

KARMØY KONTROLL- OG KVALITETSUTVALG

MØTEINNKALLING

Dato: onsdag 17. mars 2021
Tid: kl. 17.30
Sted: TEAMS møteportal

Forfall meldes til: Haugaland kontrollutvalgssekretariat IKS tlf 52 75 73 50, som sms til mobiltlf. 959 86 979 eller på e-post: post@kontrollutvalgene.no

Grunnet smittevern hensyn og anbefalinger fra sentralt hold legges det opp til digitalt møte. Lenke vil bli sendt ut senere til de aktuelle før møtet, men da fra kommunens politiske sekretariat.

Medlem som må melde forfall eller anser seg inhabil, må gi melding om dette så tidlig som råd er. Varamedlemmer vil bli innkalt særskilt. Saker merket *Unntatt offentlighet i medhold av off.l.*, sendes bare internt. Sakskartet vil bli lagt ut på kommunens nettside og på www.kontrollutvalgene.no

Saksliste:

- 8/21 Godkjenning av protokoll fra møte 27.03.21
- 9/21 Orientering fra administrasjonen - miljørådgiver
- 10/21 Oppfølging av etterlevelseskontrollen 2019 - anskaffelser
- 11/21 Forvaltningsrevisjonsrapporten «Kvalitets- og journalsystem v/sykehjem»
- 12/21 Om kommunale havner og kaianlegg
- 13/21 Referat- og orienteringssaker 17.03.21

Eventuelt

Karmøy/Aksdal, 10.03.21

Tor Inge Melhus (sign.)
Utvalgsleder

Toril Hallsjø
daglig leder/utvalgssekretær

Kopi:	Ordfører	(møte- og talerett)
	Revisor	(møte- og talerett)
	Rådmann	(invitert generelt, og spesielt i sakene 9, 10 og 12)
	Varamedlemmer	(til orientering)
	Presse/publikum	

SAKSGANG		
Utvalg	Møtedato	Saksnr
Kontroll- og kvalitetsutvalget	17.03.21	8/21
Saksansvarlig:	Arkivkode:	Arkivsak:
Toril Hallsjø	033	

GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA MØTET 27.01.20

Sekretariatets forslag til vedtak:

Protokollen fra møtet i Karmøy kontroll- og kvalitetsutvalg den 27.01.21 godkjennes.

Vedlegg: Protokoll fra møtet 27.01.21

Saksorientering:

Vedlagt følger utkast til protokoll fra kontroll- og kvalitetsutvalgets møte den 27.01.21.

Protokollen er gjennomlest og godkjent av leder i etterkant av møtet og oversendt administrasjonen og kommunestyret til orientering. Det er ikke framkommet merknader til vedlagt protokoll.

Protokollen fra forrige møte godkjennes formelt i dette møtet, og utvalgsleder eller evt. møteleder vil så signere protokollen.

Aksdal, 10.03.21

Toril Hallsjø (sign.)

Daglig leder/utvalgssekretær

KARMØY KONTROLL- OG KVALITETSUTVALG**PROTOKOLL**

Onsdag **27. januar 2021** ble det avholdt digitalt møte i Karmøy kontroll- og kvalitetsutvalg under ledelse av utvalgets leder Tor Inge Melhus.

MØTESTED:	Teams-møte
MØTESTART/MØTESLUTT:	kl. 17.30 – kl. 19.45
MØTENDE MEDLEMMER:	Tor Inge Melhus (KL), Linn Utseth (H), Thor Otto Lohne (A), Ørjan Fjellkårstad (Sp), Torunn Tvedt (KrF) og Bjørn Hundhammer (FrP)
MØTENDE VARAMEDLEM:	Maria Kalstø (MGD)
FORFALL:	Elisabeth Kalstø (MGD)
FRA SEKRETARIATET MØTTE:	Daglig leder/utvalgssekretær Toril Hallsjø, Haugaland kontrollutvalgssekretariat IKS
FRA REVISJONEN MØTTE:	Ingen fra KPMG AS etter avtale
FRA ADMINISTRASJONEN:	Stabssjef/ass. rådmann Ørjan Røed Barnehagesjef Einar Solheim i sak 2/21 Kvalitetsrådgiver Beathe Andreassen i sak 3/21 Teknisk sjef Eiliv Staalesen i sak 7/21 Sævar Solheim m/digitaliseringen på YouTube
ANDRE SOM MØTTE:	Ingen
MERKNADER TIL INNKALLING:	Ingen
MERKNADER TIL SAKLISTE:	Ingen

FØLGENDE SAKER BLE BEHANDLET:**SAK 1/21 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA MØTET 08.11.20****Sekretariatets innstilling:**

Protokollen fra møtet i Karmøy kontroll- og kvalitetsutvalg den 08.11.20 godkjennes.

Behandling i kontroll- og kvalitetsutvalget 27.01.21:

Utvalget hadde ingen merknader til protokollen.

Enstemmig vedtak i kontroll- og kvalitetsutvalget 27.01.21:

Protokollen fra møtet i Karmøy kontroll- og kvalitetsutvalg den 08.11.20 godkjennes.

SAK 2/21 ORIENTERING FRA ADMINISTRASJONEN – BARNEHAGESJEFEN**Sekretariatets innstilling:**

Karmøy kontroll- og kvalitetsutvalg tar barnehagesjefens gjennomgang om sitt arbeids- og ansvarsområde til orientering.

Behandling i kontroll- og kvalitetsutvalget 27.01.21:

Barnehagesjef Einar Solheim takket for invitasjonen og presenterte seg som islending i Norge fra 2009 med 20 års offentlig erfaring. Tidligere jobbet han i kommunens oppvekst- og kulturretat og nå som barnehagesjef siden des. 2019. Han ville først framheve hvor stolt han var av de ansatte (ca. 750) og deres håndtering av foreldre og barn (ca. 2330) under koronapandemien. Her hadde de vært proaktive og utvist konstruktive og positive holdninger.

Han viste organisasjonskart og at kommunen skiller seg ut med 23 private og bare 8 kommunale barnehager. Budsjettet er i år på 392 mill. Økt budsjett i 2021 skyldes økte tilskuddssatser (i 2020 med 15 %) og ny enhet «Tett på» er opprettet, som følge av omorganisering for styrke tilbudet til de som trenger det. Førskolelærerdekningen lå på 46 %, som var bra. Kommunen skal ivareta både eierrollen for de kommunale og barnehagemyndigheten for alle barnehager. Nytt lovverk gjør at det er planer om interkommunalt samarbeid om tilsyn og dispensasjonssaker. Flere tilsyn har vært etterspurt.

Lave tilskuddsordninger har vært kilde til mye støy de siste årene, men han var for åpenhet og ærlighet overfor de private aktørene. Sterkere tillitsforhold var viktig for å lykkes med kvalitetsarbeidet. Prognosene om reduserte fødselstall de kommende 5 år vil måtte føre til nedbemanning og i verste fall nedleggelser, med mindre pandemien skulle snu dette. Bare i høst vil det begynne 50-100 færre barn i barnehagene. Han viste sykefraværstatistikk, da det var etterspurt. Prosenten er høy i forhold til andre sektorer, men viste til at barnehagearbeid over tid er tungt og krevende. Tallene viser at det er noe tilfeldig fra år til år hvordan sykefravær slår ut i den enkelte barnehage.

Utvalget hadde spørsmål om andelen private og kommunale, prognosetallene og om tilskudds-malen, som blir brukt. Han viste til at malen er arbeidsbesparende, men gir samme resultat som den andre. Utvalgsleder takket for en flott presentasjon.

Enstemmig vedtak i kontroll- og kvalitetsutvalget 27.01.21:

Karmøy kontroll- og kvalitetsutvalg tar barnehagesjefens gjennomgang om sitt arbeids- og ansvarsområde til orientering

SAK 3/21 OPPFØLGING AV FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORTEN «PERSONVERN»**Sekretariatets innstilling:**

Karmøy kommunestyre tar rådmannens tilbakemelding om oppfølging av forvaltningsrevisjonsrapport «Personvern» til orientering.

Behandling i kontroll- og kvalitetsutvalget 27.01.21:

Kvalitetsrådgiver Beathe Andreassen gjorde greie for hva som var gjort siden revisjonen. Mye var kjent på forhånd, da en den gang var i en tidlig fase. Hun trakk fram mye bruk av e-kurs og nano-kurs det siste året, samt opprettelse av ny kommunikasjonsavdeling som viktig.

Fagfeltet er fortsatt ukjent for mange, men det jobbes strukturert for å bevisstgjøre de ansatte om personopplysninger. Personombudets rolle var også tydeligere klargjort. Karmøy har felles personvernombud (kommuneadvokat/PVO Gisle Stødle) med Haugesund.

Utvalget kom med spørsmål om nytten av revisjonen, nærmere om opplæringen og om melding av avvik.

Utvalgsleder takket for en grundig gjennomgang.

Enstemmig vedtak i kontroll- og kvalitetsutvalget 27.01.21 og innstilling til kommunestyret:

Karmøy kommunestyre tar rådmannens tilbakemelding om oppfølging av forvaltningsrevisjonsrapport «Personvern» til orientering.

SAK 4/21 INVITASJON TIL DELTAKELSE I FORVALTNINGSREVISJON AV HAUGALANDSPAKKEN

Sekretariatets innstilling:

Karmøy kontroll- og kvalitetsutvalg tar fylkestingets invitasjon til en forvaltningsrevisjonsundersøkelse med tema Haugalandspakken til orientering.

Utvalget finner prosjektets mandat interessant og ønsker å bli holdt orientert om arbeidet og de konklusjoner som vil bli tatt når rapport foreligger.

Alternativt:

Karmøy kontroll- og kvalitetsutvalg slutter seg til gjennomføring av en forvaltningsrevisjonsundersøkelse med tema Haugalandspakken i samsvar med vedlagt mandat.

Mandatet for undersøkelsen godkjennes slik den foreligger, men med også følgende tillegg:
..... (må konkretiseres)

Merkostnader som vil følge av utvalgets tilføyelse i prosjektmandatet, er utvalget innforstått blir dekket av utvalget med et øvre tak på timer.

Rogaland fylkeskommune kontroll- og kvalitetsutvalg gis myndighet til å godkjenne tillegg/justeringer i mandatet som følge av kommuners deltakelse i forvaltningsrevisjonen.

Behandling i kontroll- og kvalitetsutvalget 27.01.21:

Sekretær opplyste at Rogaland Revisjon hadde meldt at de ikke hadde anledning til å delta. Utvalgsleder innledet og kom muntlig med innspill bl.a. knyttet til innkreving og graden av veksten av prosjektene. Han ville etter møtet sende de skriftlig. Innsendte innspill fra Kolstø og Lohne på mandatet var sendt ut samme dag.

Kolstø ønsket under pkt. 1 en presisering: «*Hvordan har endrede forutsetninger påvirket styringen?*» Det sentrale mente hun var hvordan styret har tatt konsekvensen av endrede forutsetninger. Under punkt 3 ønsket hun undersøkt om hva som var styrets begrunnelse for at man valgte parallell regulering og prosjektering i Omkjøringsvegen som eneste prosjekt i Haugalandspakken og om søknad om takstøkning medførte noen konsekvenser for arbeidet (midl. stans el.), eller fortsatte arbeidet som tidligere?

Lohne stilte spørsmål ved fylkesmannens rolle og om det burde kunne ha vært forventet raskere saksbehandling knyttet til Omkjøringsveien. Leder mente dette lå utenfor mandatet.

Utvalget ønsket revisjonen skulle vurdere innspillene, og antok at de ikke ville medføre så store endringer og at det kunne inngå i angitt tidsramme. Dersom det ikke var tilfelle, ønsket utvalget at saken kom opp på ny med antatt ressursbruk spesifisert fra revisor.

Sekretariatets innstilling ble vedtatt med dette tillegget.

Enstemmig vedtak i kontroll- og kvalitetsutvalget 27.01.21:

Karmøy kontroll- og kvalitetsutvalg tar fylkestingets invitasjon til en forvaltningsrevisjonsundersøkelse med tema Haugalandspakken til orientering.

Utvalget finner prosjektets mandat interessant og ønsker å bli holdt orientert om arbeidet og de konklusjoner som vil bli tatt når rapport foreligger.

Dersom Karmøys innspill til mandatet blir vurdert som aktuelle og medfører merkostnader for prosjektet ønskes saken lagt fram på ny for utvalget.

SAK 5/21 KONTROLL OG REVISJON - REGNSKAPSOVERSIKT PR 31.12.20

Sekretariatets innstilling:

Karmøy kontroll- og kvalitetsutvalg tar regnskapsoversikt for funksjon 11000 Kontroll og revisjon pr. 31.12.20 til orientering.

Behandling i kontroll- og kvalitetsutvalget 27.01.21:

Sekretær redegjorde for saken. Utvalget hadde ingen merknader.

Enstemmig vedtak i kontroll- og kvalitetsutvalget 27.01.21:

Karmøy kontroll- og kvalitetsutvalg tar regnskapsoversikt for funksjon 11000 Kontroll og revisjon pr. 31.12.20 til orientering.

SAK 6/21 UTVALGETS ÅRSMELDING FOR 2020

Sekretariatets innstilling:

Karmøy kontroll- og kvalitetsutvalg godkjenner årsmeldingen for 2020 (med evt. endringer/tillegg).

Karmøy kommunestyre tar kontroll- og kvalitetsutvalgets årsmelding for 2020 til orientering.

Behandling i kontroll- og kvalitetsutvalget 27.01.21:

Sekretær gikk igjennom meldingen. Utvalget mente den var informativ og en fin oppsummering av fjorårets aktivitet. Utvalget sluttet seg til innholdet, slik det var lagt fram.

Enstemmig vedtak i kontroll- og kvalitetsutvalget 27.01.21:

Karmøy kontroll- og kvalitetsutvalg godkjenner årsmeldingen for 2020.

og innstilling til kommunestyret:

Karmøy kommunestyre tar kontroll- og kvalitetsutvalgets årsmelding for 2019 til orientering.

SAK 7/21 REFERAT- OG ORIENTERINGSSAKER 27.01.21

1. Statusoversikt pr. januar 2021
2. Møteprotokoll 23.11.20 - Eierskapsutvalget
3. Kommunestyresak 159/20 i møtet 14.12.20 - Forskrift om folkevalgtes rett til godtgjøring og velferdsgoder i Karmøy kommune - protokoll og saksutredning
4. Kommunestyresak 166/20 i møtet 14.12.20 – Reglement for saksbehandling i folkevalgte organer- kommunestyreperioden 2019 -2023
5. Innkalling til møte ekstr. ord. møte i Havnerådet 21.01.21 – en sak unntatt off.
6. Henvendelse til utvalget fra Wenche Ytreland - krav mot kommunen og ønske om granskning (div. vedlegg IM)
7. Henvendelse til utvalget fra Robin Hult – salg av Kopervik Havn og overdragelse av kommunale kaianlegg til kommunen
8. Kronikk i Kommunal rapport 15.12.20 – Kommunale kontrollutvalg –lokaldemokratiets vaktbikkje

Sekretariatets forslag til vedtak:

Karmøy kontroll- og kvalitetsutvalg tar referat- og orienteringssakene 1- 8 til orientering.

Karmøy kontroll- og kvalitetsutvalg viser til ny henvendelse fra Wenche Ytreland og tar den til orientering. Saken hører fortsatt ikke under utvalgets mandat og blir igjen avvist.

Karmøy kontroll- og kvalitetsutvalg ber om en tilbakemelding fra rådmannen på henvendelsen om prosedyrene rundt avhending av kommunale havner/kaianlegg til møtet 17.03.21.

Det skriftlige svaret leveres sekretariatet innen 05.03.21. Utvalget ber også om at rådmannen orienterer om saken i møtet 17.03.21.

Behandling i kontroll- og kvalitetsutvalget 27.01.21:

Sekretær gikk igjennom sakene. Til pkt. 6 mente utvalget at det ikke forelå noe nytt i henvendelsen fra Ytreland og vedtaket opprettholdes.

Til pkt. 7 om kaier og KH IKS ble det stilt spørsmål om selskapet sitt samfunnsansvar. Teknisk sjef Eiliv Staalesen gjorde greie for bakgrunnen for saken og eierforhold, bl.a. at Kopervik havn var eid av havnekassen, ikke kommunen ved opprettelse av IKSet for 30 år siden. Videre at kommunen hadde takket nei til tilbud om kjøp. Havnerådet/ordførerne har nå mer fokus på store kaier med stort inntektsgrunnlag. I følge ham var de overførte kaiene dårlige som følge alder og elde, ikke dårlig vedlikehold. Det var gjort juridisk vurdering om salgene. Administrasjonen jobber nå med en plan som vil bli lagt fram for politisk behandling.

Utvalget ønsket likevel en skriftlig tilbakemelding, selv om teknisk sjef hadde klargjort en del av de spørsmålene som Hult hadde oversendt.

Enstemmig vedtak i kontroll- og kvalitetsutvalget 27.01.21:

Karmøy kontroll- og kvalitetsutvalg tar referat- og orienteringssakene 1- 8 til orientering.

Karmøy kontroll- og kvalitetsutvalg viser til ny henvendelse fra Wenche Ytreland og tar den til orientering. Saken hører fortsatt ikke under utvalgets mandat og blir igjen avvist.

Møte nr. 1/21

Karmøy kontroll- og kvalitetsutvalg ber om en tilbakemelding fra rådmannen på henvendelsen om prosedyrene rundt avhending av kommunale havner/kaianlegg til møtet 17.03.21.

Det skriftlige svaret leveres sekretariatet innen 05.03.21. Utvalget ber også om at rådmannen orienterer om saken i møtet 17.03.21.

Eventuelt

Neste møte

Etter vedtatt møteplan er neste møte **onsdag 17. mars kl.17.30.**

Foreløpig saker: orientering fra miljørådgiver, oppfølging av etterlevelseskrollen for 2019, forvaltningsrevisjonsrapport «Kvalitet- og journalsystem v/sykehjem»

Karmøy, 27. januar 2021

Tor Inge Melhus (sign.)
leder

Toril Hallsjø (sign.)
utvalgssekretær

SAKSGANG		
Utvalg	Møtedato	Saksnr
Kontroll- og kvalitetsutvalget	17.03.21	9/21

Saksansvarlig:	Arkivkode:	Arkivsak:
Toril Hallsjø	216	

ORIENTERING FRA ADMINISTRASJONEN – MILJØRÅDGIVER

Sekretariatets forslag til vedtak:

Karmøy kontroll- og kvalitetsutvalg tar miljørådgivers gjennomgang om sitt arbeids- og ansvarsområde til orientering.

Saksorientering

Kontroll- og kvalitetsutvalget vedtok i møtet 18.11.20, sak 45/20 å invitere administrasjonen eller selskaper til å komme å orientere etter en plan. Vedtaket var følgende:

Karmøy kontroll- og kvalitetsutvalg vedtar følgende plan for orienteringer fra administrasjonen eller selskaper i 2021:

1. prior.	Barnehagesjefen (med vekt på tilskudd til private barnehager)	januar (27.01.21)
2. prior.	Miljørådgiver (miljø, klima og energi)	mars (17.03.21)
3. prior.	Husøy-området v/ Karmsund Havn IKS	mai
4. prior	Barnevernsleder	juni
5. prior.	Destinasjon Haugesund og Haugaland AS	september
6. prior	Rusteamet	september
7. prior.	Det historiske Avaldsnes-prosjektet	oktober
8. prior.	Landbruket i Karmøy	november
9. prior.	Haugaland Brann og redning IKS	2022

Tidsrammen settes til 30-40 min. inklusiv spørsmål.

Sekretariatet gis fullmakt til å invitere i en annen rekkefølge enn listen dersom den/de som inviteres ikke har anledning til å stille i det aktuelle møtet.

Orienteringene er tenkt å gjøre utvalget bedre kjent med driften og de utfordringer kommunen eller selskapet har. Planen/invitasjonen ble oversendt rådmannen 26.11.20. Det gikk fram i brevet at tidspunktene kunne endres/byttes for de invitere. Det er til nå ikke kommet ønske om det.

Miljørådgiver Pernille Iden er kontaktet i forkant og hun stiller i møtet.

/

Sekretariatet har tidligere saker foreslått at det blir orientert om følgende (kun veiledende), men om dette passer for henne må miljørådgiver selv avgjøre:

Tjenesteområdene og tjenestetilbud

- Hvordan tjenesteområdene er organisert
- Hvilke tjenester som ligger til tjenesteområdene

Antall ansette på tjenesteområdene

- Fordeling på de ulike tjenestene
- Rekruttering av medarbeidere
- Eventuelle utfordringer når det gjelder rekruttering

Budsjett og regnskap

- Rammer
- Resultat

Tanker om framtiden

- Utfordringer
- Planer

Det er fastsatt tidsramme med 30-40 minutt inklusiv spørsmål, men det er mulig for utvalget å utvide denne, dersom det er ønskelig, men tidsrammen bør også respekteres.

Utvalget kan komme med innspill på emne og spørsmål i forkant av møtet, men helst så tidlig som mulig, slik at den inviterte kan forberede seg på dette.

Aksdal, 10.03.21

Toril Hallsjø (sign.)

Daglig leder/utvalgssekretær

SAKSGANG		
Utvalg	Møtedato	Saksnr
Kontroll- og kvalitetsutvalget	17.03.21	10/21
Saksansvarlig:	Arkivkode:	Arkivsak:
Toril Hallsjø	212	

OPPFØLGING AV FORENKLET ETTERLEVELSESKONTROLL FOR REGNSKAPET 2019

Sekretariatets forslag til vedtak:

Karmøy kontroll- og kvalitetsutvalg tar rådmannens tilbakemelding knyttet til revisors brev om økonomiforvaltningen og anskaffelser for 2019 til orientering.

Vedlegg:

1. Oppfølging av etterlevelseskontroll 2019- rådmannens brev av 08.03.21
2. Anskaffelsesstrategi 2021- 2025 (sak til kommunestyremøtet 23.03.21)

Bakgrunn

Kontroll- og kvalitetsutvalget vedtok enstemmig i møtet 21.10.20, sak 38/20 følgende:

Karmøy kontroll- og kvalitetsutvalg tar vedlagte attestasjonsuttalelse fra KPMG AS om økonomiforvaltningen for 2019 og revisors gjennomgang til orientering.

Karmøy kontroll- og kvalitetsutvalg ber om at rådmannen gir tilbakemelding til utvalget om oppfølging av revisors brev nr 3 innen 15.01.21.

I følge kommunelovens § 23-2 bokstav b skal kontrollutvalget bl.a. påse «....at det føres kontroll med at den økonomiske forvaltning foregår i samsvar med gjeldende bestemmelser og vedtak....».

Videre står det i kommuneloven § 24-9 om kontroll med økonomiforvaltningen følgende:

«Regnskapsrevisor skal se etter om kommunens eller fylkeskommunens økonomiforvaltning i hovedsak foregår i samsvar med bestemmelser og vedtak.

Revisor skal basere oppgaven på en risiko- og vesentlighetsvurdering, som skal legges fram for kontrollutvalget. Revisor skal innhente tilstrekkelig informasjon til å vurdere om det foreligger brudd på lover, forskrifter eller vedtak, der bruddet er av vesentlig betydning for økonomiforvaltningen.

Revisor skal senest 30. juni avgi en skriftlig uttalelse til kontrollutvalget, med kopi til kommunedirektøren, om resultatet av kontrollen.»

Revisor er derfor pålagt etter ny kommunelov å avgi en skriftlig uttalelse til kontrollutvalget hvert år. Dette blir beskrevet som enn ny oppgave for revisor, kalt «forenklet etterlevelsesk kontroll». Fra revisorhold har det vært ytret at dette har vært en del av deres rutiner også tidligere, men det nye for dem er at det skal skrives ut en egen attestasjon for denne kontrollen. Første rapportering til kontrollutvalget skulle vært senest 30. juni 2020, men på grunn av koronapandemien ble fristen vedtatt skjøvet ut til høsten.

Uttalelse for 2019

KPMG AS avga sin uttalelse 14.10.20 om perioden 01.01-31.12.19. Det ble også utarbeidet et nummert brev nr 3 til kontrollutvalget med kopi til rådmannen. Revisor skrev i attestasjonen:

Negativ konklusjon

Basert på de utførte handlingene og innhentede bevis, og på grunn av betydningen av forholdene som er omtalt i avsnitt «Grunnlag for negativ konklusjon», avgis det erklæring med negativ konklusjon.

Grunnlag for negativ konklusjon

Kontrollen av enkeltanskaffelser viser at det mangler arkivert anskaffelsesprotokoll for 6 av 19 kontroller, hvorav 2 sannsynligvis kan sammenstilles i ettertid. I tillegg får vi opplyst at det ikke er gjennomført konkurranse for 4 av 20 anskaffelser. Det er systematikk i at i tilfeller uten konkurranse er det ikke nedtegnet protokoll. Etter vår vurdering er det et vesentlig forhold ved gjennomføring av anskaffelsen å beslutte en direkteanskaffelse uten konkurranse.

I brev nr 3 framkommer mer detaljer om anskaffelsene. Revisors kontroll var knyttet til innkjøp over driftsbudsjettet, ikke til investeringer, og da innkjøp over kr 100.000. Revisor gav en muntlig orientering til utvalget i møtet 21.10.20 om kontrollen.

På bakgrunn av det som var kommet fram vedtok utvalget å be rådmannen gi en tilbakemelding om hva som er gjort for å rette opp forholdene.

Rådmannens tilbakemelding

Sekretariatet mottok tilbakemelding om oppfølging i brev av 08.03.21. Det ble i januar i samråd med sekretariatsleder besluttet at tilbakemeldingen ble utsatt til marsmøtet. Brevet følger som vedlegg 1. Vedlagt følger som vedlegg 2 også kommunes anskaffelsesstrategi, som er revidert og vil bli lagt fram for kommunestyret i møtet 23.03.21.

Fra rådmannens brev siteres følgende:

«Rådmannen har merket seg at etterlevelsesk kontrollen har negativ konklusjon og har iverksatt følgende tiltak:

- *Kommunens ledergruppe er bedt om å innskjerpe rutinene med utarbeidelse og arkivering av anskaffelsesprotokoll.*
- *Rutinene for anskaffelsesprotokoll er innskjerpet overfor etater og sektorer.*
- *Anskaffelsesstrategi vil komme opp som sak i kommunestyret den 22.03.21.*
- *Handlingsplan for anskaffelsesstrategien og anskaffelsesreglement blir vedtatt administrativt i løpet av mars måned.*
- *Innkjøpsavdelingen vil hver måned vurdere antall produserte anskaffelsesprotokoller som indikator på at gjeldende rutiner følges.*

Rådmannen ser behovet for informasjon om offentlige anskaffelser i organisasjonen. Det nevnte Anskaffelsesreglementet vil beskrive rutiner og retningslinjer for kjøp av varer, tjenester og anskaffelser innen bygg og anlegg.

