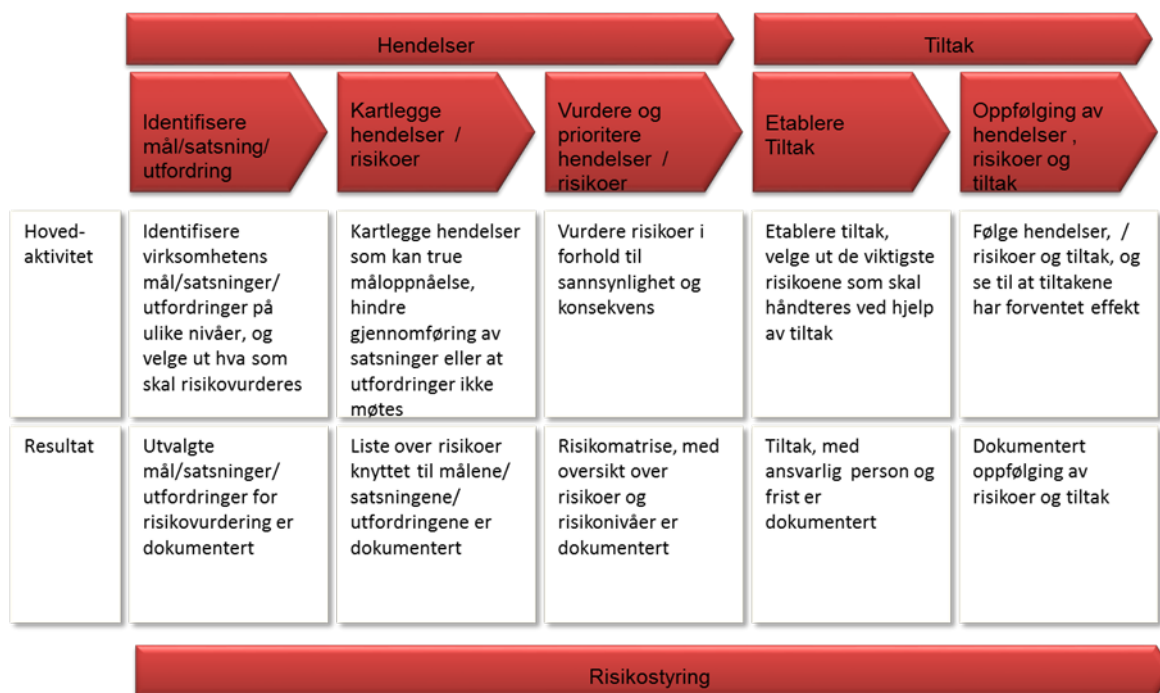
Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON).

I samhandlingsreformen heter det at reformen skal bidra til en mer effektiv ressursbruk samlet sett. Effektivitet i reformen knyttes til prinsippet om beste effektive omsorgsnivå (BEON). Dette innebærer at det mest ressurseffektive nivået skal stå for forebygging, omsorg og behandling av sykdom.

Best practice - risikostyring

Det er risiko innenfor alle kommunens virksomhetsområder. Kommunen driver risikostyring når vi er bevisst på hvilke hendelser og risikoer vi vil unngå (trusler), hvilke risikoer vi vil akseptere/ta (muligheter) og hva vi gjør for å håndtere risikoer (tiltak).

Nedenfor gjengis hovedpunkt for det som kan kalles best practice innenfor risikostyring i offentlig sektor. Denne bygger på DFØ sin veileder for risikostyring⁸, som igjen er basert på COSO ERM rammeverket:



⁸ Veileder, [Hvordan få en god start på risikostyring i statlige virksomheter](#), Direktoratet for økonomistyring, 2007.

Vedlegg 3 Omsorgstrapp i Karmøy kommune





Kontakt oss

Ole Willy Fundingsrud

Direktør

T +47 40 63 96 92

E ole.willy.fundingsrud@kpmg.no

Bjørge Rabbe Sandven

Senior associate

T +47 99 39 65 83

E bjorge.sandven@kpmg.no

kpmg.no

© 2018 KPMG AS, a Norwegian limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

This proposal is made by KPMG AS, a limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent firms affiliated with KPMG International, a Swiss cooperative, and is in all respects subject to the negotiation, agreement, and signing of a specific engagement letter or contract. KPMG International provides no client services. No member firm has any authority to obligate or bind KPMG International or any other member firm vis-à-vis third parties, nor does KPMG International have any such authority to obligate or bind any member firm.