Resultatet av disse tiltakene vil være at organisasjonen er mer påpasselig til å følge gjeldende rutiner slik at vi anskaffer varer og tjenester i henhold til forskriften.»

Sekretariatets kommentarer

I følge kommunelovens § 23-2 bokstav b og forskrift for kontrollutvalg og revisjon § 3 skal utvalget påse til at regnskapsrevisors påpekninger blir rettet opp eller fulgt opp. Dette for å sikre at kontrollen får effekt og bidrar til forbedringer. Dersom påpekningene ikke blir fulgt opp, skal utvalget rapportere det til kommunestyret.

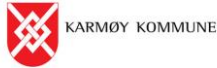
Det ligger ikke til kontrollutvalget å fastsette hvordan administrasjonen skal følge opp påviste avvik/mangler i det konkrete tilfellet, da dette er rådmannens ansvar.

Sekretariatet mener rådmannen i denne saken har gitt en grei tilbakemelding om igangsatte tiltak med nye rutiner og prosedyrer og mener utvalget kan ta tilbakemeldingen til orientering.

Det har vært praksis for at administrasjonen møter i utvalget og orienterer om oppfølgingen eller svarer på spørsmål, i tillegg til den skriftlige oversendelsen.

Aksdal, 10.03.21

Toril Hallsjø
Daglig leder/utvalgssekretær



Karmøy Kontroll- og kvalitetsutvalg
v/Haugaland Kontrollutvalgssekretariat Iks
Postboks 57
5575 AKSDAL

Dato: 08.03.2021
Deres referanse: Torill Hallsjø
Saksbehandler: Kristian Wikre

Oppfølging - Forenklet etterlevelseskontroll

Det vises til mottatt revisjonsberetning og vedtak i kontrollutvalget 21.10.2020.

Vedtatt i kontrollutvalget 21.10.20:

Karmøy kontroll- og kvalitetsutvalg tar vedlagte attestasjonsuttalelse fra KPMG AS om økonomiforvaltningen for 2019 og revisors gjennomgang til orientering.

Karmøy kontroll- og kvalitetsutvalg ber om at rådmannen gir tilbakemelding til utvalget om oppfølging av revisors brev nr 3 innen 15.01.21.

Det ble i januar i samråd med sekretariatsleder besluttet at tilbakemeldingen til kontrollutvalget utsettes til den 17.03.21.

Rådmannen har merket seg at etterlevelseskontrollen har negativ konklusjon og har iverksatt følgende tiltak:

- Kommunens ledergruppe er bedt om å innskjerpe rutineene med utarbeidelse og arkivering av anskaffelsesprotokoll.
- Rutineene for anskaffelsesprotokoll er innskjerpet overfor etater og sektorer.
- Anskaffelsesstrategi vil komme opp som sak i kommunestyre den 22.03.21.
- Handlingsplan for anskaffelsesstrategien og anskaffelsesreglement blir vedtatt administrativt i løpet av mars måned.
- Innkjøpsavdelingen vil hver måned vurdere antall produserte anskaffelsesprotokoller som indikator på at gjeldende rutiner følges.

Rådmannen ser behovet for informasjon om offentlige anskaffelser i organisasjonen. Det nevnte Anskaffelsesreglementet vil beskrive rutiner og retningslinjer for kjøp av varer, tjenester og anskaffelser innen bygg og anlegg. Resultatet av disse tiltakene vil være at organisasjonen er mer påpasselig til å følge gjeldende rutiner slik at vi anskaffer varer og tjenester i henhold til forskriften.



Med hilsen

Vibeke Vikse Johnsen

Rådmann

Kristian Wikre

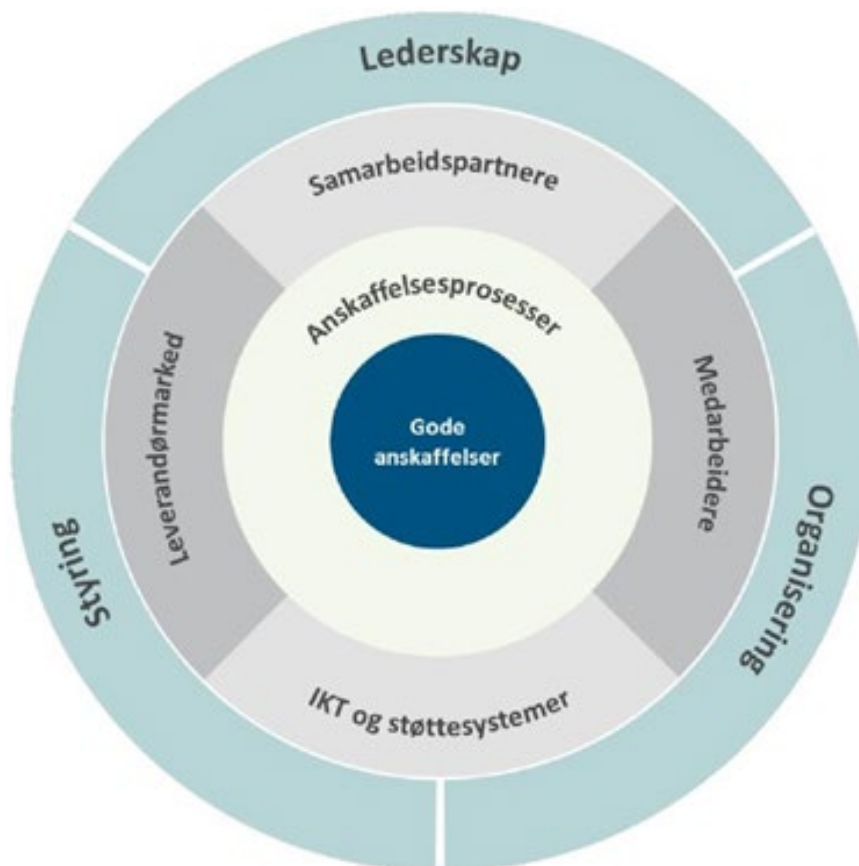
Innkjøpssjef



KARMØY
KOMMUNE

Anskaffelsesstrategi 2021-2025

Vedtatt av Karmøy kommunestyre 22.03.2021



Anskaffelsesstrategi – Karmøy kommune

1. Innledning

Anskaffelsesstrategien er en av kommunens strategier som bestemmer veivalg og satsninger innen anskaffelsesområdet. Den gjelder alle virksomheter i Karmøy kommune. Hvordan anskaffelser styres, påvirker både kvaliteten og kostnadene på de tjenestene som leveres til innbyggerne.

Anskaffelsesstrategien skal legge grunnlaget for en felles forståelse og beste praksis, slik at kommunens anskaffelser av varer, tjenester, bygg og anlegg effektivt bidrar til at kommunen når sine mål.

Kommunen har ca. 100 rammeavtaler per 01.01.2021 og anskaffer varer og tjenester for ca. 900 millioner kroner per år. Med dette følger et ansvar om å opptre som en profesjonell innkjøper og sørge for å få mest mulig igjen for midlene. Anskaffelsesstrategien skal synliggjøre viktigheten av innkjøpsarbeidet og øke bevisstheten rundt dette i hele organisasjonen.

Iverksetting og oppfølging

Strategien skal tas i bruk i alle virksomheter, etater og oppgavefelleskap i Karmøy kommune som er underlagt innkjøpsregelverket. Anskaffelsesstrategien skal være retningsgivende i perioden 2021-2025.

Sentrale tema

Nytt regelverk for offentlige innkjøp trådte i kraft 1. januar 2017 og innebærer de største endringene innen innkjøpsområdet på mange år. For eksempel er kravene til at offentlige innkjøpere ivaretar viktige samfunnshensyn som klima, miljø, sosiale forhold og bruk av lærlinger skjerpet gjennom det nye regelverket. I tillegg til at de tilgjengelige ressursene i kommunen ikke blir utnyttet på en god måte, kan brudd på anskaffelsesregelverket og manglende fokus på «det gode innkjøpet» føre til bøter, erstatningskrav og tap av omdømme. Det er derfor viktig at strategi for innkjøp har en tydelig forankring i hele organisasjonen.

Den nye stortingsmeldingen, Meld. St. 22 – «*Smartere innkjøp – effektive og profesjonelle offentlige innkjøp*», gir uttrykk for at «*midler som blir brukt på offentlig innkjøp er midler til fellesskapet som oppdragsgiverne skal utnytte på best mulig måte*». Det krever en økt profesjonalisering av innkjøp gjennom for eksempel økt satsning på kompetanse, bedre styring, ledelse og organisering og mer samordning. Hovedformålet med meldingen er å utvikle en mer helhetlig og effektiv innkjøpspolitikk for å sette det offentlige i stand til å oppnå det ambisiøse målet til regjeringen på dette området.

1.2 Grunnlag for strategiarbeidet og strategiske føringer

- Ny stortingsmelding om offentlig innkjøp av 10. april 2019 – «*Smartere innkjøp – effektive og profesjonelle offentlige innkjøp*»
- Digitaliseringsdirektoratet rapport 2020-1. «*Fra støtte til strategisk premissgiver. Om utvikling og organisering av anskaffelsesfunksjonen*».
- Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging
- Strategisk næringsplan for Karmøy kommune

1.2.1. FNs Bærekraftsmål

FN har vedtatt 17 bærekraftsmål. Følgende er spesielt relevant for Karmøy kommune sine anskaffelser:

Mål 8: Anstendig arbeid og økonomisk vekst 

Mål 9: Innovasjon og infrastruktur 

Mål 11: Bærekraftige byer og lokalsamfunn 

Mål 12: Ansvarlig forbruk og produksjon 

Mål 13: Stoppe klimaendringene 

Mål 17: Samarbeid for å nå målene 

1.2.2 Analyser og revisjon

Gjennomførte innkjøpsanalyser og revisjon har avdekket forbedringsområder med hensyn til:

- Kompetanse og etterlevelse av regelverk
- Sterkere samhandling på tvers av organisasjonen 
- Anskaffelser som strategisk verktøy for måloppnåelse    

2. Sentrale mål for perioden

2.1 Hovedmål for anskaffelsesstrategien

Kommunens anskaffelser skal styrke kommunens strategiske rolle som tjenesteleverandør og samfunnsutvikler. Anskaffelsene skal sikre bærekraftig forbruks- og produksjonsmønstre, bekjempe klimaendringene, bidra til bærekraftig verdiskapning og innovasjon, skape tillitt og bygge gode partnerskap.

2.2 Hovedmålet realiseres gjennom satsningsområdene nedenfor:

Det er formulert fem sentrale satsningsområder for perioden som blir presentert og drøftet senere i dokumentet. Satsningsområdene tar for seg ulike sider av innkjøpsarbeidet, og skal sikre god forankring og styring av innkjøpsfunksjonen, gi gode innkjøp og ta vare på kommunen sitt samfunnsansvar på en god måte. Satsningsområde 1-3 styrker særlig rollen som tjenesteleverandør og 4-5 støtter opp om rollen som samfunnsutvikler.

1. **Anskaffelsene skal organiseres effektivt, med avklarte roller og rett kompetanse**
2. **Anskaffelsene skal bidra til bedre behovsdekning og bidra til bærekraftig verdiskapning**
3. **Innkjøpsprosessene i kommunen skal være gjennomsiktede, digitale, gi tillitt og mulig å etterprøve**
4. **Anskaffelsene skal styrke kommunens samfunnsansvar – gjennom å etterspørre bærekraftige løsninger som vektlegger jobbskaping, klima og miljø, etisk handel og kampen mot arbeidslivskriminalitet**
5. **Anskaffelsene skal bidra til innovasjon og bygge gode partnerskap i markedet.**

Anskaffelsesstrategien skal gi et felles grunnlag for gjennomføring av anskaffelser og sikre effektiv ressursbruk. Strategien gjelder for alt innkjøpsarbeid som gjennomføres i kommunen, på tvers av etater og for alle faser i en anskaffelsesprosess; fra initiering av anskaffelsen, kontraktsoppfølging og til kontraktens avslutning. Innkjøpsavdelingen har et felles ansvar sammen med etatene for å bidra til at vi lykkes med å nå målene.

1. Anskaffelsene skal organiseres effektivt, med avklarte roller og rett kompetanse



Innkjøpsområdet er komplekst og har mange faglige nedslagsfelt, blant annet juridiske, økonomiske og samfunnsfaglige. Det å gjøre gode innkjøp og å ha en god innkjøpsfunksjon totalt sett er av stor strategisk betydning for tjenesteproduksjonen til kommunen. Bevissthet rundt å ha en god innkjøpskultur er nødvendig for å sikre måloppnåelse på en effektiv måte. Når vi nå har sentralisert innkjøpsfunksjonen og skal bygge ny felles kultur for innkjøp, er det særlig viktig at vi har klare retningslinjer som er godt forankret i hele organisasjonen. På denne måten kan kommunen samlet opptre som en aktør som ansatte, næringslivet og offentligheten har tillit til.

- Ansvarsfordelingen for kommunens anskaffelser skal være tydelig og avklart. Dette skal bidra til effektivt samarbeid mellom ulike enheter og sikre best utnyttelse av kommunens samlede innkjøpsfaglig kompetanse.
- Det skal gjennomføres en gjennomgang av dagens organisering og ansvarsdeling innen innkjøpsområdet på tvers av etatene, med tanke på forbedringstiltak.

- Det må opprettes klare retningslinjer for hvem som har myndighet til å bestille, attestere og anviser kjøp av varer og tjenester.

2. Anskaffelsene skal bidra til bedre behovsdekning og bidra til bærekraftig verdiskapning



Feilslåtte innkjøp der kontraktene som er inngått ikke dekker det reelle behovet kan være svært kostbart økonomisk og samtidig ha negativ påvirkning på klima og miljø. Det er derfor viktig at vi setter av tilstrekkelig med tid til behovskartlegging i forkant av et innkjøp og at en bruker verktøy som er egnet til å identifisere behov, relevante interessenter og mulige samfunnsmessige gevinster. Dette kan gjøres ved å vurdere om innkjøpet er nødvendig, om en kan løse oppgavene på annen måte eller stille spesielle krav i konkurransedokumentene for å oppnå ønsket resultat.

Tilstrekkelig konkurranse er viktig for å sikre riktig kvalitet, pris og samfunnsmessige gevinster. Den enkelte virksomhet i kommunen må også tenke større enn sin egen arbeidshverdag og vurdere om det kan være andre virksomheter som har sammenfallende behov. Dette vil være ressurs sparende og innkjøpet vil også være mer attraktivt for leverandørmarkedet grunnet et (potensielt) større volum.

- Alle varer og tjenester skal, der det er lagt til rette for dette, bestilles på kommunen sitt felles e-handelssystem for å sikre avtalelojalitet og sikre andre kvaliteter som er forhandlet fram ved avtaleinngåelse.
- Når en anskaffelse blir planlagt, skal bærekraft prioriteres for å redusere miljø- og klimapåvirkningen og at en vurderer om behovet kan dekkes uten at en trenger å kjøpe nytt. Gjenbruk og ombruk, sirkulær økonomi, kan bidra i vesentlig grad til å redusere utslipp. Høy kvalitet på varer og tjenester er viktig for at de skal kunne brukes over lang tid.
- Avtaleoppfølging må intensiveres for å sikre at leverandørene leverer til avtalt pris, kvalitet og tar samfunnsansvar i samsvar med inngått kontrakt.
- Kommunen skal øke involvering av interessenter, både fagpersoner og brukere i forberedelsen av strategiske anskaffelser (etablere tverrfaglig innkjøpsteam/faggrupper).

3. Innkjøpsprosessene i kommunen skal være gjennomsiktlige, digitale, gi tillitt og mulig å etterprøve



Offentlig innkjøp utgjør en stor del av det totale budsjettet til kommunen. Å forvalte kommunen sine midler på en god måte, er viktig for at innbyggerne skal ha tillit til kommunen. Det er derfor viktig at alle prosesser er gjennomsiktlige og lett å få innsyn i. For at dette skal være mulig er de fleste av prosessene i innkjøp allerede digitale og dermed mulig å etterprøve.

Kommunen har i stor grad brukt digitale verktøy i innkjøpsprosessen og har siden 2018 benyttet Merccell som konkurranse gjennomføringsverktøyet (KGV). Verktøyet blir i dag brukt av innkjøpsavdelingen og prosjektledere/rådgivere i etatene ved gjennomføring av anskaffelser. Leverandørene leverer inn tilbudet elektronisk gjennom dette verktøyet og kontrakten signeres elektronisk med den valgte kontraktspartner.

Offentlig anskaffelse er et risikoområde for korrupsjon, og åpenhet er et grunnleggende virkemiddel for å få bukt med dette. Med bakgrunn i dette er målet at alle innkjøp skal være gjennomsiktlige, digitale og skal kunne etterprøves.

- En anskaffelse skal være basert på konkurranse og kommunen skal sikre at hensynet til forutberegnelighet, gjennomsiktlighet og etterprøvbarhet ivaretas gjennom hele konkurransen.
- Digitale verktøy som bidrar effektivt til å forbedre innkjøpsprosessen må prioriteres.

4. Anskaffelsene skal styrke kommunens samfunnsansvar – gjennom å etterspørre bærekraftige løsninger som vektlegger jobbskaping, klima og miljø, etisk handel og kampe arbeidslivskriminalitet



Med samfunnsansvar menes forebyggende arbeid med etisk handel i leverandørkjeder, miljøkrav i anskaffelser, bruk av arbeidsmarkedsbedrifter og lærlinger, samt arbeid med etisk bevissthet i anskaffelsesprosesser, herunder korrupsjonsforebyggende tiltak.

Lov om offentlige anskaffelser stiller krav til at det under planleggingen av den enkelte anskaffelse skal tas hensyn til livssyklus kostnader, universell utforming og miljømessige konsekvenser av anskaffelsen. Videre stiller loven krav om å ta inn klausuler i tjeneste-, bygge- og anleggskontrakter som sikrer lønns- og arbeidsvilkår som ikke er dårligere enn det som følger av gjeldende landsomfattende tariffavtale.

Karmøy kommune er en viktig oppdragsgiver for næringslivet, lokalt og regionalt, både i seg selv og i regi av innkjøpssamarbeidet. Kommunen har gjennom innkjøpsmakten stor påvirkningskraft og må bruke denne makten ved å stille krav til leverandørene for å sikre rettferdig konkurranse, minimere klimaavtrykket og sikre at menneskerettigheter og samfunnsansvar blir tatt hensyn til på en formålstjenlig måte.

Det er behov for å ta nye steg med tanke på å fremme samfunnsansvar og kjempe mot arbeidslivskriminalitet, bedre miljøet og redusere klimautfordringene, øke tallet på lærlingplasser, ta vare på helse, miljø og sikkerhet på arbeidsplassene, sikre grunnleggende menneskeretter, unngå diskriminering og ta vare på ulike svake grupper i samfunnet.

Mange mennesker, uten nødvendigvis å være redusert fysisk, har i dag av ulike grunner store utfordringer med å kunne fungere på en arbeidsplass. Kommunen kan gjennom innkjøp stille krav til leverandøren om å legge til rette arbeidsplasser i korte eller lengre perioder og koble sammen ulike hjelpeinstanser for å forebygge utenforskap.

- Vi skal stille krav som kan forebygge utenforskap og også legge til rette for varig tilrettelagte arbeidsplasser i anskaffelser der det er formålstjenlig.

Å arbeide med innkjøp som verktøy for å fremme bærekraft kan ha stor effekt, og det er viktig at kommunen deltar i samarbeid om hvordan dette kan ha mest mulig positiv effekt. Kommunen må samarbeide med andre innkjøpsmiljøer, leverandører, og med aktører som ser behovet for endring og som har ulike perspektiver innenfor bærekraft.

- Karmøy kommune skal ta aktivt samfunnsansvar gjennom å etterspørre og forbruke varer og tjenester som er produsert etter høye etiske, sosiale og miljømessige standarder. Samtidig skal vi i større grad gjennomføre risikoanalyse av verdikjeden hos leverandører for å avdekke potensielle svakheter som kan påvirke vår virksomhet.
- Karmøy kommune skal benytte omforente seriøsitetsbestemmelser for alle bygg- og anleggskontrakter. Bestemmelsene stiller blant annet krav til lønns- og arbeidsvilkår, krav om faglærte håndverkere og lærlinger i prosjektene.
- Store utfordringer med arbeidslivskriminalitet i bygg- og anleggsnæringen krever nye og effektive tiltak. Et viktig tiltak er at kontraktene til offentlige oppdragsgivere inneholder krav som hindrer at useriøse aktører kommer inn i prosjektene, og sanksjoner ved mislighold.
- Kommunen sin virksomhet skal i planlegging av innkjøp ta utgangspunkt i målet om å redusere klimagassutslippene med 50 % innen 2030. Det skal stilles krav om at varer og tjenester som blir anskaffet i avtalene til kommunen skal ha lav klimapåvirkning, helst benytte nullutsleppsteknologi.

5. Anskaffelsene skal bidra til innovasjon og bygge gode partnerskap i markedet



Alle innkjøp skal dekke et behov. Spørsmålet kommunen som oppdragsgiver må avklare er om den eller de eksisterende løsningene dekker behovet på en tilfredsstillende måte, eller om en ønsker en ny eller forbedret løsning. Behovet til brukerne kan for eksempel ha endret seg siden forrige gang konkurranse ble gjennomført.

Utstrakt dialog med leverandørmarkedet er en forutsetning for å kunne legge til rette for innovasjon i en innkjøpsprosess. I dialogen blir behovet formidlet til markedet. Innkjøper får dermed innsikt i hva som finnes av løsninger i markedet, og hva som kan være mulig å utvikle. Oppdragsgiver kan for eksempel gå i dialog med markedet gjennom leverandørkonferanser, en-til-en møter eller høring av konkurransegrunnlaget. Ytelse- og funksjonskrav innebærer at oppdragsgiveren beskriver behovene gjennom en åpen spesifisering av kravene til ytelsen og funksjonen til leveransen fremfor detaljerte spesifikasjoner av hvordan oppgaven skal løses. Leverandører kan dermed i større grad selv vurdere hvilken løsning som vil være den beste å tilby for å dekke de behovene oppdragsgiveren har beskrevet.

- Anskaffelsene skal støtte opp om kommunens finansielle måltall, bidra til økonomisk bærekraft og gevinstrealisering.
- Kommunen skal aktivt bidra til dialog med markedet basert på likebehandling. Det bør legges til rette for at små og mellomstore bedrifter kan delta i konkurranser når det er formålstjenlig. Der det finnes standardkontrakter skal disse benyttes, for å sikre gjennomtenkte og balanserte kontraktsvilkår.
- Kommunen skal bruke sin forbrukermakt til å støtte opp om innovasjoner som gir fremtidsrettede og bærekraftige løsninger.
- Kommunen må ha som krav i alle innovasjonsprosjekter at de skal være bærekraftige og at en vurderer hele livsløpet til produktet eller tjenesten.
- Kommunen skal utvikle kompetanse hos leverandører, spesielt i nærområdet, gjøre de i stand til å levere gode og konkurransedyktige tilbud innenfor gjeldende forskrift for anskaffelsen. Det skal, der det er mulig, bli skrevet kravspesifikasjoner som gir leverandørene mulighet til å levere innovative og fremtidsrettede løsninger.

SAKSGANG		
Utvalg	Møtedato	Saksnr
Kontroll- og kvalitetsutvalget	17.03.21	11/21
Kommunestyret	10.05.21	

Saksansvarlig:	Arkivkode:	Arkivsak:
Toril Hallsjø	216	

FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORTEN «KVALITET- OG JOURNALSYSTEM SYKEHJEM»

Sekretariatets forslag til vedtak og innstilling til kommunestyret:

1. *Karmøy kommunestyre tar forvaltningsrevisjonsrapporten «Kvalitets- og journalsystem sykehjem» fra KPMG AS til orientering.*
2. *Rapporten oversendes rådmannen for videre oppfølging av rapportens anbefalinger.*
3. *Rådmannen gir tilbakemelding til kommunestyret via kontroll- og kvalitetsutvalget om oppfølging av rapporten innen 9 måneder etter kommunestyrets vedtak.*

Vedlegg: Rapporten – «Kvalitets- og journalsystem sykehjem», utarbeidet av KPMG AS, mars 2021

Bakgrunn

Kontroll- og kvalitetsutvalget vedtok i møtet 17.06.20, sak 46/20 at det ønsket å få lagt fram et utkast til prosjektplan på et prosjekt om kommunens kvalitets- og journalsystem til møtet i august. Vedtaket var basert på kommunestyrets vedtak 11.5.20, sak 30/20:

«Kommunestyret ber om at kontroll- og kvalitetsutvalget gjennomfører en forvaltningsrevisjon vedrørende kunnskap om, opplæring i og bruken av kommunens kvalitets- og journalsystem ved våre sykehjem.»

Karmøy kommunestyre vedtok plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2016-2020 i møtet 19.09.16, sak 66/16, men det ble også gitt fullmakt til å fravike planen.

Utvalget godkjente prosjektplanen i møtet 28.08.20, sak 23/20, hvor rammer og tidsplan for KPMG AS ble fastlagt. Rammen ble satt til 250 timer. Timetallet inkluderer presentasjon av rapporten i utvalget, men ikke forberedelse og presentasjon av rapport i kommunestyret.

Mandatet

Formålet til forvaltningsrevisjonen er å se i hvilken grad Karmøy kommune ivaretar kunnskap om, opplæring i og bruk av kommunens kvalitets- og journalsystem ved sine sykehjem.

Forvaltningsrevisjonen vil være forbedringsorientert, og vil ha som formål å gi anbefalinger om tiltak dersom forvaltningsrevisjonen avdekker avvik eller mulige forbedringsområder.

Problemstillinger

Forvaltningsrevisjonen gir svar på følgende problemstillinger:

1. Kunnskap (og styrende dokumentasjon)

- 1.1. I hvilken grad finnes det prosedyrer og planer for opplæring?*
- 1.2. I hvilken grad ivaretas krav til opplæring i kommunens interne prosedyrer for opplæring?*
- 1.3. Hva er ønskede mål og resultater av opplæringen?*
 - 1.3.1. I hvilken grad verifiseres det at disse målene og resultatene er oppnådd?*
- 1.4. Hvilke roller gjennomgår opplæring og i hvilken grad er opplæring tilpasset de ulike rollenes behov for kunnskap om systemene?*
- 1.5. Hvordan ivaretas behov for oppdatert kunnskap ved endring i systemene?*
- 1.6. I hvilken grad finnes det rutiner for internkontroll av dokumentasjon i journalsystemet?*

2. Opplæring

- 2.1. I hvilken grad sikrer opplæringen at de ansatte får forståelse for krav i gjeldende lover og forskrifter og viktigheten av disse?*
- 2.2. I hvilken grad dekker opplæring praktisk bruk av kvalitets- og journalsystem i daglig drift?*
- 2.3. I hvilken grad belyses den enkeltes ansvar for bruk av systemene i opplæringen?*
- 2.4. I hvilken grad er opplæring tilstrekkelig tilpasset roller og oppgaver?*

3. Bruk og utbredelse

- 3.1 I hvilken grad har de ansatte ved sykehjemmene tilgang til kvalitets -og journalsystemene?*
- 3.2 I hvilken grad legges det til rette for bruk av systemene i den daglige driften?*
- 3.3 I hvilken grad er brukervennlighet vurdert ved valg av kvalitets- og journalsystem?*
- 3.4 I hvilken grad bruker de ansatte kvalitets- og journalsystemene i ønsket utstrekning?*
- 3.5 I hvilken grad har kommunen rutiner for å sikre god kommunikasjon internt, samtidig som taushetsplikten ivaretas?*
- 3.6 I hvilken grad er de ansatte ved sykehjemmene kjent med relevant dokumentasjon?*
- 3.7 I hvilken grad brukes kvalitetssystemet til å melde avvik i forbindelse med dokumentasjon?*

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i samsvar med kravene i RSK001 - Standard for forvaltningsrevisjon. Metoder som har vært benyttet er dokumentanalyse, intervjuer og spørreskjema. Det er gjennomført intervjuer med 11 personer, herunder kommunalsjef for helse og omsorg, omsorgssjef, to kvalitetsrådgivere, systemansvarlig Profil, to virksomhetsledere/ledere av sykehjem, og fire avdelingsledere. Data fra intervjuene er verifisert av respondentene, dvs. at de har fått mulighet til å lese gjennom referatene og gjøre eventuelle korrigeringer.

104 har svart på spørreundersøkelsen, som betyr at revisor er 95 % sikre på dersom alle hadde svart, ville svarene vært innenfor +/- 8,2 % av svarene i undersøkelsen.

Til grunn for rapporten ligger også en gjennomgang og analyse av sentrale dokumenter opp mot revisjonskriteriene. Liste over mottatt dokumentasjon er tatt inn i rapportens vedlegg 1.

Vurderinger og anbefalinger

Med dette som utgangspunkt har KPMG gjennomført prosjektet. Rapporten er oversendt sekretariatet 09.03.21. Rapporten er verifisert og rådmannens tilbakemelding er tatt inn i rapportens kapittel 7. Rådmannen skriver følgende:

«Formålet til forvaltningsrevisjonen er å se i hvilken grad Karmøy kommune ivaretar kunnskap om, opplæring i og bruk av kommunens kvalitets- og journalsystem ved sine sykehjem.

Rådmannen tar den framlagte rapporten til etterretning og er tilfreds med at revisjonen konkluderer med at kommunen i det store og hele har et hensiktsmessig opplegg for å sikre bruken av disse systemene på sykehjemmene.

Videre ser rådmannen på de anbefalte forslagene til videre forbedring som konstruktive. Anbefalingene i rapporten, både av generell og konkret karakter, vil utgjøre grunnlaget for kommunens og sykehjemmenes forbedringsarbeid.»

På bakgrunn av undersøkelsene har revisjonen kommet med følgende **anbefalinger**:

Kommunen bør;

Generelt

☐ ***Vurdere om opplæringstilbudet som gis av kommunen i tilstrekkelig grad er avstemt mot behovene i virksomhetene ved å***

- vurdere å sette inn tiltak for å jobbe mer systematisk med kompetansekartlegging, herunder følge kompetansekartleggingene på sykehjemmene tettere opp,***
- vurdere muligheten for å etablere et kompetansestyringssystem for å aggregere resultater fra sykehjemmenes kompetansekartlegginger til et overordnet nivå,***
- vurdere om frekvensen på opplæringstiltak kan økes,***
- vurdere økt bruk av opplæring i regi av helse- og omsorgsetaten.***

Compilo

- *Vurdere tiltak rettet mot ønsket utbredelse og bruk av Compilo, herunder ved å*
 - *Vurdere å definere superbrukere ved alle sykehjem.*
 - *Følge opp virksomhetsledere og avdelingsledere på sykehjemmene slik at de har tilstrekkelig kompetanse til å hente ut og bruke avviksstatistikk fra Compilo.*
 - *Tydeliggjøre for de ansatte hvor avvik i Compilo sendes, hvem som får tilgang til avviket og hvilke utfall og konsekvenser avvikene får.*

Profil

- *Vurdere tiltak rettet mot ønsket utbredelse og bruk av Profil ved å – Vurdere å definere superbrukere ved alle sykehjem.*
- *Sette inn tiltak for å sikre at tilgang til journalsystemet Profil umiddelbart vurderes på nytt når det oppstår endringer i ansattes ansvarsområder eller ansettelsesforhold.*

Sekretariatet viser til rapportens **sammendrag** som ligger fremst i rapporten og revisors vurderinger i rapportens kapitler 2 til 6. I kapittel 2 er sykehjemmene og systemene omhandlet, kapittel 3 om kunnskap og styrende dokumentasjon, kapittel 4 om opplæring og kapittel 5 om bruk av systemene. Ut ifra sine vurderinger har revisor i kapittel 6 kommet fram til flere anbefalinger. Disse er gjengitt ovenfor. For mer detaljer vises det til selve rapporten.

I følge forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 14 skal revisor sende utkast av rapporten til uttalelse til kommunedirektøren. Uttalelsen skal i sin helhet fremgå av rapporten. Uttalelsen fra rådmannen er gjengitt ovenfor/forrige side, og i rapporten under kapittel 7.

Konklusjon

Sekretariatet har gjort en vurdering av at rapporten er av god kvalitet ihht. standardkravene til forvaltningsrevisjonsrapporter (RSK001), og at den er i samsvar med kontroll- og kvalitetsutvalgets bestilling og vedtatt prosjektpåplan. Valg av revisjonskriterier er relevante sett opp mot problemstillingene. Revisors vurderinger og anbefalinger er videre basert på innsamlet materiale, revisjonskriteriene og de metodiske avgrensningene.

Resultatet etter forvaltningsrevisjonen viser at kommunen har forbedringspotensialet, i og med at undersøkelsen avdekker noen forbedringsområder. Sekretariatet vil på den bakgrunn anbefale at kontroll- og kvalitetsutvalget ber kommunestyret vedta at revisjonens anbefalinger blir fulgt opp.

Sekretariatet vil anbefale at det settes en frist for rådmannen til når kommunestyret via kontrollutvalget får tilbakemelding om status for anbefalingene.

En forvaltningsrevisjonsrapport skal systematisk følges opp for å sikre at forvaltningen setter i verk tiltak for å rette opp påviste avvik/svakheter og kontrollutvalget må sørge for at kommunestyrets vedtatte merknader til rapporter følges opp av rådmannen. Det er anbefalt at slik oppfølging skjer fra 6 til 12 måneder etter at rapporten er vedtatt av kommunestyret.

I denne saken kan det være naturlig å sette 9 måneder, da flere av forholdene vil det trenge noe tid å gjennomføre. Tilbakemelding om iverksatte og gjennomførte tiltak vil da kunne bli lagt fram som sak om oppfølging for utvalg/ kommunestyret våren 2022.

I følge rundskriv H-02/06 skal kontrollutvalget innstille direkte til kommunestyret i forbindelse med behandling av forvaltningsrevisjonsrapport.

Aksdal, 10.03.21

Toril Hallsjø (sign.)
Daglig leder/utvalgssekretær



Kvalitets- og journalssystem sykehjem

Forvaltningsrevisjonsrapport
Karmøy kommune

Mars 2021

www.kpmg.no

Forord

Etter vedtak i kontrollutvalget i Karmøy kommune 26.08.2020 sak 30/20 har KPMG gjennomført en forvaltningsrevisjon rettet mot kvalitets- og journalsystem sykehjem. Denne rapporten er svar på kontrollutvalget sin bestilling.

Oppbygging av rapporten

Våre konklusjoner og anbefalinger går frem av sammendraget i rapporten. Kapittel 1 har en innledning til rapporten. Her blir formål, problemstillinger, revisjonskriterier og metode presentert. Kapittel 2 gir bakgrunnsinformasjon om organiseringen av sykehjem i kommunen og kommunens kvalitets- og journalsystem. I kapittel 3-5 blir revisjonskriterier konkretisert, samt at fakta og vurderinger blir presentert. I Kapittel 6 presenterer vi våre anbefalinger. I kapittel 7 er rådmannen sin uttalelse til rapporten tatt inn.

Vi vil takke kommunen for god hjelp i arbeidet vårt med forvaltningsrevisjonen.

Sammendrag

Formålet med forvaltningsrevisjonen er å se i hvilken grad Karmøy kommune ivaretar kunnskap om, opplæring i og bruken av kommunens kvalitets- og journalsystem ved sine sykehjem.

Under er våre vurderinger og anbefalinger. Karmøy kommune bruket bevisst begrepet forbedringssystem i stedet for kvalitetssystem. Vi bruker derfor begrepet forbedringssystem i stedet for kvalitetssystem i vurderingene under, og i rapporten for øvrig. Et forbedringssystem forstås her som det samme som et kvalitetssystem.

Vurderinger

Kunnskap og styrende dokumentasjon

Det er vår vurdering at kommunen i det store og det hele har et hensiktsmessig opplegg for å sikre en hensiktsmessig bruk av journalsystemet og forbedringssystemet. Samtidig finner vi enkelte forbedringsområder.

For det første fremgår det av oversendt dokumentasjon at opplæringsplanen utviklet for ett sykehjem er benyttet av alle. Opplæringsplanen inneholder også navnet til dette sykehjemmet. Vi mener det kan være hensiktsmessig å holde felles planer på nivået over enhetene for å sikre likhet på tvers.

For det andre fremstår kompetansekartleggingen som er et helt sentralt kunnskapsgrunnlag for å planlegge og gjennomføre målrettede opplæringstiltak, som noe vilkårlig og opp til lokal ledelse i den enkelte virksomhet. Vi vurderer at helse- og omsorgsetaten med hensikt kan følge kartleggingene lokalt tettere opp, og samtidig vurdere muligheten for å etablere et kompetansestyringssystem for å aggregere resultatene fra disse til et overordnet nivå. Dette kan være nyttig for å vurdere hensiktsmessigheten av ulike tiltak for kommunen som helhet, samtidig som man kan tilpasse tiltak lokalt.

Opplæring

Vi vurderer at kommunen har gitt opplæring til de aller fleste ansatte innen både Profil og Compilo. Det tegner seg, på bakgrunn av spørreundersøkelsen, også overordnet sett et bilde av et opplæringstilbud som oppfattes som relevant av den enkelte. Herunder oppfatter en stor andel av de ansatte at opplæringen har gitt forståelse for krav i lov og forskrifter. I tillegg oppleves opplæringen å være godt tilpasset den enkeltes rolle og arbeidsoppgaver.

Vi vurderer også at det gjennomgående fremstår som at flere har fått opplæring i og er tilfreds med det faglige utbyttet – enten det gjelder oppdatering innen lovkrav eller at opplæring er tilpasset den enkelte – når det gjelder Profil enn hva som er tilfellet med Compilo. På mange måter er ikke dette unaturlig ettersom Compilo relativt nylig er innført i Karmøy kommune. Allikevel er det vår vurdering at det kan være hensiktsmessig å vurdere særskilte kompetansehevede tiltak for Compilo i tiden fremover for å øke utbyttet av forbedringssystemet. Vi er i forbindelse med faktaverifisering hos kommunen blitt gjort oppmerksom på at kommunen arbeider med en opplæringsplan for Compilo.

Bruk av systemene

De ansatte ved sykehjemmene har tilgang til forbedrings- og journalsystemene. Samtidig vurderer vi at manglende kunnskap om hvordan systemene skal brukes kan vanskeliggjøre bruken av systemene. Dette gjelder i hovedsak Compilo (se figurene 9 og 10).

Vi vurderer at kommunen tilrettelegger for bruk av systemene i den daglige driften. Blant ansatte ved de to sykehjemmene der vi har gjennomført intervjuer er vårt inntrykk at de har nok arbeidsstasjoner tilgjengelig for de ansatte. Samtidig kan tid og kapasitet være en utfordring, særlig knyttet til å lære å bruke systemene. Kommunen har systemansvarlige for forbedrings- og journalsystemene.

- *Compilo*

Det fremkommer av intervjudata og spørreundersøkelsen at de ansatte bruker journalsystemet i større grad enn forbedringssystemet. Etter forvaltningsrevisors vurdering er dette naturlig da forbedringssystemet Compilo er under implementering, og fagsystemer som journalsystemet brukes mer aktivt enn administrative systemer som forbedringssystemet på sykehjemmene. Vi vurderer at det er potensiale knyttet til å få opp bruken av Compilo.

Vi vurderer at det er viktig at kommunen også i tiden fremover opprettholder fokus på bruken av forbedringssystemet slik at de ansatte blir godt kjent med, trygge på og vant med å bruke systemet. Dette inkluderer oppfølging av avdelingsledere slik at de har tilstrekkelig kompetanse til å hente ut avviksstatistikk fra Compilo og bruke dette i avdelingens interne forbedringsarbeid. Vi vurderer også at det er potensiale for å informere de ansatte tydeligere om hvor avvik sendes, hvem som får tilgang til det og hvilke utfall og konsekvenser avvikene får.

- *Profil*

Det fremkommer av intervjudata at det kan ta tid før tilgang til Profil blir fjernet når ansatte slutter. Når ansatte skifter arbeidsgiver blir de sperret ute av kommunens IT-system, og kommer dermed ikke inn i Profil. Dette blir ikke gjort når ansatte skifter arbeidssted internt i kommunen. Vi vurderer at det er risiko for manglende etterlevelse av pasientjournalforskriften § 13 første ledd bokstav e om at «tillatelser til å lese, registrere, redigere, rette, slette, sperre eller på annen måte behandle opplysninger i journalen [...] skal [...] vurderes på nytt når det oppstår endringer i ansvarsområder eller ansettelsesforhold.»

Alle sykehjemmene hadde tidligere minst en superbruker i Profil på hvert sykehjem. Dette er ikke lenger tilfelle grunnet gjennomtrekk blant de ansatte. Forvaltningsrevisor vurderer at dette kan være uheldig da lokale superbrukere kan være gode støttespillere for de ansatte når de skal bruke systemet.

Anbefalinger

Kommunen bør;

Generelt

- ✓ Vurdere om opplæringstilbudet som gis av kommunen i tilstrekkelig grad er avstemt mot behovene i virksomhetene ved å
 - Vurdere å sette inn tiltak for å jobbe mer systematisk med kompetansekartlegging, herunder følge kompetansekartleggingene på sykehjemmene tettere opp
 - Vurdere muligheten for å etablere et kompetansestyringssystem for å aggregere resultater fra sykehjemmenes kompetansekartlegginger til et overordnet nivå
 - Vurdere om frekvensen på opplæringstiltak kan økes
 - Vurdere økt bruk av opplæring i regi av helse- og omsorgsetaten

Compilo

- ✓ Vurdere tiltak rettet mot ønsket utbredelse og bruk av Compilo, herunder ved å

- Vurdere å definere superbrukere ved alle sykehjem.
- Følge opp virksomhetsledere og avdelingsledere på sykehjemmene slik at de har tilstrekkelig kompetanse til å hente ut og bruke avviksstatistikk fra Compilo.
- Tydeliggjøre for de ansatte hvor avvik i Compilo sendes, hvem som får tilgang til avviket og hvilke utfall og konsekvenser avvikene får.

Profil

- ✓ Vurdere tiltak rettet mot ønsket utbredelse og bruk av Profil ved å
 - Vurdere å definere superbrukere ved alle sykehjem.
- ✓ Sette inn tiltak for å sikre at tilgang til journalsystemet Profil umiddelbart vurderes på nytt når det oppstår endringer i ansattes ansvarsområder eller ansettelsesforhold.

Innhold

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn og formål	1
1.2 Problemstillinger	1
1.3 Revisjonskriterier	2
1.4 Metode	2
2. Sykehjem Karmøy kommune	4
2.1 Organisering av sykehjem i Karmøy kommune	4
2.2 Forbedrings- og journalsystem Karmøy kommune	5
3. Kunnskap og styrende dokumentasjon	7
3.1 Revisjonskriterier	7
3.2 Fakta	7
3.3 Vurderinger	11
4. Opplæring	12
4.1 Revisjonskriterier	12
4.2 Fakta	12
4.3 Vurderinger	18
5. Bruk	20
5.1 Revisjonskriterier	20
5.2 Fakta	20
5.3 Vurderinger	32
6. Anbefalinger	33
7. Uttalelse fra rådmannen	34
Vedlegg 1 Dokumentliste	35
Vedlegg 2 Revisjonskriterer	36

1. Innledning

1.1 Bakgrunn og formål

Kontrollutvalget vedtok i møte 26.08.2020 sak 30/20 å bestille en forvaltningsrevisjon av kvalitets- og journalsystem sykehjem fra KPMG.

Formålet med forvaltningsrevisjonen er å se i hvilken grad Karmøy kommune ivaretar kunnskap om, opplæring i og bruken av kommunens kvalitets- og journalsystem ved sine sykehjem.

Undersøkelsen er forbedringsorientert, og har som formål å gi anbefalinger om tiltak hvor det er avvik eller mulige forbedringsområder.

1.2 Problemstillinger

1. Kunnskap (og styrende dokumentasjon)

- 1.1. I hvilken grad finnes det prosedyrer og planer for opplæring?
- 1.2. I hvilken grad ivaretas krav til opplæring i kommunens styrende dokumenter?
- 1.3. Hva er ønskede mål og resultater av opplæringen?
 - 1.3.1. I hvilken grad verifiseres det at disse målene og resultatene er oppnådd?
- 1.4. Hvilke roller gjennomgår opplæring og i hvilken grad er opplæring tilpasset de ulike rollenes behov for kunnskap om systemene?
- 1.5. Hvordan ivaretas behov for oppdatert kunnskap ved endring i systemene?
- 1.6. I hvilken grad finnes det rutiner for internkontroll av dokumentasjon i journalsystemet?

2. (Hensiktsmessig) Opplæring

- 2.1. I hvilken grad sikrer opplæringen at de ansatte får forståelse for krav i gjeldende lover og forskrifter og viktigheten av disse?
- 2.2. I hvilken grad dekker opplæring praktisk bruk av kvalitets- og journalsystem i daglig drift?
- 2.3. I hvilken grad belyses den enkeltes ansvar for bruk av systemene i opplæringen?
- 2.4. I hvilken grad er opplæring tilstrekkelig tilpasset roller og oppgaver?

3. Bruk og utbredelse

- 3.1 I hvilken grad har de ansatte ved sykehjemmene tilgang til kvalitets- og journalsystemene?
- 3.2 I hvilken grad legges det til rette for bruk av systemene i den daglige driften?
- 3.3 I hvilken grad er brukervennlighet vurdert ved valg av kvalitets- og journalsystem?
- 3.4 I hvilken grad bruker de ansatte kvalitets- og journalsystemene i ønsket utstrekning?
- 3.5 I hvilken grad har kommunen rutiner for å sikre god kommunikasjon internt samtidig som taushetsplikten ivaretas?
- 3.6 I hvilken grad er de ansatte ved sykehjemmene kjent med relevant dokumentasjon (herunder rutiner og prosedyrer, brukerveiledninger mv.)?
- 3.7 I hvilken grad brukes kvalitetssystemet til å melde avvik i forbindelse med dokumentasjon?

1.3 Revisjonskriterier

Til problemstillingene stiller vi opp 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. Sentrale kilder til å utlede revisjonskriterier vil være:

- ✓ Kommuneloven
- ✓ Helsepersonelloven
- ✓ Helse- og omsorgstjenesteloven
- ✓ Pasient- og brukerrettighetsloven
- ✓ Personopplysingsloven
- ✓ Pasientjournalloven
- ✓ Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjeneste
- ✓ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- ✓ Pasientjournalforskriften
- ✓ Kommunale vedtak og retningslinjer

1.4 Metode

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i samsvar med krav i RSK001 Standard for forvaltningsrevisjon¹. For å svare ut problemstillingene er følgende teknikker brukt for å samle inn data:

- ✓ Dokumentanalyse
- ✓ Intervju
- ✓ Spørreskjema

Til grunn for rapporten ligger en gjennomgang og analyse av sentrale dokument opp mot revisjonskriteriene. Liste over mottatt og gjennomgått dokumentasjon er tatt inn i vedlegg 1.

Det er gjennomført intervju med 11 personer:

- ✓ Helse og omsorgssjef
- ✓ Omsorgssjef
- ✓ 2 Kvalitetsrådgivere
- ✓ Systemansvarlig Profil
- ✓ Norheim bu- og behandlingsheim
 - Virksomhetsleder
 - Avdelingsleder korttidsavdeling Norheim
 - Avdelingsleder mottaksavdeling Norheim
- ✓ Åkra bu- og behandlingsheim
 - Virksomhetsleder
 - Avdelingsleder somatisk avdeling Åkra
 - Avdelingsleder Demens Fredheim

Intervju har vært en sentral informasjonskilde, og utvalget av personer er basert på forventet informasjonsverdi, personene sin erfaring og formelt ansvar i forhold til forvaltningsrevisjonen sitt formål og problemstillinger. Formålet med intervjuene har vært å få utfyllende og supplerende informasjon til dokumentasjonen vi har mottatt fra kommunen. Data fra intervjuene er verifisert av

¹ Utgitt av Norges Kommunerevisorforbund

respondentene, dvs. at respondentene har fått mulighet til å lese gjennom referatene og gjøre eventuelle korrigeringer.

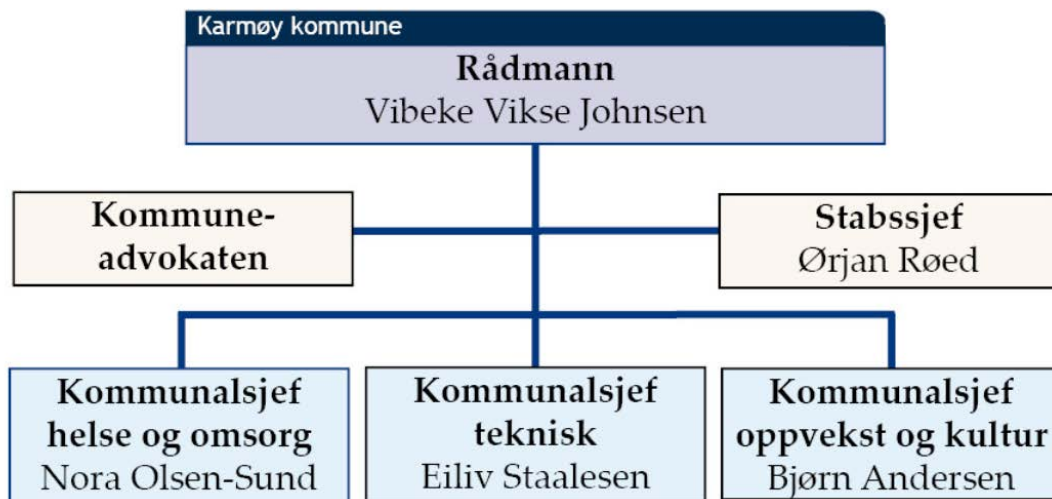
Vi har sendt ut en spørreundersøkelse via spørreskjemaverktøyet questback til de ansatte på kommunens sykehjem. Formålet med spørreundersøkelsen var å få innblikk i hvordan de ansatte opplever kunnskapen om, opplæringen i og bruken av kvalitets- og journalsystemene. Undersøkelsen ble sendt ut til 392 ansatte, alle ansatte på sykehjemmene. 104 av disse svarte på undersøkelsen, noe som gir en svarprosent på 26,5 %. Det gir en feilmargin på 8,2 % i 95 % konfidensintervall, som betyr at vi er 95 % sikre på at dersom alle hadde svart ville svarene vært innenfor +/- 8,2 % av svarene i undersøkelsen. Svarfordelingen i undersøkelsen er, slik vi ser det, fordelt slik at treffsikkerheten er betryggende. Vi bestemte i forkant av utsendelsen av spørreundersøkelsen at svarene ikke kom til å bli brutt ned på lavere nivå til offentlig bruk. Det som fremgår av rapporten gjelder derfor svarene gitt av respondentene fra alle sykehjemmene samlet.

Datainnsamlingen ble avsluttet 31.10.2020. Rapport er sendt rådmannen til uttale den 22.02.2021, med endelig høringsfrist den 09.03.2021.

2. Sykehjem Karmøy kommune

2.1 Organisering av sykehjem i Karmøy kommune

Karmøy kommune er delt inn i tre kommunalområder, underlagt en kommunalsjef:



Figur 1. Organisasjonskart Karmøy kommune.

Sykehjemmene er organisert under kommunalområdet helse og omsorg. Karmøy kommune har seks sykehjem som er geografisk spredt, med variasjon i antall og type sykehjems plasser:

Sykehjem	Antall plasser	Tjenester
Kopervik bu- og behandlingsheim	42	Demens, somatikk og omsorgsboliger
Fredheim bufellesskap	16	Demens
Åkra bu- og behandlingsheim	31	Somatikk og demens
Norheim bu- og behandlingsheim	36	Korttid, mottaksavdeling og kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold/lindrende avdeling
Storesund bu- og behandlingsheim	41	Somatikk og demens
Vea sykehjem	107	Somatikk korttid, somatikk langtid, demens langtid og forsterket skjermet enhet

Tabell 1. Sykehjem Karmøy kommune.

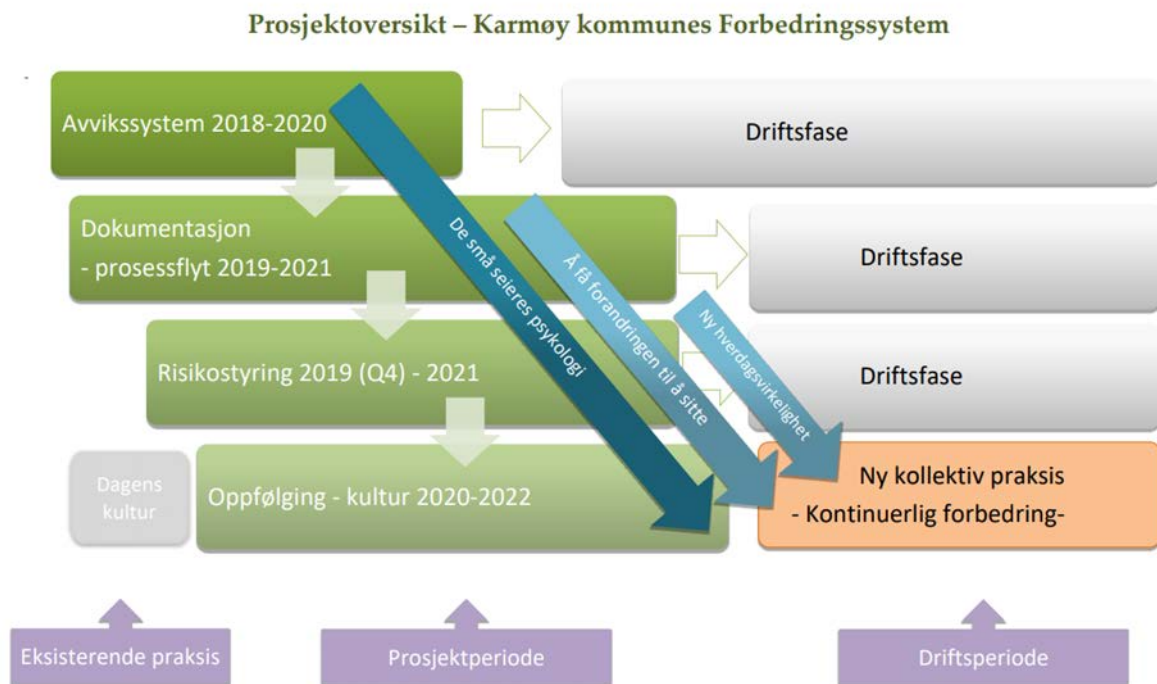
I tillegg har kommunen avtale om kjøp av fem plasser ved Bokn sjukestove i Bokn kommune.

2.2 Forbedrings- og journalsystem Karmøy kommune

Karmøy kommune bruket bevisst begrepet forbedringssystem i stedet for kvalitetssystem. Videre i denne rapporten vil vi derfor bruke begrepet forbedringssystem. Et forbedringssystem forstås her som det samme som et kvalitetssystem.

Karmøy kommune bruker Compilo som forbedringssystem og Profil som journalsystem.

Compilo ble tatt i bruk av kommunen i januar 2019. Karmøy kommune er per tid (februar 2021) i implementeringsfasen av systemet. Systemet skal brukes i hele kommunen, ikke bare på sykehjemmene. Compilo er et elektronisk verktøy for kvalitetsstyring som består av tre moduler – avvik, dokumentasjon og risikostyring. Figuren under viser kommunens plan for implementering av Compilo:



Figur 2. Plan for implementering av Compilo.

Kommunen har hatt fokus på og holder på å implementere avviksmodulen. Videre har man startet arbeidet med å implementere dokumentasjonsmodulen, hvor styrende dokumentasjon legges inn i Compilo. Før kommunen tok i bruk Compilo hadde man en kvalitetshåndbok som fungerte som forbedringssystem. Denne kvalitetshåndboken vil fortsatt være gjeldende i en overgangsfase frem til nytt forbedringssystem er implementert. Det fremkommer av intervju at mange dokumenter er på papir, og at digitalisering av disse vil være en del av arbeidet med å implementere dokumentasjonsmodulen. Compilo har også en risikostyringsmodul, som kommunen også skal implementere i forbedringssystemet. Kommunen opplyser om at man har startet å implementere denne modulen i noen av virksomhetene i kommunen. Dette gjelder ikke sykehjemmene. Samtidig som man arbeidet med å implementere modulene arbeider man aktivt med og følger opp kulturen for bruken av systemet.

Profil er et elektronisk basert journalsystem som ivaretar faglig arbeid innenfor pleie, omsorg, rehabilitering og helse. Profil brukes blant annet til å skrive rapporter og utarbeide tiltaksplaner, og dokumentasjonen blir lagret i pasientenes journalmapper. Profil har blitt brukt i lang tid, i over 20 år, og systemet har gradvis blitt utviklet for å ivareta krav og plikter til helse- og omsorgstjenestene.

3. Kunnskap og styrende dokumentasjon

3.1 Revisjonskriterier

I kapittel 3 svarer vi på problemstilling 1. Kunnskap (og styrende dokumentasjon).

Revisjonskriterier er utledet fra:

- ✓ Kommuneloven
- ✓ Helsepersonelloven
- ✓ Helse- og omsorgstjenesteloven
- ✓ Pasient- og brukerrettighetsloven
- ✓ Personopplysningsloven
- ✓ Pasientjournalloven
- ✓ Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjeneste
- ✓ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- ✓ Pasientjournalforskriften
- ✓ Kommunale vedtak og retningslinjer

For utdyping av revisjonskriterier viser vi til vedlegg 2.

3.2 Fakta

3.2.1 Prosedyrer og planer for opplæring

Karmøy kommune har dokumentasjon med prosedyrer og planer for opplæring på flere nivåer. Dokumentene fremstår for revisjonen som noe orientert mot enkeltvirksomheter i kommunen. Det foreligger videre retningslinjer for dokumentasjon i pasientjournalssystemet Profil (som i stor grad lener seg på relevante lover og forskrifter). Tilsvarende fremgår det av mottatt dokumentasjon et reglement for avvikshåndtering som omtaler mye av det som er daglig bruk av forbedringssystemet Compilo (avviksmodulen i systemet).

På virksomhetsnivå merker revisjonen seg prosedyren «Informasjon og opplæring for nyansatte, lærlinger og faste vikarer ved Veia sykehjem». Dokumentet ble bestilt av Veia sykehjem når dette sykehjemmet var nytt. Dokumentet er videreformidlet til de andre sykehjemmene. Veia har sterkest eierskap til dokumentet, men det brukes også av de andre sykehjemmene. Mange dokumenter utarbeides av etaten, som sykehjemmene kan tilpasse lokale forhold om de ønsker det. Prosedyren beskriver informasjon og opplæring til nyansatte. Det første punktet på listen over tema som skal gås gjennom i opplæringen er forbedringssystemet (Compilo). Under dette punktet er det også et underpunkt om aktuelle lover og forskrifter. Dette skal gås gjennom av leder. I den konkrete beskrivelsen skildrer kommunen hva denne gjennomgangen skal inneholde. Der er det vist til at det finnes en perm merket kvalitetshåndboken på vaktrommene. Det er også gitt anvisning om at det kan være aktuelt å føre avvik ved rapportering av skade på ansatte.

I den overnevnte prosedyrens andre del er det første punktet dokumentasjonsplikt, profil og IPLOS. Det tredje punktet er avviksregistrering og det syvende arkivering. Dette skal gås gjennom av avdelingsleder under opplæring. I den konkrete beskrivelsen vises det til at det er en perm merket dataveileder på vaktrommene. Det er avdelingsleders ansvar å sørge for at denne er oppdatert. Videre er det presisert at den enkelte ansatte selv har ansvar for å etterspørre nødvendig opplæring i Profil og IPLOS og at alle som yter helsehjelp har dokumentasjonsplikt.

Kommunen deler avvik inn i tre kategorier: avvik som gjelder den enkelte pasient, avvik i forhold til narkotikaregnskapet og andre avvik. Førstnevnte skal skrives i Profil, den andre i avviksskjema på medisinnrommet og sistnevnte i avvikssystemet. Det er videre skildret hvordan avvikssystemet kan nås via mobil, nettbrett, PC på kommunalt nettverk og PC utenfor kommunalt nettverk. I prosedyreskjemaet er det også en egen lenke til det elektroniske avviksskjemaet.

I «Reglement for avvikshåndtering» vises det til følgende definisjon av avvik: «Definisjon av avvik må tilpasses den enkelte virksomhets/enhets størrelse, risikoer og egenart». I dokumentet «opplæring nyansatte – Veia sykehjem» fremkommer det at «Karmøy kommune bruker følgende definisjon av avvik: Et avvik er brudd på regler, prosedyrer eller vedtak som ansatte i kommunen er bundet av.»

Kommunen har et nanokurs for nyansatte hvor det er 14 sesjoner på to til fem minutter hver. Det går frem av oversikten over sesjoner at en av sesjonene er *Karmøy kommunes forbedringssystem Compilo*. Kommunen skal skifte fra nanokurs til KS-læring. Årsaken er at det blir enklere for de ansatte når kursene er samlet i én portal og at det blir lettere for kommunen å holde oversikt med gjennomførte kurs. Frem til nå har kommunen hatt kurs i ulike portaler. I KS-læring kan kommunen ta ut statistikk over gjennomførte kurs. De kan gjøre dette i de enkelte læringsportalene i dag også, men med én læringsportal blir statistikken samlet og mer oversiktlig.

Kommunen har fem elektroniske KSX-manualer for opplæring i forbedringssystemet. De er avviksmodule, dokumentmodule, RDS module, startside og system.

Opplæringen er praktisk rettet og skjer i stor grad ved at de ansatte læres opp gjennom praktisk bruk av systemene.

3.2.2 Ivaretagelse av krav til opplæring i kommunens styrende dokumenter

Kommunen har et styrende dokument som peker på kompetansekrav hva gjelder ulike yrkesgrupper i sektoren. Dokumentet «Krav til kompetanse for ulike yrkesgrupper i forhold til bruken av pasientjournalssystemet Profil» inneholder en beskrivelse av dokumentasjonsplikten og oppgavene i Profil for tilsynslege, avdelingsleder, sykepleier/vernepleier, fagarbeider og assistent. Dokumentasjonsplikten er tatt inn som vedlegg i dokumentet. Dokumentet skildrer konkrete krav til yrkesutøvernes kompetanse i bruken av Profil. Kommunen har opplyst at kompetansekravene er opplæringsmålene for opplæringen i systemet.

For eksempel er det definert at sykepleier/vernepleier skal ha kompetanse til å:

- ✓ Finne og lese sammenfatning og hovedmålsetting
- ✓ Finne og lese tiltak, mål, ressurser og evaluering
- ✓ Opprette nye tiltak, mål, ressurser og evaluering
- ✓ Endre tiltak
- ✓ Evaluere tiltak
- ✓ Avslutte tiltak
- ✓ Skrive rapport- hva og hvordan
- ✓ Kunne melde avvik i profil, kunnskaper om hva som er et avvik i profil
- ✓ Finne og skrive i ulike skjema
- ✓ Låse skjema

- ✓ Finne og skrive i målinger
- ✓ Finne hovedkortet og vite hvilken info som ligger der
- ✓ Oversikt plan rapport- hvordan bruke den.
- ✓ Fag –hva ligger her
- ✓ Utskrift
- ✓ Vite hvem i avd/virksomhet som skriver ut journaler til pasient/pårørende.

Prosedyren for informasjon og opplæring av nyansatte, lærlinger og faste vikarer ved Veia sykehjem inneholder en sjekkliste hvor det også er satt av plass til egne kommentarer knyttet til det enkelte punkt i prosedyren. Sjekklisten gir et godt utgangspunkt for å følge opp at oppgaver knyttet til kompetansekravene etterleves i praksis.

3.2.3 Ønskede mål og resultater av opplæringen

I de påfølgende avsnittene ser vi på mål og ønskede resultater knyttet til Profil og Compilo. Vi ser og på hvordan måloppnåelse vurderes.

3.2.3.1 Hva er ønskede mål og resultater av opplæringen?

Virksomhetene har oversikt over kompetansebehovet og behovet for opplæring. Dette gjelder både for faglig utvikling, men også for styring av prosessen for søknader om videreutdanning.

Compilo

Det fremkommer av intervjudata at målet med opplæringen i Compilo er å få kvalitet på tjenestene, samt at de ansatte forholder seg til lover og regler. I tillegg ønsker man å få belyst om ting ikke fungerer slik de burde gjøre. Compilo skal være et levende verktøy og de ansatte skal få respons på det de melder fra om. Det er også et mål å ta ut statistikk som brukes for å se hva kommunen kan forbedre seg på.

Av intervju fremgår det at det blir tatt ut statistikk fra Compilo i ledersamlinger. Enhetene kan ta ut statistikk i personalmøter. Det fremkommer av intervjudata at avdelingslederne i ulik grad har kompetanse til å ta ut og bruke denne statistikken. Denne statistikken blir fulgt opp i ledersamlinger og personalmøter, hvor man blant annet vurderer hvordan kommunen skal arbeide med systemet og hvordan avviksmeldingene skal brukes for å få en kultur for å bruke systemet.

Profil

Målet med opplæringen i Profil er at det skal være god dokumentasjon på utøvd helsehjelp. Journalen skal si noe om hva pasienten har fått av tjenester og hvordan pasienten har respondert på dette. Alle sykehjemmene har en kompetansejennomgang og kompetanseplaner. Det er ulike fokusområder i disse kompetanseplanene. Sykehjemmene skal gjøre disse kompetansejennomgangene minimum en gang i året i forbindelse med kompetanseplanen.

De ansatte blir bedt om å gjøre en egenevaluering av sin kompetanse i bruk av Profil i forbindelse med opplæringen. Kommunen benytter skjemaene *Vurdering av ansattes dokumentasjons-/profil kunnskaper og Kompetansekartlegging – Profil* i egenevalueringen. I det førstnevnte skjemaet vurderer de ansatte kompetansen sin på en skala fra veldig dårlig (1) til veldig god (10). De fem punktene de ansatte vurderer kompetansen sin etter er:

- ✓ I hvilken grad er du kjent med lovverk som regulerer din plikt til å dokumentere?
- ✓ Vurder deg selv hvor god er du i profil.

- ✓ I hvilken grad mener du at tiltak og de daglige rapportene som skrives i profil har et oppdatert og relevant innhold?
- ✓ I hvilken grad opplever du at glemt passord er til hinder for dokumentasjons arbeid i avdelingen?
- ✓ I hvilken grad opplever du at kollegaer som er på jobb sammen med deg er innstilt på å hjelpe deg dersom du trenger hjelp i Profil?

I det andre skjemaet, *Kompetansekartlegging – Profil*, blir de ansatte bedt om å svare ja eller nei på 33 spørsmål delt inn i åtte kategorier; *pålogging, pasientjournal, plan/rapport, medisiner, elektroniske meldinger, IPLOS, saksbehandling og annet*.

3.2.3.2 I hvilken grad verifiseres det at disse målene og resultatene er oppnådd?

Når det gjelder forbedringssystemet Compilo er det ingen spesifikke rutiner og verktøy for evaluering av opplæringen på nåværende tidspunkt. I følge kommunen har klasseromsundervisning for ledere fungert godt med direkte tilbakemeldinger fra de som har deltatt på kursene. Ved gjennomføring av opplæring via KS portalen vil det på sikt kunne legges inn både evalueringer og tester.

Kommunen oppgir at det har ikke vært etablert system for evaluering av opplæring i journalsystemet. Kommunen har et eget skjema for å vurdere ansattes kunnskaper og kompetanse i Profil, et som handler om dokumentasjon og et som omhandler kompetanse generelt. Skjemaet for å vurdere kompetanse på dokumentasjon i Profil er et egenvurderingsskjema der den ansatte skal vurdere seg selv på en skala fra 1 til 10 på fem relativt overordnede spørsmål. Skjemaet for å kartlegge generell kompetanse i Profil er også et egenvurderingsskjema hvor den ansatte skal krysse av på ja eller nei på en rekke oppgaver og temaer avhengig av om vedkommende har kompetanse på oppgaven/temaet eller ikke.

3.2.4 Roller som gjennomgår opplæring i systemene

De ansatte starter opplæringen med det daglige behovet man har for å kunne bruke systemet effektivt, og hvordan man skal dokumentere helsehjelpen. Så må de utvide og tilpasse opplæringen underveis. De klarer ikke lære alt de første dagene. Det er fokus på praktisk bruk og at de ansatte kan lære av hverandre. Det finnes brukermanualer i Compilo og Profil som er lett tilgjengelig. Men de fleste spør heller kollegaene, dette oppleves som lettere og mer effektivt enn å lete i en manual. De ansatte leter i manualer om det er noe de ikke får til eller ikke kan spørre kollegaene om. De ansatte får tett kollegaoppfølging på det grunnleggende ved systemet.

I dokumentet *Krav til kompetanse for ulike yrkesgruppene i forhold til dokumentasjon og bruken av profil* beskrives kravene til de enkelte yrkesgruppene (se kap 3.2.2).

3.2.5 Ivaretagelse av behov for oppdatert kunnskap ved endring i systemene

Compilo

Endringer i forbedringssystemet Compilo kommer frem av brukermanualene utarbeidet av leverandøren. Superbruker i Compilo informerer i ulike kommunikasjonskanaler ved ytterligere behov. Av intervju fremgår det at når det kommer nye versjoner av systemet så sender gjerne superbruker ut melding om dette. Informasjonen kan også legges ut på intranettsiden.

Kommunen får tilbakemeldinger på hva som oppleves å ikke fungere godt nok og hva som kan bli bedre av de ansatte. Tilbakemeldingen fra ledelsen i helse- og omsorgsetaten er at dette blir fulgt opp av etaten men at leverandøren i varierende grad følger opp tilbakemeldingene.

Profil

Kommunen oppgir at ved endringer i journalsystemet er praksis at administrator for Profil sender ut e-post til virksomhetsledere ved endring i system eller arbeidsrutiner. På etterspørsel/ved behov tilbys ytterligere opplæring. E-posten inneholder informasjon om eventuell nedetid av systemet ved oppgradering i tillegg vedlagt dokumentasjon om endringene. Forvaltningsrevisor har fått tilsendt et eksempel på et slikt versjonsnotat om endringer i systemet. Denne beskriver endringene i systemet og gir eksempler på hvordan nye funksjonaliteter skal brukes. Brukerveileder og kursdokumentasjon er også til enhver tid tilgjengelig for ansatte som bruker Profil på sikker sone.

3.2.6 Rutiner for internkontroll av dokumentasjon i journalsystemet

Kommunen har rutiner for å sjekke journalsnoking og ta stikkprøver av journaler for å avdekke feil. De bruker også tilsyn og klagesaker som veiledere på om dokumentasjonen er tilstrekkelig. Av intervju fremgår det at de bruker dette aktivt i tjenesteutviklingen.

3.3 Vurderinger

Det er vår vurdering at kommunen i det store og det hele har et hensiktsmessig opplegg for å sikre en hensiktsmessig bruk av journalsystemet og forbedringssystemet. Samtidig finner vi enkelte forbedringsområder.

For det første fremgår det av oversendt dokumentasjon at opplæringsplanen utviklet for ett sykehjem er benyttet av alle. Opplæringsplanen inneholder også navnet til dette sykehjemmet. Vi mener det kan være hensiktsmessig å holde felles planer på nivået over enhetene for å sikre likhet på tvers.

For det andre fremstår kompetansekartleggingen som er et helt sentralt kunnskapsgrunnlag for å planlegge og gjennomføre målrettede opplæringstiltak, som noe vilkårlig og opp til lokal ledelse i den enkelte virksomhet. Vi vurderer at helse- og omsorgsetaten med hensikt kan følge kartleggingene lokalt tettere opp, og samtidig vurdere muligheten for å etablere et kompetansestyringssystem for å aggregere resultatene fra disse til et overordnet nivå. Dette kan være nyttig for å vurdere hensiktsmessigheten av ulike tiltak for kommunen som helhet, samtidig som man kan tilpasse tiltak lokalt.

4. Opplæring

4.1 Revisjonskriterier

I kapittel 4 svarer vi på problemstilling 2 (Hensiktsmessig) Opplæring.

Revisjonskriterier er utledet fra:

- ✓ Kommuneloven
- ✓ Helsepersonelloven
- ✓ Helse- og omsorgstjenesteloven
- ✓ Pasient- og brukerrettighetsloven
- ✓ Personopplysningsloven
- ✓ Pasientjournalloven
- ✓ Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjeneste
- ✓ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- ✓ Pasientjournalforskriften
- ✓ Kommunale vedtak og retningslinjer

For utdyping av revisjonskriterier viser vi til vedlegg 2.

4.2 Fakta

4.2.1 Opplæring i systemene

Forbedringssystem

Lederne på sykehjemmene har fått opplæring i systemet av helse- og omsorgsetaten. Her har det blitt avholdt klasseromsundervisning i bruk av forbedringssystemet med hovedfokus på melding om og håndtering av avvik. Undervisningen foregår "live" i systemet og følgende tema/punkter gjennomgås:

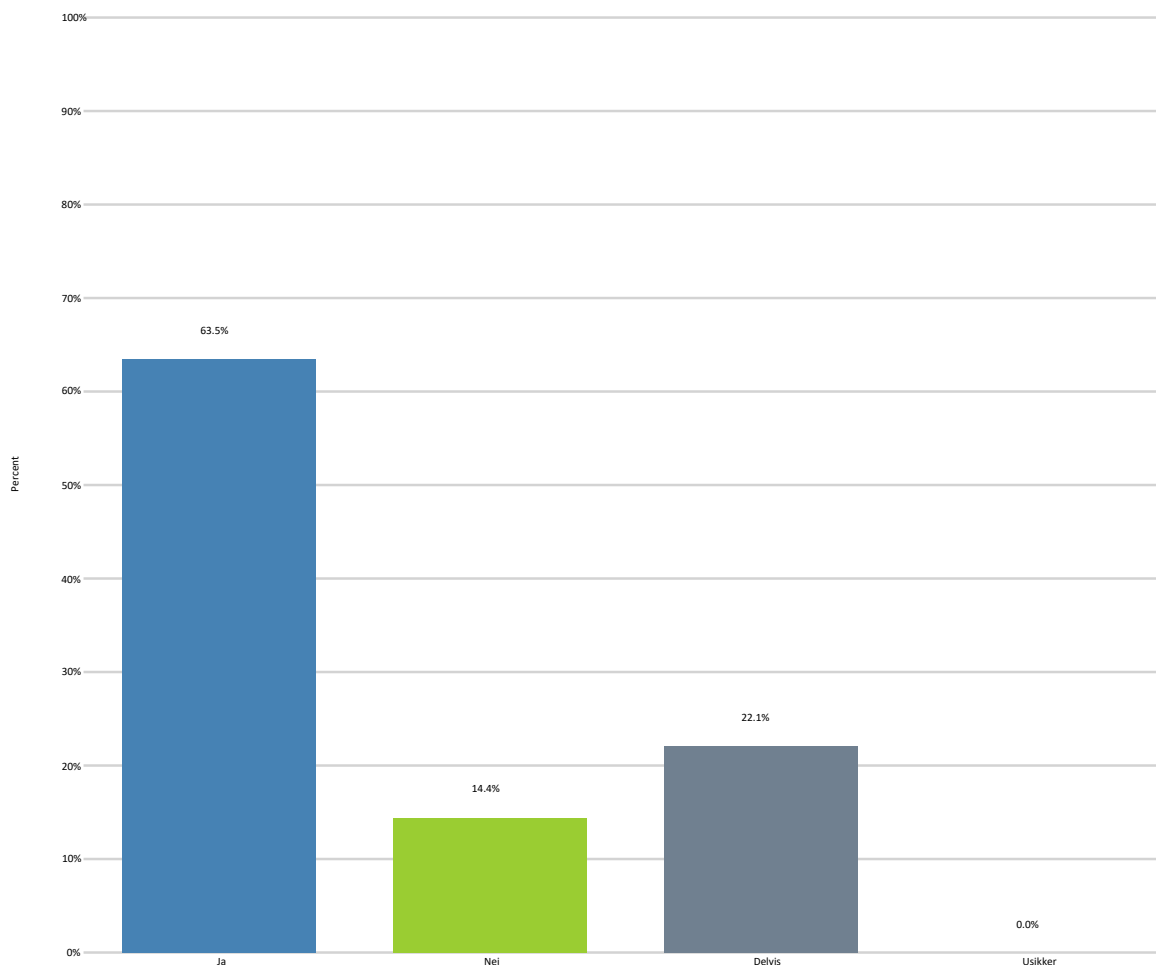
- ✓ Hva er et forbedringssystem - formål
- ✓ Hva er avvik og uønskede hendelser
- ✓ Hvordan melde avvik og uønskede hendelser
- ✓ Hvordan behandle avvik
- ✓ Når er et avvik "lukket"
- ✓ Hvordan finne dokumenter (prosedyrer, sjekklister ol) i forbedringssystemet
- ✓ Statistikk

Lederne på sykehjemmene har videre ansvar for å gjennomføre opplæring av de ansatte på sykehjemmene i systemet. Sykehjemmene har fokus på kollega til kollega veiledning. Det fremheves at det er viktig at opplæringen inneholder slik praktisk bruk av systemet, og at dette for mange er en

effektiv opplæringsform. Journal- og forbedringssystemer er dynamiske systemer der det stadig tilkommer forbedringer, forenklinger og endringer i tråd med blant annet teknologisk og juridisk utvikling.

Noen (3) respondenter i spørreundersøkelsen melder i fritekstfeltet om at Compilo er tungvint å bruke. Når det gjelder opplæring etterlyser flere (8) respondenter mer opplæring i Compilo. Det etterlyses også større grad av systematikk i arbeidet med å holde kunnskapen ved like. Et konkret forslag som luftes i fritekstfeltet i spørreundersøkelsen er å ha slik opplæringsaktivitet årlig.

I spørreundersøkelsen stilte vi spørsmål til den enkelte ansatte om de hadde fått opplæring i Compilo. Under følger en figur som viser oversikten over mottatte svar på spørsmålet i spørreundersøkelsen.



Figur 3: Har du fått opplæring i forbedringssystemet Compilo? N=104.

Som figuren over viser svarer 63,5 % av respondentene at de har fått opplæring i Compilo. 22,1 % svarer at de delvis har fått opplæring, og 14,4 % svarer at de ikke har fått opplæring.

Journalssystem

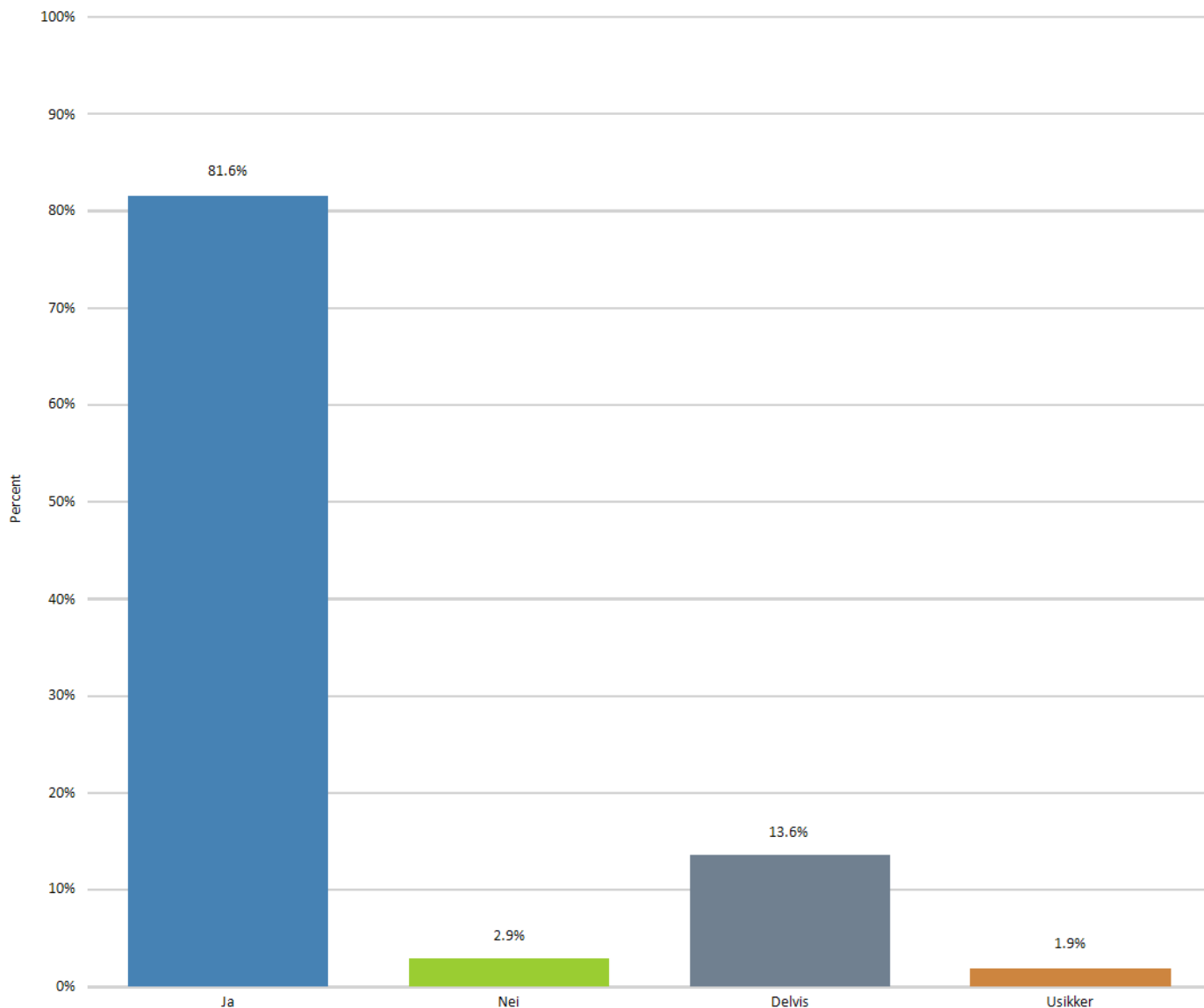
Mye av opplæringen i Profil har akkurat som i Compilo foregått gjennom kollega til kollegaveiledning. Slik praktisk bruk av systemet oppleves som en viktig og effektiv opplæringsform.

Helse- og omsorgsetaten har i noen tilfeller vært ute på sykehjemmene og gjennomført opplæring i systemet. Det fremkommer av intervjudata at det oppleves at denne opplæringsformen har best effekt, og at det er viktig å bruke konkrete eksempler. Det fremheves at det kanskje kan være hensiktsmessig

å bruke denne opplæringsformen i større grad. Det poengteres at helse- og omsorgsetaten er tilgjengelige og stiller opp om sykehjemmene ønsker at de kommer ut til virksomhetene for å gjennomføre opplæring i systemene.

Noen (4) respondenter i spørreundersøkelsen melder i fritekstfeltet om at Profil er tungvint å bruke. For Profil er det også meldt tilbake (1) i fritekstfeltet at systemet er enkelt i bruk. Når det gjelder opplæring etterlyser noen (4) mer opplæring i Profil. Det etterlyses også større grad av systematikk i arbeidet med å holde kunnskapen ved like. Et konkret forslag som luftes i fritekstfeltet i spørreundersøkelsen er å ha slik opplæringsaktivitet årlig.

I spørreundersøkelsen stilte vi spørsmål til den enkelte ansatte om de hadde fått opplæring i Profil. Under følger en figur som viser oversikten over mottatte svar på spørsmålet i spørreundersøkelsen.



Figur 4: Har du fått opplæring i journalsystemet profil? N= 103

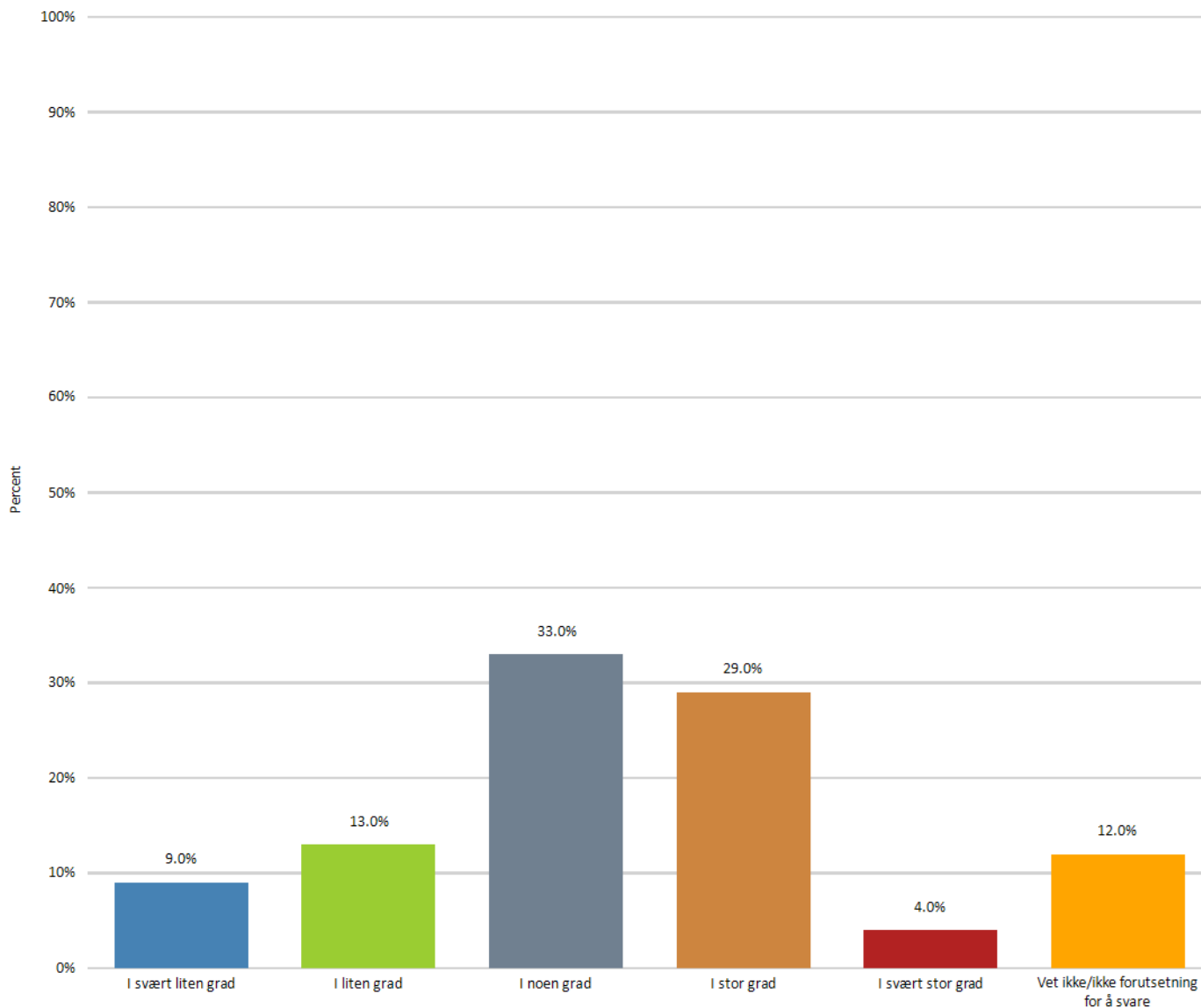
Som figuren over viser svarer 81,6 % av respondentene at de har fått opplæring i Profil. 13,6 % svarer at de delvis har fått opplæring, mens 2,9 % svarer at de ikke har fått opplæring i systemet.

Sammenlignet med figur 3 om opplæring i Compilo svarer flere respondenter at de har fått opplæring i journalsystemet enn i forbedringssystemet. Tilsvarende svarer flere at de ikke har fått opplæring i

forbedringssystemet enn i journalsystemet. Dette har muligens sammenheng med at forbedringssystemet Compilo er under implementering, mens journalsystemet Profil har blitt brukt i mange år.

4.2.2 Forståelse for krav i gjeldende lover og forskrifter og viktigheten av disse

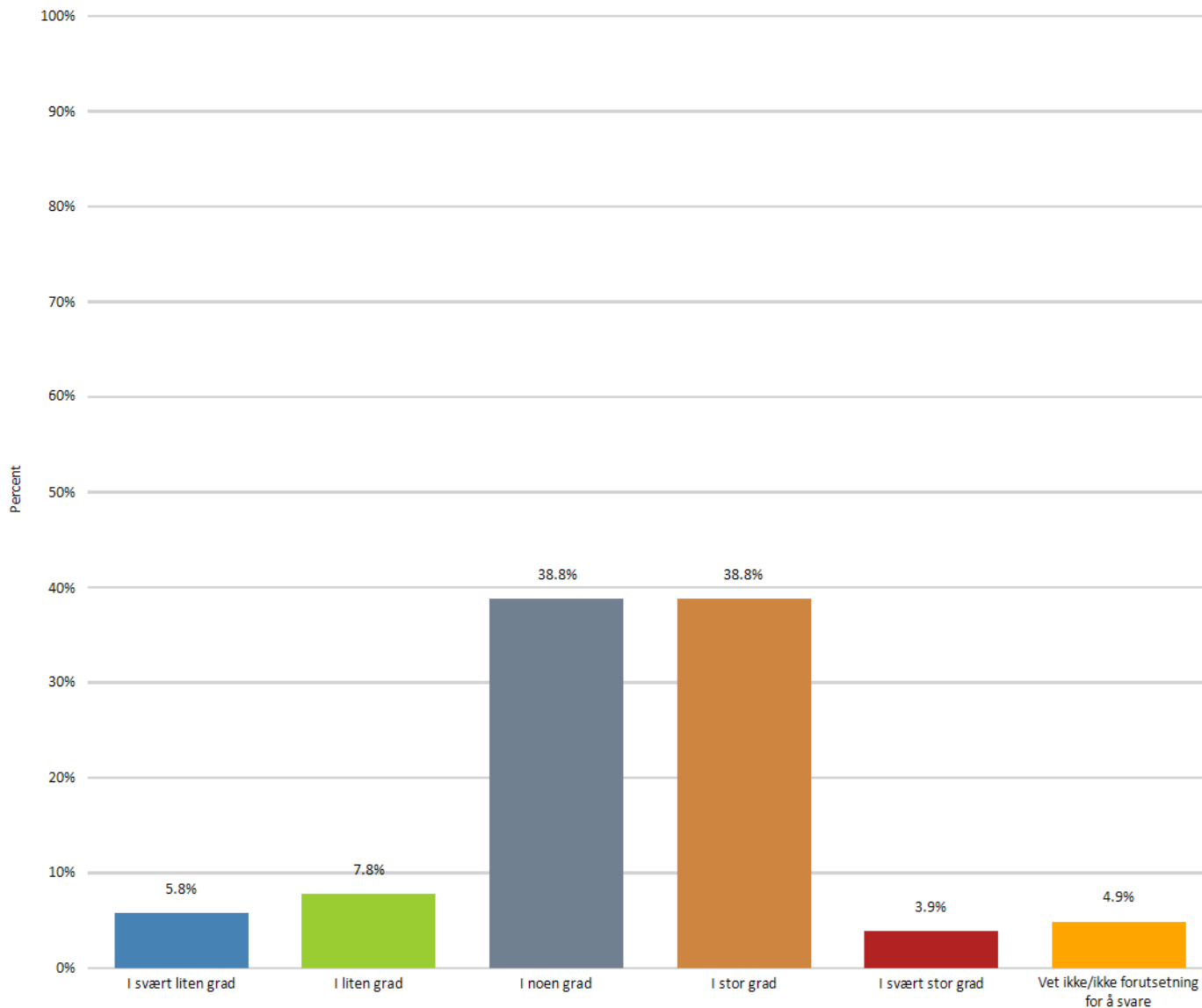
Det fremgår av mottatt dokumentasjon at det foreligger retningslinjer for dokumentasjon i profil og retningslinjer for avvikshåndtering som knytter seg opp mot relevante lover og forskrifter, samt kommunens definisjoner knyttet til arbeid med avvikshåndtering i Compilo. I spørreundersøkelsen spurte vi de ansatte om i hvilken grad de opplever at opplæringen i forbedringssystemet gir forståelse for krav i gjeldende lover og forskrifter. Under følger en figur som viser fordelingen av disse svarene.



Figur 5: I hvilken grad opplever du at opplæringen i forbedringssystemet gir deg forståelse for krav i gjeldende lover og forskrifter. N=100.

Som figuren over viser svarer 31 % av respondentene at opplæringen i stor eller svært stor grad gir forståelse for krav i gjeldende lover og forskrifter. 22 % svarer at opplæringen i liten eller svært liten grad gir forståelse for krav i gjeldende lover og forskrifter. Videre svarer 33 % at opplæringen i noen grad gir forståelse for krav i gjeldende lover og forskrifter.

Vi spurte også de ansatte om i hvilken grad de opplever at opplæringen i journalsystemet gir en bedre forståelse for krav i gjeldende lover og forskrifter.



Figur 6: I hvilken grad opplever du at opplæringen i journalsystemet gir deg forståelse for krav i gjeldende lover og forskrifter? N=103.

Som figuren over viser svarer vel 43 % av respondentene at opplæringen i stor eller svært stor grad gir forståelse for krav i gjeldende lover og forskrifter. Vel 14 % svarer at opplæringen i liten eller svært liten grad gir forståelse for krav i gjeldende lover og forskrifter. Videre svarer 38,8 % at opplæringen i noen grad gir forståelse for krav i gjeldende lover og forskrifter.

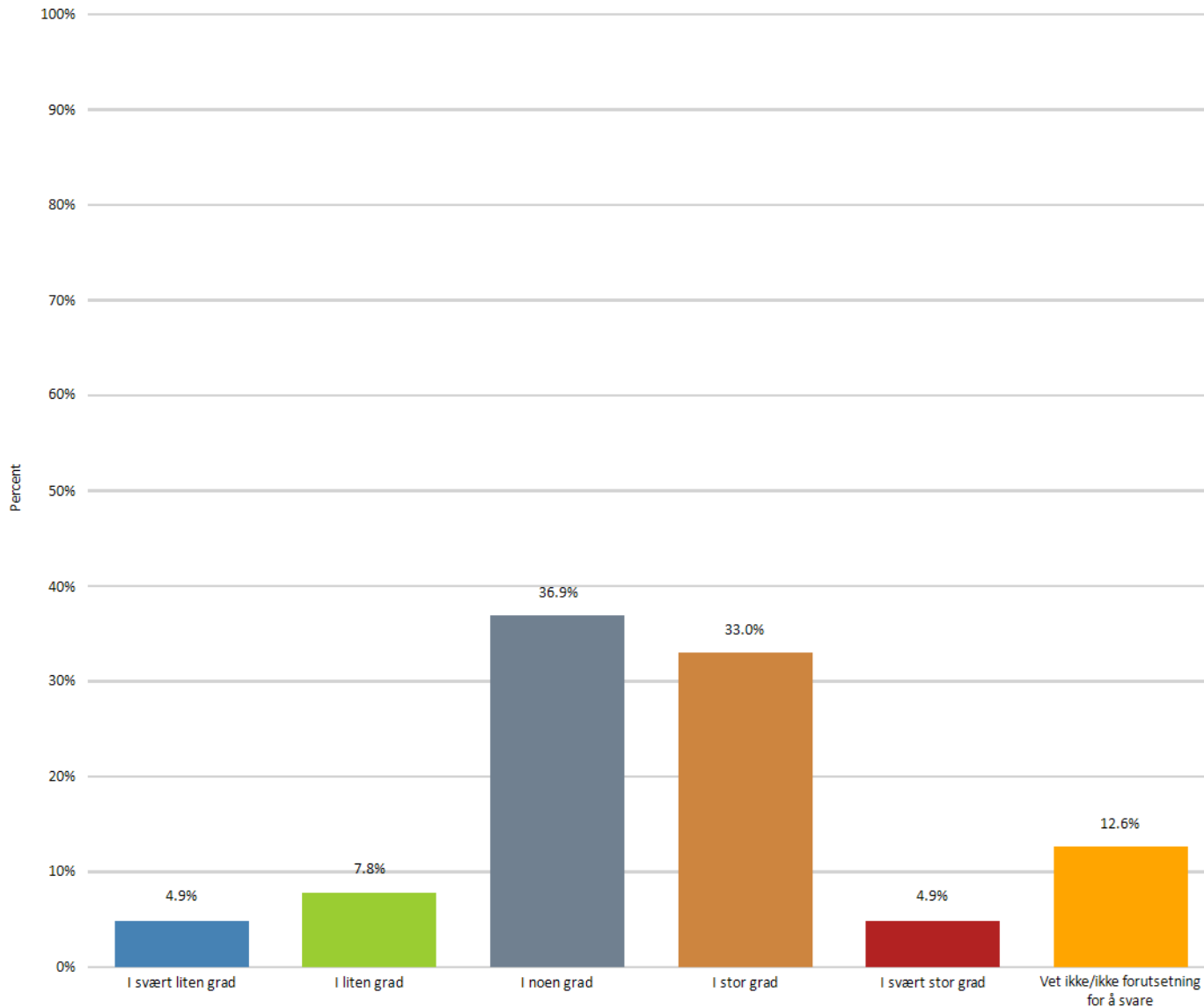
Sammenlignet med figur 5 om opplæring i forbedringssystemet gir flere respondenter uttrykk for at opplæringen i journalsystemet gir dem forståelse for krav i gjeldende lover og forskrifter enn hva opplæringen i forbedringssystemet gjør.

Av intervju fremgår det at det er en oppfatning om at hver arbeidsplass må være flinkere å gjennomgå gjeldende lovverk og tiltaksplaner. Forståelsen for viktigheten av dokumentasjon er veldig viktig. Gode og beskrivende tiltaksplaner er tidsbesparende og gir forbedret kvalitet på rapporter og

dokumentasjon. Det er viktig med kunnskap om hva som er riktige opplysninger og hva som er viktige. Det trengs generelt bedre oppfølging av de ansatte som bruker systemet i daglig drift.

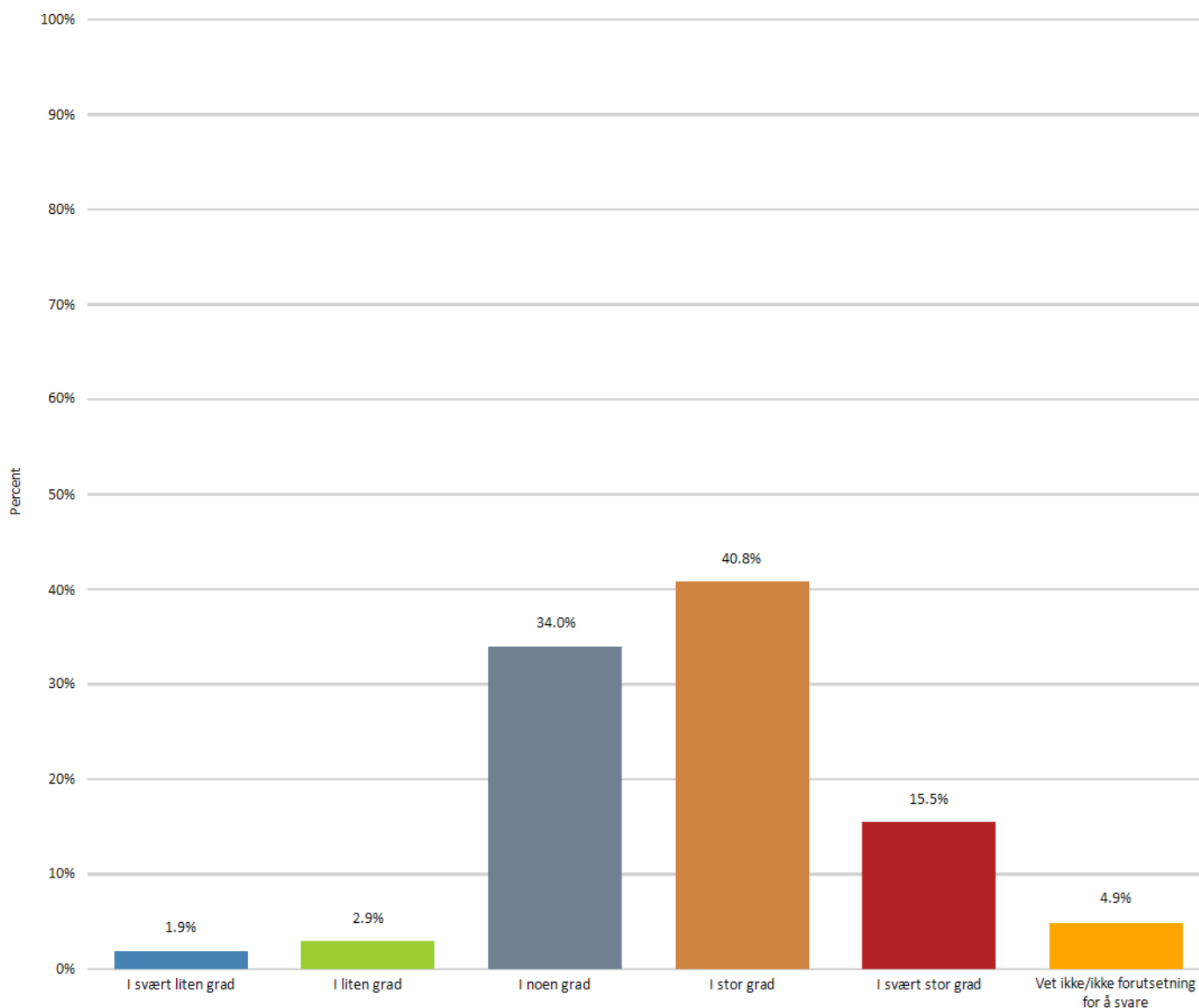
4.2.3 Opplæring tilpasset roller og oppgaver

Som vi var inne på i avsnitt 3.2.2 er det satt forskjellige kompetansekrav til forskjellige roller og oppgaver i helse- og omsorgssektoren i Karmøy kommune hva gjelder bruken av Profil og bruken av Compilo. I de påfølgende figurene viser vi svarene på spørreundersøkelsen hva gjelder spørsmålet om i hvilken grad de ansatte oppfatter at opplæringen de har blitt gitt i bruk av journal og forbedringssystemene var tilpasset behovet de har i sin stilling.



Figur 7: I hvilken grad synes du opplæringen i forbedringssystemet var tilpasset behovet du har i din stilling? N=103.

Som figuren over viser svarer om lag 38 % av respondentene at opplæringen i stor eller svært stor grad var tilpasset behovet respondenten har i sin stilling. Vel 13 % svarer at opplæringen i liten eller svært liten grad var tilpasset behovet respondenten har i sin stilling. Videre svarer 36,9 % at opplæringen i noen grad var tilpasset behovet respondenten har i sin stilling.



Figur 8: I hvilken grad synes du opplæringen i journalsystemet var tilpasset behovet du har i din stilling? N=103.

Som figuren over viser svarer vel 56 % av respondentene at opplæringen i stor eller svært stor grad var tilpasset behovet respondenten har i sin stilling. Vel 5 % svarer at opplæringen i liten eller svært liten grad var tilpasset behovet respondenten har i sin stilling. Videre svarer 34 % at opplæringen i noen grad var tilpasset behovet respondenten har i sin stilling.

Sammenlignet med figur 7 om opplæring i forbedringssystemet gir flere respondenter uttrykk for at opplæringen i journalsystemet i større grad var tilpasset behovet respondenten har i sin stilling.

4.3 Vurderinger

Vi vurderer at kommunen har gitt opplæring til de aller fleste ansatte innen både Profil og Compilo. Det tegner seg, på bakgrunn av spørreundersøkelsen, også overordnet sett et bilde av et opplæringstilbud som oppfattes som relevant av den enkelte. Herunder oppfatter en stor andel av de ansatte at

opplæringen har gitt forståelse for krav i lov og forskrifter. I tillegg oppleves opplæringen å være godt tilpasset den enkeltes rolle og arbeidsoppgaver.

Vi vurderer også at det gjennomgående fremstår som at flere har fått opplæring i og er tilfreds med det faglige utbyttet – enten det gjelder oppdatering innen lovkrav eller at opplæring er tilpasset den enkelte – når det gjelder Profil enn hva som er tilfellet med Compilo. På mange måter er ikke dette unaturlig ettersom Compilo relativt nylig er innført i Karmøy kommune. Allikevel er det vår vurdering at det kan være hensiktsmessig å vurdere særskilte kompetansehevende tiltak for Compilo i tiden fremover for å øke utbyttet av forbedringssystemet. Vi er i forbindelse med faktaverifisering hos kommunen blitt gjort oppmerksom på at kommunen arbeider med en opplæringsplan for Compilo.

5. Bruk

5.1 Revisjonskriterier

I kapittel 5 svarer vi på problemstilling 3. «Bruk og utbredelse»?

Revisjonskriterier er utledet fra:

- ✓ Kommuneloven
- ✓ Helsepersonelloven
- ✓ Helse- og omsorgstjenesteloven
- ✓ Pasient- og brukerrettighetsloven
- ✓ Personopplysningsloven
- ✓ Pasientjournalloven
- ✓ Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjeneste
- ✓ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- ✓ Pasientjournalforskriften
- ✓ Kommunale vedtak og retningslinjer

For utdyping av revisjonskriterier viser vi til vedlegg 2.

5.2 Fakta

5.2.1 Tilgang til forbedring- og journalsystem

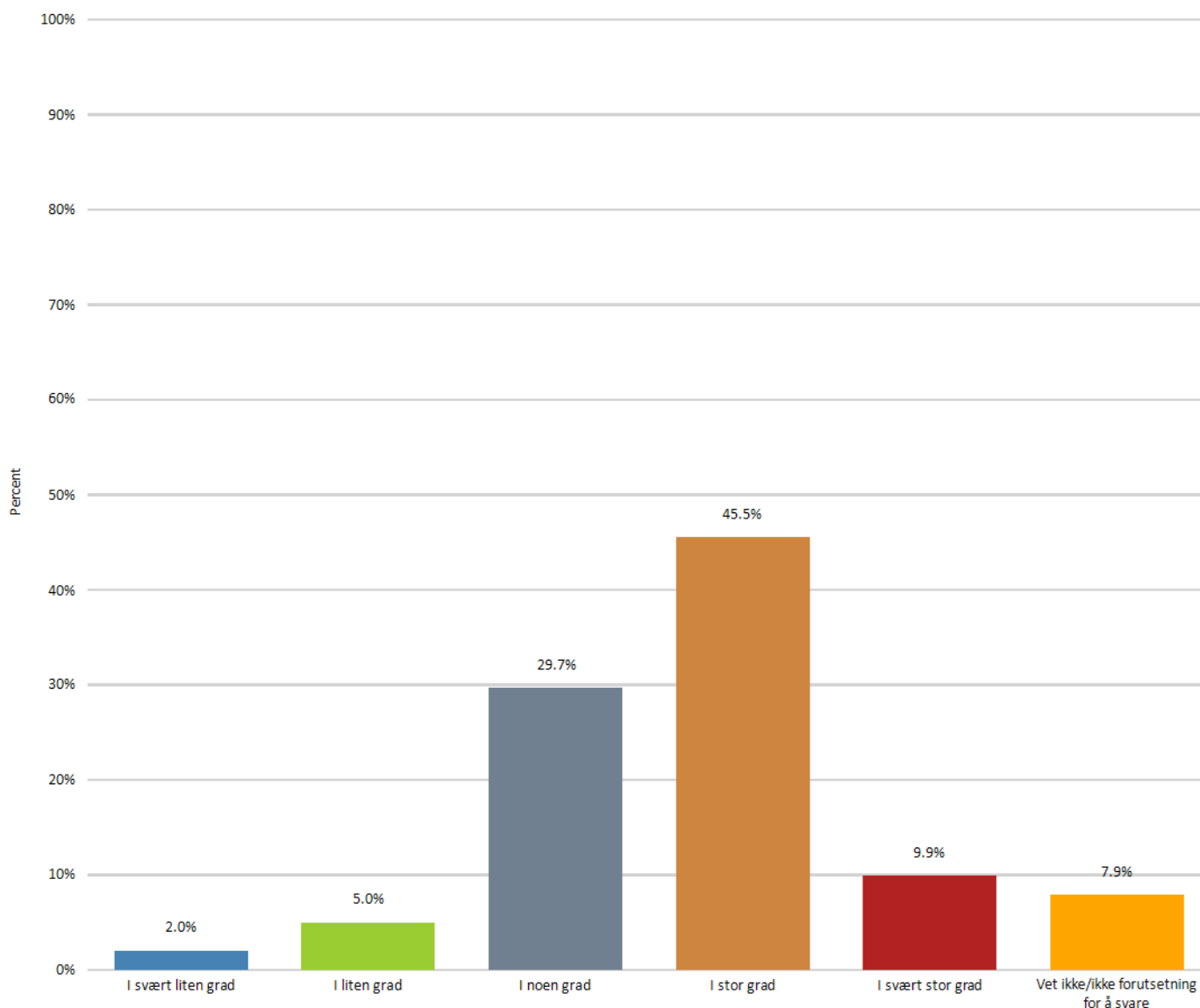
Forbedringssystem

Kommunen opplyser om at inntil videre har alle ansatte tilgang til alle dokumentene i Compilo. På bakgrunn av dette er det ikke utarbeidet tilgangsrutiner eller tilgangspolicyer. Som nevnt tidligere holder kommunen på å implementere avviksmodule i Compilo. Når denne er implementert vil kommunen arbeide med å implementere de to andre modulene, dokumentasjon og risikostyring. Samtidig har helse- og omsorgsetaten og enkelte sykehjem begynt å legge inn dokumentasjon inn i forbedringssystemet.

Compilo er i tillegg til pc tilgjengelig på mobil og nettbrett. Sykehjemmene har rapportrom med disponible arbeidsstasjoner. Det fremkommer av gjennomførte intervju med to utvalgte sykehjem at det oppleves å være enkel tilgang til systemet på sykehjemmene.

Viktig dokumentasjon, herunder prosedyrer og retningslinjer for kvalitetsarbeid, er tilgjengelig i Kvalitetshåndboken. Denne fungerte som forbedringssystem før man tok i bruk Compilo, og brukes i en overgangsfase mens man implementerer Compilo. Kvalitetshåndboken er tilgjengelig for de ansatte i skriftlige permer på sykehjemmene. Det fremkommer av intervju at helse- og omsorgsetaten i forbindelse med implementering av dokumentasjonsmodulen i Compilo vil gjøre en gjennomgang av innholdet i håndboken, herunder om dokumentasjonen er relevant eller må fornyes.

I spørreundersøkelsen har vi spurt de ansatte på sykehjemmene i hvilken grad de etter eget skjønn har den tilgang til forbedringssystemet som det er behov for i sin stilling:



Figur 9: Etter ditt skjønn, i hvilken grad har du den tilgang til forbedringssystemet som det er behov for i din stilling? N=101.

Som det fremkommer av figuren over svarer 55 % av respondentene at de i stor eller svært stor grad har den tilgang som det er behov i sin stilling. 7 % svarer at de i liten eller svært liten grad har dette, mens 29,7 % svarer i noen grad.

Det kan virke misvisende at såpass mange svarer at de i liten eller noen grad har den tilgang det er behov for i sin stilling når alle ansatte har tilgang til systemet. Samtidig har dette resultatet etter forvaltningsrevisors vurdering sammenheng med manglende kunnskaper om hvordan systemet skal brukes. I fritekstspørsmål i spørreundersøkelsen trekkes kunnskap om og opplæring i systemet frem som viktige forbedringstiltak i det videre arbeidet med forbedringssystem. Det spesifiseres at Compilo er et nytt system som det tar tid og ressurser å utvikle kompetanse på, samtidig som mange er usikre på hvordan det skal brukes. Samtidig vektlegger både helse- og omsorgsetaten og sykehjemmene at det er ulike modningsgrader knyttet til systemet, og at det trengs mer tid til å implementere det på sykehjemmene.

Journalssystem

Tilgang til journalsystemet blir styrt av virksomhetslederne på sykehjemmene. Virksomhetslederne må søke om ansatte skal få tilgang. Man bruker her et søknadsskjema som ligger tilgjengelig på kommunens hjemmesider. IT personell og systemadministrator for Profil behandler søknadene. Administrator har kontroll på hvilke tilganger som er gitt. Det fremkommer av intervju med de to sykehjemmene at alle ansatte har tilgang til systemet. Kommunen oppgir at ansatte på sykehjemmene har tilgang til alle pasientjournalene på det aktuelle sykehjemmet vedkommende jobber.

Kommunen har utarbeidet flere tilgangsrutiner og tilgangspolicyer. Det er utarbeidet **en prosedyre for kontroll av pasientjournal i Profil**. Det skal her velges ut og gjennomgås minst en hel journal månedlig. God yrkesskikk, herunder journalsnoking, er inkludert i denne kontrollen. Om det avdekkes at ansatte urettmessig har innhentet helsemessige opplysninger om en bruker skal virksomhetsleder kontaktes for videre oppfølging.

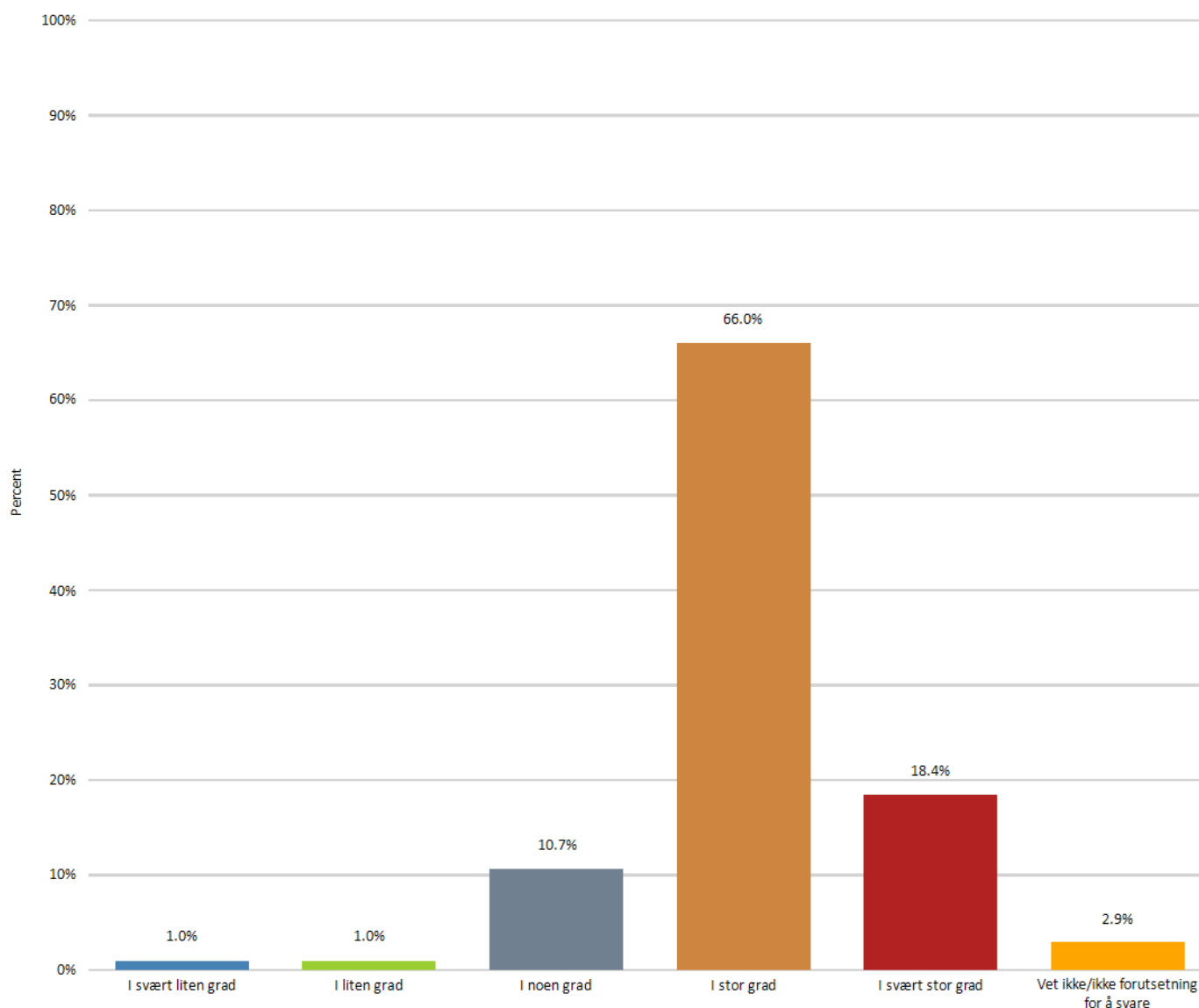
Det er videre utarbeidet **en rutinebeskrivelse av oppfølgingsarbeid ved avdekking av journalsnoking**. Avdelingsleder har her ansvar for at pasientjournaler jevnlig og systematisk sjekkes med tanke på å avdekke mulig journalsnoking. Ved avdekket journalsnoking skal virksomhetsleder følge opp saken, herunder innkalle den ansatte til samtale. Mulige konsekvenser kan være advarsel, suspensjon eller oppsigelse.

Ved behov for tilgang til en journal man ikke har tilgang til kan man bruke funksjonen nødretts tilgang/blålys. Det fremkommer av prosedyren for kontroll av pasientjournal at dette skal registreres som et avvik.

Profil er tilgjengelig på mobil og nettbrett i en mobil løsning. Det fremkommer av intervjudata at denne løsningen har sine begrensninger, men brukes blant annet på sykehjemmene. Sykehjemmene har også rapportrom med disponible arbeidsstasjoner og pc-er. Det fremkommer av gjennomførte intervju med to utvalgte sykehjem at det oppleves å være enkel tilgang til systemet på sykehjemmene. Samtidig kan det være en utfordring at det kan ta lang tid å få tilgang, noe som gjør at man til tider må bruke medarbeideres bruker for å få gjort arbeidsoppgavene sine.

Når ansatte slutter blir de sperret ute av IT-systemet, men IT-systemet er ikke integrert med Profil, noe som innebærer at administrator må få beskjed fra leder om at vedkommende skal slutte. Det blir oppgitt i intervju at det kan ta lang tid før tilganger til Profil blir fjernet. Samtidig er det vanskelig å komme inn i Profil da hovedsystemene (IT-systemene) er stengt. Det pekes videre på at ansatte kan skifte arbeidssted internt i kommunen, eksempelvis til et annet sykehjem, og at det her kan ta tid før tilgangen til det forrige arbeidsstedet blir sperret.

I spørreundersøkelsen har vi spurt de ansatte på sykehjemmene om de etter eget skjønn har nødvendige tilganger til journalsystemet for å utføre sitt daglige arbeid:



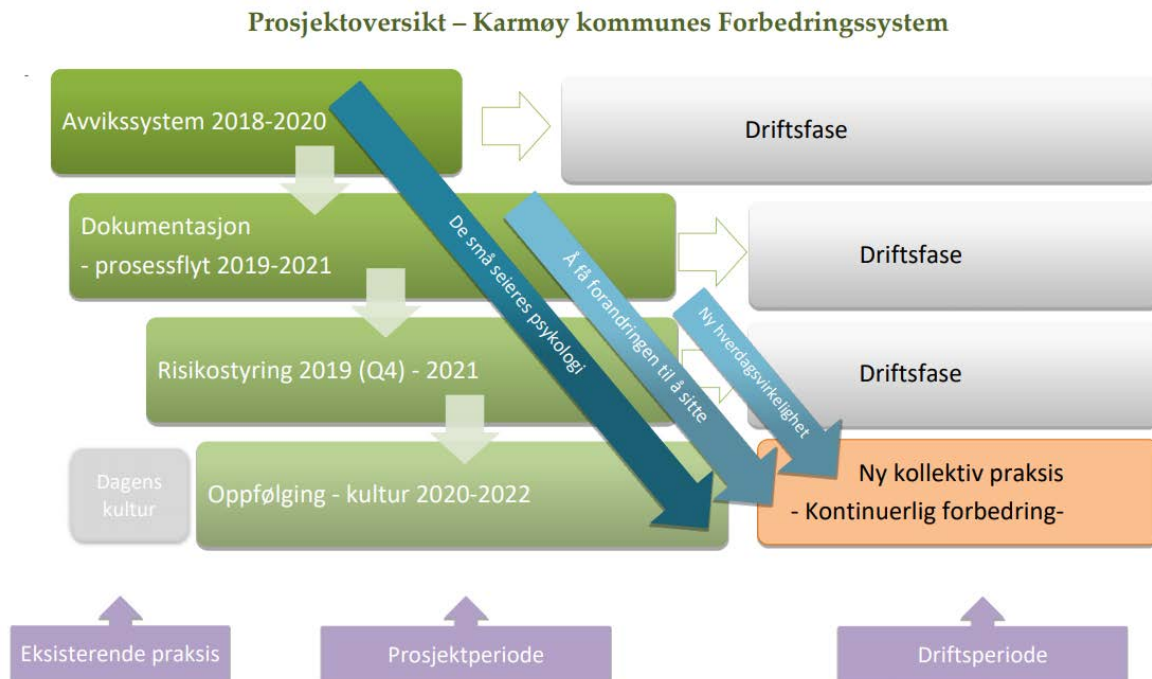
Figur 10: Etter ditt skjønn, i hvilken grad har du nødvendige tilganger til pasientjournalsystemet for å utføre ditt daglige arbeid / de oppgavene du har ansvar for? N=103.

Som det fremkommer av figuren over svarer 84 % av respondentene at de i stor eller svært stor grad har nødvendige tilganger til journalsystemet for å utføre sitt daglige arbeid /de oppgavene de har ansvar for. 2 % svarer at de i liten eller svært liten grad har nødvendige tilganger, mens 10,7 % svarer i noen grad. Dette indikerer at de fleste ansatte opplever å ha nødvendig tilgang til journalsystemet.

5.2.2 Prosedyrer og planer for bruk av forbedring- og journalsystem

Forbedringssystem

Karmøy kommune har utarbeidet en plan for implementeringen av forbedringssystemet Compilo, som illustrert i figuren under. For nærmere informasjon om implementeringsplanen, se kapittel 2.



Figur 11: Plan for implementering Compilo.

Videre har kommunen utarbeidet en **prosedyre for hensikt, prinsipper og praktiske retningslinjer for forbedringsarbeid**. Den overordnede hensikten med forbedringsarbeid er å sikre måloppnåelse knyttet til kvalitet og effektivitet i tjenesteproduksjonen, etterlevelse av lover og regler, helhetlig styring og riktig utvikling samt godt omdømme og legitimitet. Prosedyren gir videre prinsipper for internkontroll og forbedringsarbeid samt retningslinjer for forbedringsarbeid.

Journalssystem

Det er utarbeidet **retningslinjer for dokumentasjon i pasientjournalssystemet Profil**. Denne gir generelle krav til journalføring, og forklarer hvordan disse kravene skal dokumenteres i Profil. Videre er det utarbeidet en **prosedyre for krav til dokumentasjon**. Dette fungerer som et verktøy for leder og journalansvarlig i arbeidet med å gjøre vurderinger om krav til dokumentasjon er ivarettatt.

5.2.3 Tilrettelegging for bruk av forbedring- og journalssystem i daglig drift

Av intervjudata med ledere på de to sykehjemmene fremkommer det at det oppleves å være godt tilrettelagt for å bruke systemene i den daglige driften. Sykehjemmene opplever å ha nok arbeidsstasjoner og pc-er tilgjengelig, samtidig som systemene er tilgjengelig på mobil. Samtidig bruker sykehjemmene Profil i større grad enn Compilo, og er bedre kjent med dette systemet.

Samtidig kan tid og kapasitet være utfordrende i en travel arbeidshverdag. Noen ganger skal det meldes avvik på forhold der de ansatte ikke har fått gjort arbeidsoppgaver på grunn av mangel på tid. I tillegg skal avviket meldes, noe som tar enda mer tid. Samtidig tar det tid å formulere gode og konkrete forbedringsforslag.

Videre vektlegger flere ansatte (3) i fritekstsvar i spørreundersøkelsen at det tar tid å lære å bruke systemene. Det må settes av tilstrekkelig med tid for at de skal bli trygge på systemene.

En respondent i spørreundersøkelsen oppgir at det bør settes av regelmessig tid til bruk av profil for å holde kunnskapen ved like, og at oppfriskning og repetering bør være fastsatt i en årlig handlingsplan for hver enkelt virksomhet. Noen andre respondenter (2) peker også på viktigheten av oppfriskning og repetering av kunnskapene i Profil, og gjerne gjennom kurs i stedet for at man skal prøve ut systemet selv.

Flere (9) av respondentene i spørreundersøkelsen oppgir at de ikke er helt komfortable med å bruke Compilo ennå, eller etterlyser mer opplæring. Det etterlyses mer opplæring og tid til å lære å bruke systemet slik man blir trygge på det. En respondent savner opplæring i mindre grupper som et alternativ til opplæring i personalmøter. Videre ønsker en respondent nærmere kunnskaper om hvor avvik sendes, til hvem og hvilke utfall og konsekvenser avvikene får.

Én respondent i spørreundersøkelsen trekker frem at tiltaksplaner oppleves å være en tungvidt prosess i Profil. Både å skrive, evaluere og oppdatere disse planene oppleves å være tungvint. Én annen respondent melder om at Profil er et godt system med tanke på tiltaksplaner.

Karmøy kommune har en systemansvarlig for Compilo og en for Profil. Disse er tilgjengelige og kan bistå de ansatte med spørsmål og problemstillinger knyttet til bruken av systemene. Opprinnelig var det minst en superbruker i Profil på hvert sykehjem. Det fremkommer av intervjudata dette ikke er tilfelle lenger grunnet gjennomtrekk blant de ansatte.

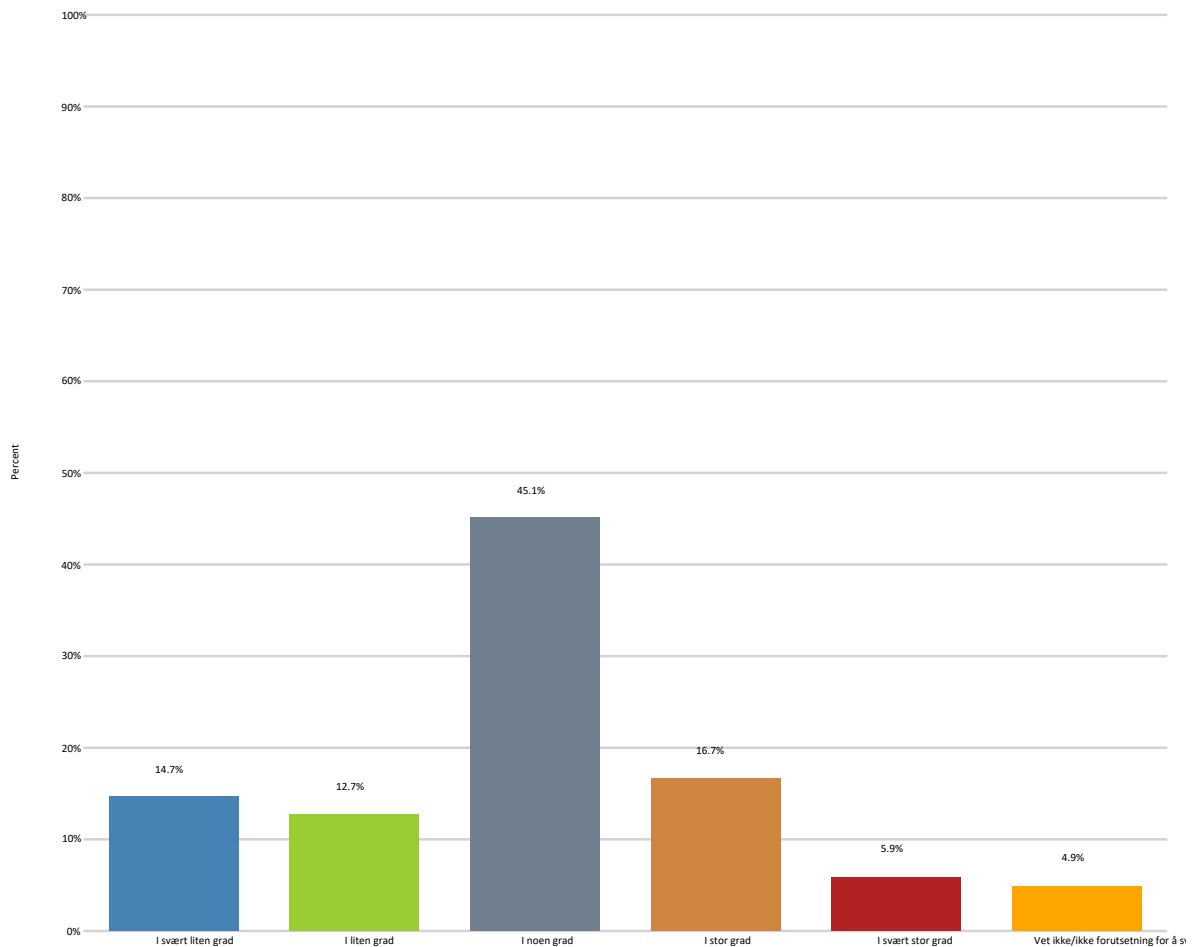
5.2.4 Vurderinger av brukervennlighet ved valg av forbedring- og journalsystem

Det fremkommer av intervjudata at det ble opprettet en prosjektgruppe som arbeidet med anskaffelsen av nytt forbedringssystem. I dette arbeidet ble forventningene i organisasjonen til nytt forbedringssystem kartlagt. Blant annet ble det avholdt kafedialog hvor alle i organisasjonen ble invitert til å gi innspill til sine egne forventninger og ønsker for nytt forbedringssystem. Videre fikk alle ledere komme med innspill til krav og ønsker om funksjonalitet i systemet. Prosjektgruppen undersøkte underveis i prosessen med andre kommuner om hvilke systemer de hadde og hvilke de hadde droppet.

Det ble så utviklet en kravspesifikasjon for anskaffelsen, hvor brukervennlighet var et viktig tildelingskriterie. Videre tok kommunen direkte kontakt med en del leverandører som ble invitert til å gi tilbud. Det ble gjennomført brukertesting av systemene som leverte tilbud, hvor blant annet brukervennlighet ble vurdert. Compilo ble vurdert til å være det mest brukervennlige og systemet som i størst grad oppfylte kravspesifikasjonen.

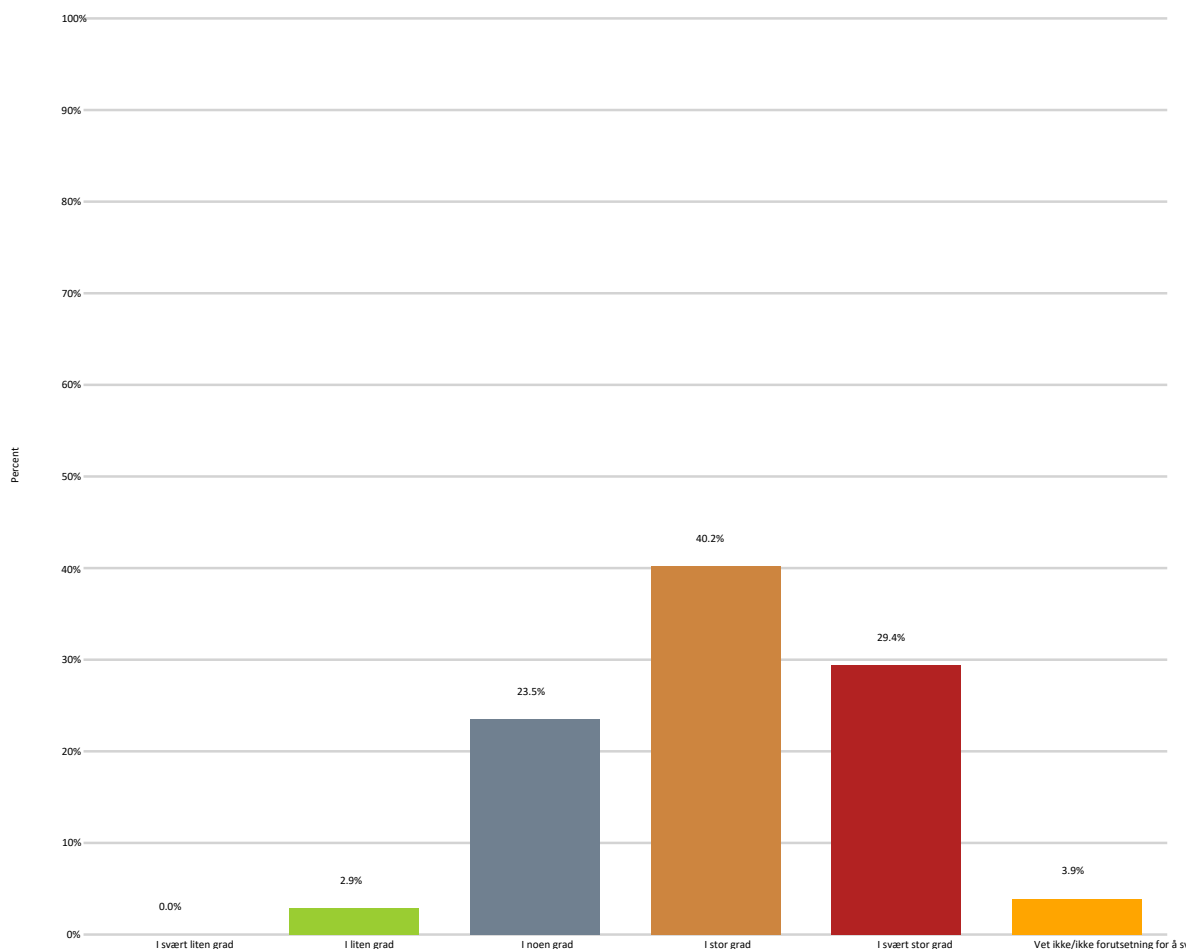
Karmøy kommune har brukt journalsystemet Profil i lang tid, over 20 år, og det fremkommer av intervjudata at man ikke vet hvordan brukervennlighet ble vurdert den gang systemet ble valgt.

5.2.5 Bruk av forbedring- og journalsystem i ønsket utstrekning



Figur 12: I hvilken grad bruker du forbedringssystemet? N=102.

Som figuren over viser svarer vel 22,6 % av respondentene at de i stor eller svært stor grad bruker forbedringssystemet. Vel 27,4 % svarer at de bruker det i liten eller svært liten grad, mens 45,1 % svarer at de bruker det i noen grad.



Figur 13: I hvilken grad bruker du pasientjournalsystemet? N=102.

Som figuren over viser svarer vel 70 % av respondentene at de i stor eller svært stor grad bruker journalsystemet. 2,9 % svarer at de bruker det i liten grad, mens 23,5 % svarer at de bruker det i noen grad.

Sammenlignet med figur 12 om bruk av forbedringssystem svarer respondentene at de bruker journalsystemet i langt større grad enn de bruker forbedringssystemet. Etter forvaltningsrevisors vurdering er dette naturlig da journalsystemet brukes aktivt daglig i oppfølgingen av pasientene, mens forbedringssystemet foreløpig er avgrenset til en operasjon (avvik), som for øvrig er under implementering. Samtidig fremkommer det av intervjudata at de ansatte bruker journalsystemet oftere enn forbedringssystemet i det daglige. Sjeldnere bruk av Compilo kan være en barriere for bruken av systemet.

Det fremkommer av intervjudata at kommunen bør fokusere på å få opp bruken av forbedrings- og journalsystemene på sykehjemmene, og bruke dem på rett måte. For eksempel vektlegger flere avdelingsledere at man kan bli flinkere til å melde inn forbedringsforslag i Compilo.

Flere av informantene fra intervjuene opplever at Compilo ikke gir gode nok klassifiseringer og utfyllingsbokser til å skille mellom avvik og andre uønskede hendelser. I faktaverifiseringen hos kommunen har forvaltningsrevisor fått presisert at det registreres som avvik/uønsket hendelse i Compilo. Et eksempel som nevnes av en intervjurespondent er om en pasient faller – intervjurespondenten oppgir at det da blir det kategorisert som avvik uansett årsak. Det vektlegges at det er forskjell på om pasienten faller fordi det for eksempel er sølt noe glatt på gulvet som fører til fallet eller om fallet er naturlig. Respondenten ønsker å klarere kunne skille mellom hendelser som

skyldes avvik i håndteringen av pasienter og uønskede hendelser som skyldes forhold ved pasienten selv.

Et annet eksempel som nevnes er legemiddelhåndtering, hvor det ønskes at Profil kan skille klarere om avviket skyldes at pasient ikke har fått medisiner eller fordi sykepleier har glemt å signere at pasient har fått medisin.

Avvik meldes ikke anonymt, en utforming som helse- og omsorgsetaten har valgt bevisst. Enkelte avvikskategorier i systemet utløser at vernetjenesten automatisk blir koblet inn i saken. En informant opplever at kommunen bør bli tydeligere på dette da denne ikke er sikker på at de ansatte forstår at verneombudet kan få innsyn i avviket. I små fagmiljø kan det være mulig at for eksempel verneombudet finner ut hvilken bruker og/eller ansatt som har vært involvert i en hendelse. Basert på dette er det viktig at de ansatte er klar over muligheten for at vernetjenesten får innsyn i avviket.

5.2.6 Rutiner for å sikre god kommunikasjon internt samtidig som taushetsplikten ivaretas

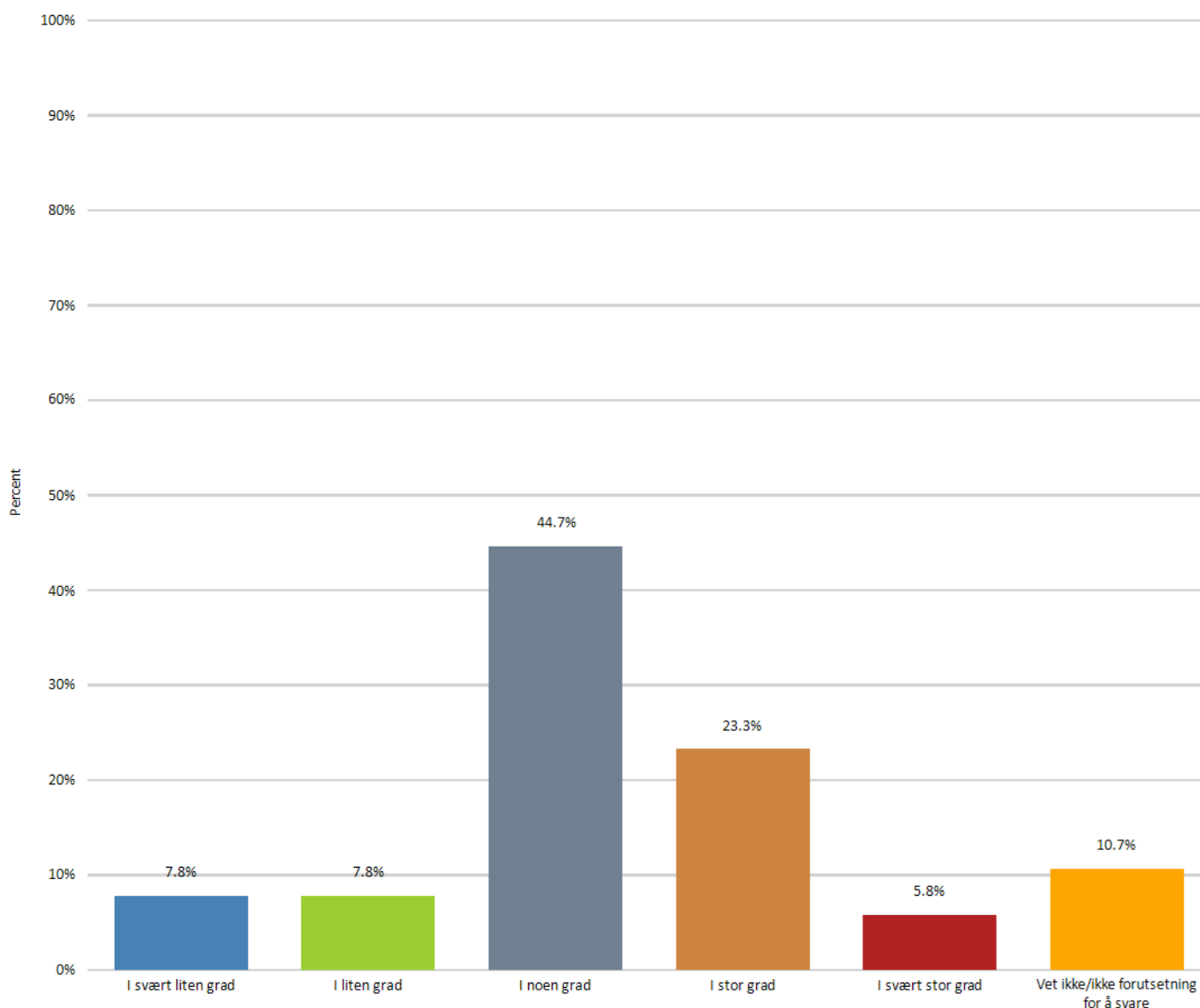
Karmøy kommune oppgir i tilsendt dokumentasjon at det ikke er utarbeidet interne rutiner eller planer for kommunikasjon tilknyttet Profil. All kommunikasjon følger lederlinjene. Som nevnt i del 5.2.1 er tilgang til den enkelte pasients mapper tilgangsstyrt til pasienter på sykehjemmet, blant annet for å ivareta taushetsplikten. Samtidig skriver alle ansatte under på en taushetserklæring, og sykehjemmene gjennomfører kontroller for å avdekke eventuell journalsnoking.

Tilknyttet Compilo er det utarbeidet en praktisk kommunikasjonsplan knyttet til internkontrollforskriften. I planen vektlegges det at kommunen skal ha en god meldekultur, og at dette bidrar til forbedring. Kommunikasjonsplanen skal støtte det systematiske HMS arbeidet og de mål som er satt. Kommunikativt er arbeidet delt i tre faser:

- Skape forståelse for metode
- Stimulere til kartlegging for å redusere risiko
- Dele kunnskap og vise resultat

For å ivareta taushetsplikten bruker man i Compilo løpenummer på pasientene og ansattnummer for ansatte i stedet for navn.

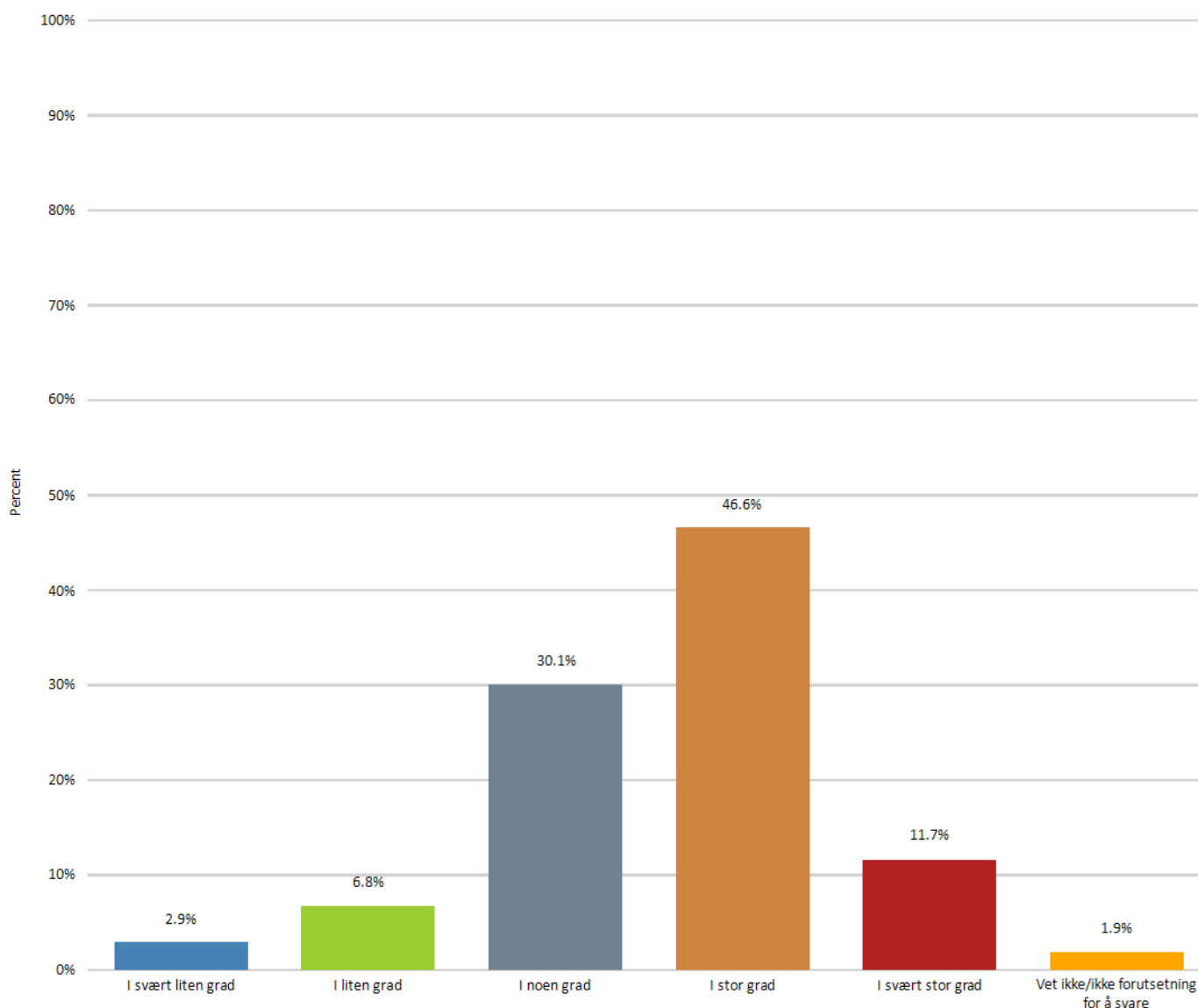
5.2.7 Kjennskap til relevant dokumentasjon (herunder rutiner og prosedyrer, brukerveiledninger mv.)



Figur 14: I hvilken grad opplever du at det er lett å finne frem til "hjelpeknapper", hjelpefunksjoner o.l. i forbedringssystemet når du har behov for hjelp? N=103.

Som figuren over viser svarer vel 29 % av respondentene at det i stor eller svært stor grad er lett å finne frem til hjelpeknapper, hjelpefunksjoner o.l. i forbedringssystemet når de har behov for hjelp. Vel 16 % svarer at det i liten eller svært liten grad er lett å finne dette, mens 44,7 % svarer i noen grad.

Samtidig poengteres det i intervju at systemet er under implementering, og at det tar tid for de ansatte å bli kjent med, trygge på og vant med å bruke systemet. Særlig for ansatte som jobber tett med pasientene, og ikke bruker systemet i stor grad, er dette tidkrevende. Her vektlegges det at de ansatte bruker hverandre i stor grad til å hjelpe og veilede hverandre i navigeringen i systemet. Videre har sykehjemmene dokumentasjon som rutiner og prosedyrer tilgjengelig på papir. Dette skal legges inn i Compilo ved implementering av dokumentasjonsmodulen.



Figur 15: I hvilken grad kjenner du til dokumentasjon om pasientjournalsystemet, herunder rutiner, prosedyrer, brukerveiledninger og liknende? N=103.

Som figuren over viser svarer vel 58 % av respondentene at de i stor eller svært stor grad kjenner til dokumentasjon om journalsystemet som rutiner, prosedyrer, brukerveiledninger og liknende. Vel 10 % svarer at de i liten eller svært liten grad kjenner til disse, mens 30,1 % svarer i noen grad.

Sammenlignet med figur 14 om hjelpeknapper o.l. i forbedringssystemet svarer nesten dobbelt så mange i stor eller svært stor grad på dette spørsmålet om kjennskap til dokumentasjon om journalsystemet. Riktig nok er ikke de to spørsmålene like, noe som kan påvirke svarene, og gjør det vanskelig å sammenligne. Samtidig vurderer forvaltningsrevisor at forskjellene sannsynligvis har sammenheng med at forbedringssystemet er et forholdsvis nytt system som er under implementering. De ansatte er dermed sannsynligvis mindre kjent med og har brukt forbedringssystemet i mindre grad enn journalsystemet.

Av intervju med de to sykehjemmene fremkommer det at ikke alle ansatte vet hvor de finner relevant dokumentasjon om systemene. De ansatte spør gjerne hverandre, samtidig som man i stor grad bruker kollegaveiledning og lærer gjennom praksis.

Av intervjudata fremkommer det at sykehjemmene har ulike verktøy som kan være til hjelp i bruken av profil, eksempelvis profilperm, sjekklister og beskjedbok.

5.2.8 Avvik i forbedringssystemet

Karmøy kommune har utarbeidet et **reglement for avvikshåndtering**. I reglementet fremkommer det at alle ansatte er ansvarlige for å melde avvik umiddelbart/snarest etter at avvik eller annen uønsket hendelse er registrert. Nærmeste leder er ansvarlig for å håndtere innmeldte avvik. Om avvik ikke blir fulgt opp innen 14 dager sendes avviket automatisk videre i linjen. Avvik skal meldes i forbedringssystemet (Compilo).

Det er utarbeidet en **rutine for krav til dokumentasjon** - som er et verktøy for leder og journalansvarlig for å vurdere om krav til dokumentasjon er ivarettatt.

Som nevnt i kapittel 2 holder kommunen fortsatt på å implementere avviksmodulen i Compilo. Det fremkommer av intervjudata at det er ulike modningsgrader rundt om i kommunen og på sykehjemmene knyttet til systemet, og at det trengs mer tid til implementering da dette er et krevende arbeid. Det oppleves at det er uklarhet hos de ansatte på sykehjemmene rundt hva et avvik er. En intervjurespondent fremhever at fokuset på metoden for avvikshåndtering burde vært større og blitt gjentatt hyppigere.

Samtidig har kommunen og helse- og omsorgsetaten fokus på avvik, og arbeider for å forme en kultur der avviksmodulen brukes aktivt, herunder på sykehjemmene. Det oppleves at det ikke er frykt for å melde inn avvik, og at man ser nytten av å melde avvik som et ledd i forbedringsarbeidet. Av intervju med virksomhetsledere og avdelingsledere på sykehjem kommer det frem at sykehjemmene har hatt fokus på avvikskulturen, og at det oppleves at denne har blitt ganske god. Det oppleves å være en lett terskel for å melde fra, og at man har fokus på at dette er viktig for å skape forbedring. Ledelsen på sykehjemmene går videre gjennom og følger opp avvik ukentlig. Samtidig fremkommer det av intervjudata at både ledere og ansatte kan bli enda tryggere på å melde og bruke systemet.

Ved implementering av Compilo ble det etablert en prosjektgruppe, som blant annet satte et mål for antall avviksmeldinger som skulle komme inn i 2019 og 2020. Dette ble brukt for å kunne vurdere underveis i implementeringen om fremdriften gikk som forventet. Avviksmålet ble nådd i 2019. Samtidig oppleves det likevel at virksomhetene trenger mer tid og forståelse for hensikten med at slike systemer brukes.

Av kommunens bruksstatistikk for Compilo fremkommer det at det per 23.09.2020 var 2523 unike brukere i systemet. I helse- og omsorgsetaten ble det meldt inn 2867 avvik og forbedringsforslag i 2019, og 4193 i 2020. Sykehjemmene og avdelingene kan hente ut statistikk knyttet til avvik. Noen avdelinger vi har intervjuet presenterer og gjennomgår dette på tavlemøter med de ansatte, noe som oppleves å bidra til forbedring. Samtidig fremkommer det at noen avdelingsledere ikke har tilstrekkelig kompetanse til å hente ut slik statistikk.

Det fremkommer av intervjudata at det har vært forvirring knyttet til avvik på individnivå (eksempelvis knyttet til brukerne på sykehjemmene). Alle avvik skal inn i Compilo, og har avvik konsekvens for bruker/pasient skal det også inn i Profil. Dette skillet har vært litt utydelig etter Compilo ble tatt i bruk. Her ble gjerne avvik på individnivå registrert i Profil men ikke i Compilo. I intervju med de to sykehjemmene fremkommer det at dette har vært en utfordring. Samtidig har sykehjemmene og helse- og omsorgsetaten hatt fokus på dette, og det har blitt tydelig poengtert at alle avvik skal i Compilo. Samtidig har sykehjemmet fått opplæring og veiledning til dette. Sykehjemmene oppgir at dette har blitt tydeligere det siste året. Et av sykehjemmene oppgir at de skal gjennomføre en undersøkelse om forståelsen av Compilo ganske snart.

Ved sending av avvik får ikke avsender varsler om fremgangen i saken. Man er avhengig av å gå aktivt inn i Compilo for å sjekke om noe har skjedd med saken. Dette oppleves av en intervjurespondent å være en utfordring.

I avvik som ikke handler om helse og omsorg har ikke bruker noen rettigheter til å melde rett til fagansvarlig, for eksempel IT ved IT-problemer. Vedkommende må melde til sin overordnede som deretter må melde videre til riktig etat/instans. Dette oppleves av en intervjurespondent som tungvint, og prosessen tar lenger tid enn om man kunne melde direkte til fagperson.

Avvik på tjenesteavtaler med Helse Fonna blir registrert i Compilo, samtidig som avviket skal føres skriftlig og sendes per post til helseforetaket som skanner avviket inn i sitt eget avvikssystem. Man har ikke et elektronisk avvikssystem for å sende registrere avvik til helseforetaket. Det fremkommer av intervjudata med representanter fra sykehjemmene at man håper at det kommer på plass et slikt system da det er ineffektivt og tidkrevende å sende det per post. Det fremgår av forvaltningsrevisjonsrapporten *Ivaretagelse av oppgaver i forbindelse med samhandlingsreformen* fra 2019 at Karmøy kommune ikke registrerer alle avvik på tjenesteavtalen med Helse Fonna, blant annet fordi avviksføringsprosessen blir opplevd å være for tidkrevende. Av intervjudata fremgår det at Karmøy kommune har jobbet videre med dette, men at de samtidig ikke opplever å være i mål. Det anses som positivt at det kommer inn flere avvik nå, men kommunen opplever ikke å være der de ønsker å være.

5.3 Vurderinger

De ansatte ved sykehjemmene har tilgang til forbedrings- og journalsystemene. Samtidig vurderer vi at manglende kunnskap om hvordan systemene skal brukes kan vanskeliggjøre bruken av systemene. Dette gjelder i hovedsak Compilo (se figurene 9 og 10).

Vi vurderer at kommunen tilrettelegger for bruk av systemene i den daglige driften. Blant ansatte ved de to sykehjemmene der vi har gjennomført intervjuer er vårt inntrykk at de har nok arbeidsstasjoner tilgjengelig for de ansatte. Samtidig kan tid og kapasitet være en utfordring, særlig knyttet til å lære å bruke systemene. Kommunen har systemansvarlige for forbedrings- og journalsystemene.

Compilo

Det fremkommer av intervjudata og spørreundersøkelsen at de ansatte bruker journalsystemet i større grad enn forbedringssystemet. Etter forvaltningsrevisors vurdering er dette naturlig da forbedringssystemet Compilo er under implementering, og fagsystemer som journalsystemet brukes mer aktivt enn administrative systemer som forbedringssystemet på sykehjemmene. Vi vurderer at det er potensiale knyttet til å få opp bruken av Compilo.

Vi vurderer at det er viktig at kommunen også i tiden fremover opprettholder fokus på bruken av forbedringssystemet slik at de ansatte blir godt kjent med, trygge på og vant med å bruke systemet. Dette inkluderer oppfølging av avdelingsledere slik at de har tilstrekkelig kompetanse til å hente ut avviksstatistikk fra Compilo og bruke dette i avdelingens interne forbedringsarbeid. Vi vurderer også at det er potensiale for å informere de ansatte tydeligere om hvor avvik sendes, hvem som får tilgang til det og hvilke utfall og konsekvenser avvikene får.

Profil

Det fremkommer av intervjudata at det kan ta tid før tilgang til Profil blir fjernet når ansatte slutter. Når ansatte skifter arbeidsgiver blir de sperret ute av kommunens IT-system, og kommer dermed ikke inn i Profil. Dette blir ikke gjort når ansatte skifter arbeidssted internt i kommunen. Vi vurderer at det er risiko for manglende etterlevelse av pasientjournalforskriften § 13 første ledd bokstav e om at «tillatelser til å lese, registrere, redigere, rette, slette, sperre eller på annen måte behandle opplysninger i journalen [...] skal [...] vurderes på nytt når det oppstår endringer i ansvarsområder eller ansettelsesforhold.»

Alle sykehjemmene hadde tidligere minst en superbruker i Profil på hvert sykehjem. Dette er ikke lenger tilfelle grunnet gjennomtrekk blant de ansatte. Forvaltningsrevisor vurderer at dette kan være uheldig da lokale superbrukere kan være gode støttespillere for de ansatte når de skal bruke systemet.

6. Anbefalinger

Kommunen bør;

Generelt

- ✓ Vurdere om opplæringstilbudet som gis av kommunen i tilstrekkelig grad er avstemt mot behovene i virksomhetene ved å
 - Vurder å sette inn tiltak for å jobbe mer systematisk med kompetansekartlegging, herunder følge kompetansekartleggingene på sykehjemmene tettere opp
 - Vurdere muligheten for å etablere et kompetansestyringssystem for å aggregere resultater fra sykehjemmenes kompetansekartlegginger til et overordnet nivå
 - Vurdere om frekvensen på opplæringstiltak kan økes
 - Vurdere økt bruk av opplæring i regi av helse- og omsorgsetaten

Compilo

- ✓ Vurdere tiltak rettet mot ønsket utbredelse og bruk av Compilo, herunder ved å
 - Vurdere å definere superbrukere ved alle sykehjem.
 - Følge opp virksomhetsledere og avdelingsledere på sykehjemmene slik at de har tilstrekkelig kompetanse til å hente ut og bruke avviksstatistikk fra Compilo.
 - Tydeliggjøre for de ansatte hvor avvik i Compilo sendes, hvem som får tilgang til avviket og hvilke utfall og konsekvenser avvikene får.

Profil

- ✓ Vurdere tiltak rettet mot ønsket utbredelse og bruk av Profil ved å
 - Vurdere å definere superbrukere ved alle sykehjem.
- ✓ Sette inn tiltak for å sikre at tilgang til journalsystemet Profil umiddelbart vurderes på nytt når det oppstår endringer i ansattes ansvarsområder eller ansettelsesforhold.

7. Uttalelse fra rådmannen

Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å se i hvilken grad Karmøy kommune har ivaretatt kunnskap om, opplæringen i og bruken av kommunens journal- og forbedringssystemer ved sine sykehjem.

Rådmannen tar den framlagte rapporten til etterretning og er tilfreds med at revisjonen konkluderer med at kommunen i det store og hele har et hensiktsmessig opplegg for å sikre bruken av disse systemene på sykehjemmene.

Videre ser rådmannen på de anbefalte forslagene til videre forbedring som konstruktive. Anbefalingene i rapporten, både av generell og konkret karakter, vil utgjøre grunnlaget for kommunens og sykehjemmenes forbedringsarbeid.

Rådmannen vil benytte anledning å takke for et godt samarbeid, på tross av en krevende tid under pandemien, i arbeidet med revisjonen



Med vennlig hilsen
Vibeke Vikse Johnsen
Rådmann

Vedlegg 1 Dokumentliste

Journalssystemet

- ✓ Forvaltningsrevisjon - dokumentoversendelse
- ✓ Informasjon og opplæring for nyansatte, lærlinger og faste vikarer ved Veia sykehjem
- ✓ Krav til kompetanse for ulike yrkesgruppene i forhold til dokumentasjon og bruken av Profil
- ✓ Eksempel-mail, vedrørende Oppgradering av Profil
- ✓ NYHETER I PROFIL, VERSJON 8.50
- ✓ Visma Omsorg Profil eLæring
- ✓ Retningslinjer for dokumentasjon i pasientjournalssystemet Profil
- ✓ Opplæring i dokumentasjon (Profil)
- ✓ Opplæring dokumentasjon 2015- 2020
- ✓ Vurdering av ansattes dokumentasjon/profil kunnskaper
- ✓ Kompetansekartlegging - Profil
- ✓ KRAV TIL DOKUMENTASJON (Pasientjournal)
- ✓ 2020, Oversikt over kurs/kompetansebehov pr.avdeling. (Veia Sykehjem)
- ✓ Kontroll av pasientjournal i Profil
- ✓ Journalsnoking i Profil - rutine for oppfølging (HO)

Forbedringssystemet

- ✓ Reglement for avvikshåndtering
- ✓ Prosjektoversikt – Karmøy kommunes Forbedringssystem
- ✓ Praktisk kommunikasjonsplan knyttet til Internkontrollforskriften
- ✓ Avvikshåndtering i forbedringssystemet
- ✓ Opplæringsmanualer i forbedringssystemet
- ✓ Hensikt, prinsipper og praktiske retningslinjer
- ✓ Opplæring- Nyansatt
- ✓ Sjekkliste for opplæring av superbruker, redaktør
- ✓ Styling og kontroll av dokumentasjon i Karmøy kommune

Vedlegg 2 Revisjonskriterer

Kommuneloven

Kommuneloven gjelder alle kommunenes virksomhet og gir generelle bestemmelser for driften av kommuner i Norge. Blant bestemmelsene er det i kapittel 25 gitt krav om internkontroll i kommunene. Etter § 25-1 første ledd skal kommunen ha internkontroll med administrasjonens virksomhet for å sikre at lover og forskrifter følges. Kommunedirektøren er ansvarlig for internkontrollen.

Internkontrollen skal etter § 25-1 andre ledd være systematisk og tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold.

Kravene til internkontroll i § 25-1 tredje ledd medfører at kommunedirektøren skal:

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

Helsepersonelloven

Formålet med denne loven (§1-1) er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. Loven gjelder helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp i Norge.

Etter Kapittel 5 – Taushetsplikt og opplysningsrett - § 21 – skal helsepersonell hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold de får vite om i egenskap av å være helsepersonell. Etter § 21a er det forbudt å lese, søke etter eller på annen måte tilegne seg, bruke eller besitte opplysninger som nevnt i § 21 uten at det er begrunnet i helsehjelp til pasienten, administrasjon av slik hjelp eller har særskilt hjemmel i lov eller forskrift. Jmf § 22 er ikke taushetsplikt etter § 21 til hinder for at opplysninger gjøres kjent for den opplysningene direkte gjelder, eller for andre i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker. § 23 gir begrensninger i taushetsplikten, eksempelvis at opplysninger gis videre når behovet for beskyttelse må anses ivaretatt ved at individualiserende kjennetegn er utelatt eller når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre.

Etter § 25 kan, med mindre pasient motsetter seg det, taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. Taushetsplikt er heller ikke til hinder for at personell som bistår med elektronisk bearbeiding av opplysningene, eller som bistår med service og vedlikehold av utstyr, får tilgang til opplysninger når slik bistand er nødvendig for å oppfylle lovbestemte krav til dokumentasjon.

Etter § 26 kan den som yter helsehjelp gi vedkommende virksomhets pasientadministrasjon pasientens personnummer og opplysninger om diagnose, eventuelle hjelpebehov, tjenestetilbud, innskrivnings- og utskrivningsdato samt relevante administrative data. Den som yter helsehjelp kan også gi opplysninger til virksomhetens ledelse når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp, eller for internkontroll og kvalitetssikring av tjenesten.

Etter Kapittel 8 – Dokumentasjonsplikt, § 39 – Plikt til å føre journal, skal den som yter helsehjelp nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient. I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal, og herunder ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i pasientjournalen. I § 40 – Krav til journalens innhold m.m. fremkommer det at journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen. I tillegg skal journalen inneholde opplysningene som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell, og det skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen. Av § 45 fremkommer det at med mindre pasienten motsetter seg skal helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp til pasient etter denne lov gis nødvendige og relevante helseopplysninger i den grad dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp til pasienten på forsvarlig måte. Det skal fremgå av journalen at annet helsepersonell er gitt helseopplysninger.

Helse- og omsorgstjenesteloven

Formålet med loven er å (§ 1-1):

1. forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,
2. fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer,
3. 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,
4. sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,
5. 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,
6. sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og
7. bidra til at ressursene utnyttes best mulig.

Loven gjelder for helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes av kommunene i Norge. Kommunen skal etter § 3-1 sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Ansvaret omfatter alle pasient- og brukergrupper, og ansvaret innebærer en 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.

Helse- og omsorgstjenester skal etter § 4-1 være forsvarlige. Helse og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene skal være i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. I lovens § 4-2 er det fastslått at «Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven her skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.» I andre ledd er det gitt hjemmel for det som er forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Kommunen skal etter § 5-10 sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomhetene er forsvarlige. De skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer.

Pasient- og brukerrettighetsloven

Formålet med loven er «å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten» (§ 1-1). Pasient og bruker har etter § 2-1 rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen.

Loven gir pasientene og brukerne rettigheter i forhold til sin egen journal (kapittel 5). Pasienten og brukeren har etter § 5-1 rett til innsyn i journalen sin med bilag og har etter særskilt forespørsel rett til kopi, jf. personvernforordningen artikkel 15. Jamfør § 5-2 kan pasienten, brukeren eller den som opplysningene gjelder kreve at opplysningene i journalen rettes eller slettes etter reglene i helsepersonelloven § 42 til § 44. Pasienten og brukeren har videre rett til å motsette seg overføring og tilgjengeliggjøring av journal eller opplysninger i journal jamfør § 5-3.

Personopplysningsloven

Personopplysningsloven gjennomfører personvernforordningen (GDPR) i norsk rett. Den gir særlige bestemmelser om bruk og behandling av personopplysninger.

Pasientjournalloven

Formålet med loven (§ 1) er at behandling av helseopplysninger skal skje på en måten som

- Gir pasienter og brukere helsehjelp av god kvalitet ved at relevante og nødvendige opplysninger på en rask og effektiv måte blir tilgjengelige for helsepersonell, samtidig som vernet mot at opplysninger gis til uvedkommende ivaretas.
- Sikrer pasienters og brukeres personvern, pasientsikkerhet og rett til informasjon og medvirkning.

Etter § 6 kan bare helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre behandles når det er nødvendig for å kunne gi helsehjelp, eller for administrasjon, internkontroll eller kvalitetssikring av helsehjelpen. Ved behandling av helseopplysninger til internkontroll eller kvalitetssikring skal opplysningene så langt som mulig behandles uten at den registrertes navn og fødselsnummer fremgår.

Jamfør § 7 skal behandlingsrettede helseregistre være utformet og organisert slik at krav fastsatt i eller i medhold av lov kan oppfylles. Dette gjelder blant annet regler om:

- Taushetsplikt
- Forbud mot urettmessig tilegnelse av helseopplysninger
- Retten til å motsette seg behandling av helseopplysninger
- Retten til informasjon og innsyn
- Helsepersonells dokumentasjonsplikt, jamfør helsepersonelloven § 39
- Informasjonssikkerhet og internkontroll

Etter § 8 skal virksomheter som yter helsehjelp sørge for å ha behandlingsrettede helseregistre for gjennomføring av helsepersonells dokumentasjonsplikt, jamfør helsepersonelloven § 39.

Jamfør § 15 har enhver som behandler helseopplysninger etter denne lov taushetsplikt etter helsepersonelloven §§ 21 flg. Andre som får adgang eller kjennskap til helseopplysninger fra et

behandlingsrettet helseregister, har samme taushetsplikt. Videre er det etter § 16 forbudt å lese, søke etter eller på annen måte tilegne seg, bruke eller besitte helseopplysninger fra behandlingsrettede helseregistre uten at det er begrunnet i helsehjelp til den enkelte, administrasjon av slike tjenester eller har særskilt hjemmel i lov eller forskrift.

Etter § 23 skal den dataansvarlige gjennomføre tekniske og organisatoriske tiltak for å sikre og påvise at behandlingen utføres i samsvar med personvernforordningen, personopplysningsloven og denne loven, jmfør, forordningen artikkel 24. Den dataansvarlige skal dokumentere tiltakene.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

Etter § 1 skal forskriften bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov.

Etter § 3 skal Kommunen 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 der detter foreligger.
- 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 skal gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.

For å løse disse oppgavene skal kommunen utarbeide skriftlige nedfalte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. Med grunnleggende behov menes blant annet:

- Oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet.
- Få tilfredsstilt fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke).
- Ha mulighet for ro og skjermet privatliv.
- Få en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser.
- Få tilbud om tilrettelegging for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Formålet med denne forskriften (§ 1) er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. I tillegg skal forskriften bidra til at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Etter § 3 skal den som har det overordnede ansvaret for virksomheten sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften. Medarbeiderne i virksomheten skal medvirke til dette.

Etter §6 - Plikten til å planlegge, innebærer plikten til å *planlegge virksomhetens aktiviteter* blant annet:

- Ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering.

- Innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene.
- Ha oversikt over relevant regelverk.
- Ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav.
- Ha oversikt over områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten.
- Ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring.
- Ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen.

§7 – Plikten til å gjennomføre, påpeker at plikten til å *gjennomføre virksomhetens aktiviteter* innebærer blant annet:

- Sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres.
- Sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om, samt kompetanse innenfor, det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet.
- Utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen.
- Sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes.
- Sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.

I henhold til §8 innebærer plikten til å *evaluere virksomhetens aktiviteter* blant annet:

- Sørge for at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres.
- Vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen.
- Evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen.
- Vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer.
- Gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges.
- Minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Etter § 9 har virksomheten plikt å *korrigere virksomheten*, noe som innebærer følgende oppgaver:

- Rette opp uforsvarlige forhold.
- Sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

- Forbedre prosedyrer, rutiner og tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen.

Pasientjournalforskriften

Formålet med pasientjournalforskriften (§ 1) er å bidra til at pasienter ved hjelp av relevant og nødvendig dokumentasjon kan gis helsehjelp av god kvalitet, inkludert effektive og gode pasientforløp. Videre skal forskriften bidra til at personvernet ivaretas, inkludert pasientens rett til informasjon og medvirkning og at helsehjelpen kan kontrolleres i ettertid. Forskriften gjelder alle former for behandling av helseopplysninger som dokumenteres etter helsepersonelloven § 39 og § 40. Enhver behandling av helseopplysninger må kunne knyttes til en dataansvarlig.

Etter § 4 skal pasientjournalen inneholde opplysninger som er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp til den enkelte pasient, jf. helsepersonelloven § 40. Journalen skal gi en oversiktlig og samlet fremstilling av pasientens helsetilstand slik at det er lett for helsepersonell å sette seg inn i pasientens helsetilstand og eventuelt videre planlagt helsehjelp. § 5 og § 6 beskriver hvilke administrative og helsemessige opplysninger journalen bør inneholde.

Ifølge § 12 skal pasientens journal føres elektronisk. Dersom det i enkelttilfeller ikke er mulig å registrere opplysningene elektronisk, kan de dokumenteres på annen måte inntil de kan registreres elektronisk. Dataansvarlig skal ha kontroll og oversikt over all behandling av helseopplysninger de selv er ansvarlig for, inkludert tilgjengeliggjøring av opplysninger til andre virksomheter.

Etter § 13 skal behandling av journalopplysninger baseres på bestemte tildelte tillatelser til å lese, registrere, redigere, rette, slette, sperre eller på annen måte behandle opplysninger i journalen (autorisasjon). Autorisasjonen skal:

- Beskrive rettighetene og pliktene som autorisasjonen omfatter
- Angi hvilke virksomheter autorisasjonen omfatter
- Dokumenteres i virksomhetens oversikt over helsepersonells autorisasjoner
- Være tidsbegrenset
- Vurderes på nytt når det oppstår endringer i ansvarsområder eller ansettelsesforhold

Journalopplysninger kan bare gjøres tilgjengelig for personell som gjennom autentisering kan bekrefte sin identitet på en sikker måte. Den dataansvarlige skal ha oversikt over hvem som har tilgang til hvilke typer opplysninger og kunne kontrollere i ettertid hvem som har benyttet seg av tilgangen.

Kommunale vedtak og retningslinjer

Kommunale vedtak og retningslinjer er de skriftlige vedtak og retningslinjer kommunen har internt. Der disse er benyttet til å gjøre vurderinger i løpet av revisjonen er de beskrevet i revisjonsrapportens hoveddel, kapitlene tre til fem.



Kontakt oss

Harald Sylta

Partner

T +47 40 63 96 66

E harald.sylta@kpmg.no

Magnus Heggen

Senior Associate

T +47 90 02 49 60

E magnus.heggen@kpmg.no

kpmg.no

SAKSGANG		
Utvalg	Møtedato	Saksnr
Kontroll- og kvalitetsutvalget	17.03.21	12/21
Saksansvarlig:	Arkivkode:	Arkivsak:
Toril Hallsjø	212	

OM KOMMUNALE HAVNER OG KAIANLEGG

Sekretariatets forslag til vedtak:

Karmøy kontroll- og kvalitetsutvalg tar rådmannens orientering om salg av havner og kaianlegg til orientering.

Vedlegg: Rådmannens brev av 05.03.21

Bakgrunn

Kontroll- og kvalitetsutvalget vedtok enstemmig i møtet 27.01.21, under refertasakene, sak 7/21 følgende:

Karmøy kontroll- og kvalitetsutvalg ber om en tilbakemelding fra rådmannen på henvendelsen om prosedyrene rundt avhending av kommunale havner/kaianlegg til møtet 17.03.21.

Det skriftlige svaret leveres sekretariatet innen 05.03.21. Utvalget ber også om at rådmannen orienterer om saken i møtet 17.03.21.

Utvalget bl.a. påse «....at det føres kontroll med at den økonomiske forvaltning foregår i samsvar med gjeldende bestemmelser og vedtak».

Rådmannens tilbakemelding

Sekretariatet mottok tilbakemelding i brev av 08.03.21 hvor det gjøres greie for eierforhold vedr. Kopervik Havn og andre havner og kaianlegg i Karmøy kommune. Av de 38 kaiene som nå er tilbakelevert er det innhentet tilstandsrapport og rådmannen vil legge fram notat for kommunestyret om videre bruk. For de fleste vil drift og vedlikeholdt bli foreslått overført båt- og havneforeninger, noen kaier vil bli foreslått beholdt og oppgradert og driftet av kommunen, mens for en til to av kaiene vil de bli vurdert solgt til privat bruk.

Sekretariatets kommentarer

Sekretariatet mener rådmannen i denne saken har gitt en grei tilbakemelding og mener utvalget kan ta tilbakemeldingen til orientering.

Det har vært praksis for at rådmannen møter i utvalget og orienterer eller svarer på spørsmål, i tillegg til den skriftlige oversendelsen.

Aksdal, 10.03.21

Toril Hallsjø

Daglig leder/utvalgssekretær

SAKSGANG		
Utvalg	Møtedato	Saksnr
Kontroll- og kvalitetsutvalget	17.03.21	13/21

Saksansvarlig:	Arkivkode:	Arkivsak:
Toril Hallsjø	216	

REFERAT- OG ORIENTERINGSSAKER 17.03.21

Sekretariatets forslag til vedtak:

Karmøy kontroll- og kvalitetsutvalg tar referat- og orienteringssakene 9-13/21 til orientering.

Vedlegg:

9. Statusoversikt pr. mars 2021
10. Tilbakemelding- Rogaland ktr- og kvalitetsutvalg om forvaltn.revisjon Haugalandspakken
11. Arbeidet med forvaltningsrevisjon - arbeidsmiljø og ytringsklima – e-post fra KPMG
12. Invitasjon til NKRF kontrollutvalgskonferanse 21.-22. april kl 9.00-kl 12.00 (digital)
13. Ekstraord. møte i Havnerådet 11.03.21 – en sak unntatt off. (IM)

Saksorientering

Vedlagt følger de ovenfor opplistede tema, brev, meldinger og lignende til kontrollutvalgets orientering.

Aksdal, 10.03.21

Toril Hallsjø

Daglig leder/utvalgssekretær



Karmøy kontroll- og kvalitetsutvalg - Statusoversikt mars 2021

Saker fra bestilling til behandling i kontroll- og kvalitetsutvalget

Tema	Bestilling	Tidsbruk	Status	Ferdig	Merknad
«Kvalitets- og journalsystem sykehjem»	26.08.20, sak 23/20	250 t	Rapport ferdig	Mars 2021	KPMG AS
«Arbeidsmiljø og ytringsklima»	22.10.20, sak 39/20	250 t	Under arbeid	Mai/juni 2021	KPMG AS
Orientering - miljørådgiver	18.11.20, sak 44/20	-	Marsmøte		Pernille Iden
Orientering om Husøy v/KIH IKS	18.11.20, sak 44/20	-	Maimøte		Havne- direktør
Orientering - barnevernsleder	18.11.20, sak 44/20		Junimøte		
Orientering - Destinasjon Hgsd & Hgl	18.11.20, sak 44/20		September- møte		

Saker under politisk behandling eller til oppfølging i utvalget

Forvaltningsrevisjon eller eierskapskontroll	Bestilt KU/KST	Behandlet/s i KU	Behandlet i KST	Planlagt oppfølging	Merknad
«Kvalitets- og journalsystem sykehjem»	26.08.20, sak 23/20	17.03.21, sak 11/21	10.05.21, sak	Våren 2022	9 mnd.
Oppfølging av rapport «Tidlig innsats»	05.02.20, sak 2/20	17.06.20, sak 17/20	21.09.20, sak 115/20	Våren 2021	6 mnd.

Tidligere prosjekter/orienteringer

Tema	Bestilt	Behandlet i KU	Behandlet i KST	Fulgt opp i KU/KST	Merknad
Oppfølging av rapport «Personvern»	23.01.19, sak 3/19	25.09.19, sak 36/19	25.11.19, sak 122/19	27.01.21, sak 4/21	
Orientering – barnehagesjefen	18.11.20, sak 44/20	27.01.21, sak 2/21			Einar Solheim
«Oppgaver i forbindelse m/samhandlingsreform»	31.10.18, sak 37 /18	15.05.19, sak 14/19	01.07.19, sak 77/19	21.09.20, sak 114/20	KPMG AS
Orientering om Haugaland Vekst IKS	05.02.20, sak 3/20	18.02.20, sak 43/20			Tormod Karlsen
Plan for forvaltningsrevisjon 2020-2024	27.11.19, sak 45/19	26.08.20, sak 24/20	21.09.20, sak 117/20	De neste 4 år	KPMG AS
Plan for eierskapskontroll 2020-2024	27.11.19, sak 45/19	26.08.20, sak 25/20	21.09.20, sak 116/20	De neste 4 år	KPMG AS

Haugaland kontrollutvalgssekretariat IKS

HAUGALAND KONTROLLUTVALGSSEKRETARIAT IKS
Postboks 57
5575 AKSDAL

Deres referanse:

Dato: 12.02.2021
Saksnr.: 2020/70769
Dok.nr.: 9
Saksbehandler:
Mette Jensen Moen

Forvaltningsrevisjon av Haugalandspakken - vedrørende oversendelse fra kontroll- og kvalitetsutvalget i Karmøy kommune

Viser til oversendt vedtak i Karmøy kontroll- og kvalitetsutvalg den 27.01.21 i sak 4/21 – Invitasjon til deltakelse i forvaltningsrevisjonsprosjekt av Haugalandspakken, med vedlegg.

Oversendelsen ble lagt frem for kontroll- og kvalitetsutvalget i Rogaland fylkeskommune og diskutert i møtet den 04.02.21. Utvalget fant ikke innspillene fra Karmøy relevante for fylkeskommunens deltakelse i prosjektet. Rogaland fylkeskommune går videre med prosjektmandatet slik det er vedtatt av fylkestinget.

Vi anmoder kontroll- og kvalitetsutvalget i Karmøy kommune om å samhandle med Rogaland Revisjon IKS for avklaring av kostnader og konkret bestilling av tillegg / nye problemstillinger til prosjektmandatet. Det er mulig å avvente den ferdige rapporten før det gjøres en vurdering av om det er aktuelt med en tilleggsbestilling.

Hilsen

Mette Jensen Moen
kontrollsjef

Kopi til:
ROGALAND REVISJON IKS

Dette dokumentet er elektronisk godkjent. Oppgi vårt saksnr når du svarer på brevet.

Løypemelding forvaltningsrevisjon Arbeidsmiljø og Ytringsklima

Avsender Heggen, Magnus Nedrelid <magnus.heggen@kpmg.no>
 Mottaker Toril Hallsjø <tha@kontrollutvalgene.no>
 Dato **10.03.31 kl. 10:12**

Hei igjen Toril,

Kontrollutvalget ønsket ved bestillingen av forvaltningsrevisjon av Arbeidsmiljø og ytringsklima statusoppdateringer underveis i prosjektet. I anledning møtet i neste uke har vi laget en oppsummering/løypemelding av arbeidet med forvaltningsrevisjonen så langt.

Formål

Formålet med forvaltningsrevisjonen er å undersøke i hvilken grad Karmøy kommune ivaretar sitt ansvar som arbeidsgiver etter arbeidsmiljøloven kapittel 2 A og §§ 4-2 tredje ledd og 8-2 første ledd bokstav c, andre, tredje og fjerde ledd. (jf. § 8-1); herunder hvordan kommunen legger til rette for et godt ytringsklima i organisasjonen.

Undersøkelsen vil være forbedringsorientert, og vil ha som formål å gi anbefalinger om tiltak dersom det avdekkes avvik eller mulige forbedringsområder.

Fremdrift prosjektplan per den 10. mars 2021

For å svare på problemstillingene vil vi samle inn data ved bruk av følgende teknikker:

Dokumentanalyse

Denne er gjennomført og oppsummering av fakta, funn og anbefalinger pågår.

Spørreskjema

En Questback har vært sendt ut til 1823 ansatte, og 394 (22%) har besvart. Undersøkelsen ble sendt ut til 50% av de ansatte med en representativ fordeling mellom enheter og ansettelsesråd. Undersøkelsen pågikk i to uker og ble avsluttet den 5. mars. Analyse av besvarelsene pågår.

Case (om nødvendig)

Vi har ikke funnet at Karmøy har en sentral oversikt over varslingsaker, men har fått informasjon om fem saker fra 2019. Av disse gjelder 2 arbeidsmiljø. Gjennomgang av saksbehandlingen av disse to saken pågår. I tillegg har vi hentet inn informasjon om avvik og mottatt statistikk over meldte avvik relatert til arbeidsmiljø og 10 utvalgte avvik som gjennomgås.

Intervjuer

Vi har hatt innledende samtaler med flere for å få en innsikt og oversikt over Karmøy sine system og for å få relevant dokumentasjon. Formelle oppfølgingsintervjuer planlegges uke 12 og 13.

Foreløpig plan for intervjuer er: Personal- og organisasjonssjef, Leder for varslingssekretariatet, og Mellomledere og verneombud som representerer de tre virksomhetsområdene i kommunen. Endelig utvalg til intervjuer vil gjøres etter at analyser og funn fra Questback og Case gjennomgangene er oppsummert.

Revisjonskriterier

Prosjektplanen har satt opp følgende kriterier for denne revisjonen:

Kommuneloven

Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)

Ytringsfrihet og varsling – veileder for kommuner og fylkeskommuner [KS]

I tillegg til de oppsatte kriteriene vil revisjonen også inkludere Arbeidstilsynets veiledning om varsling. Vi vil også hente inn eksempler på god praksis fra andre kommuner som kan være relevante for Karmøy og vurdere.

Med vennlig hilsen,

Magnus Nedrelid Heggen

Senior Associate, Governance, Risk and compliance (GRC)
KPMG Advisory

KPMG AS

Kontroll i pandemi og krise | #ku21nkrf

Til deltakerne på Kontrollutvalgskonferansen 2020

Vi har gleden av å invitere til NKRFs årlige Kontrollutvalgskonferanse **21. - 22. april 2021 (kl. 09.00 -12.00 begge dager)**, denne gang i form av et **digitalt arrangement**.

- Besøk våre nettsider for detaljert program og påmelding: [NKRF – Norges Kommunerevisorforbund](#)

Årets konferanse skiller seg ut – for den vil foregå i en helt spesiell situasjon – og den vil være digital. Hele landet er berørt av en pandemi. Selv om smitten varierer fra område til område, har alle på en eller annen måte erfaringer fra virkningene den har på samfunnet og enkeltmenneskene. Hvordan er det å være kontrollutvalg i en pandemi?

Få med deg foredrag fra direktør **Camilla Stoltenberg**, barneombud **Inga Bejer Engh**, assisterende helsedirektør **Espen Rostrup Nakstad** og KS-leder **Bjørn Arild Gram**. Kontrollutvalgslederne i Bergen og Stavanger - **Henning Warloe** og **Aleksander Stokkebø** - vil fortelle om grep de har gjort i en helt spesiell situasjon. **Svein Kvalvåg**, vil belyse hvordan Rogaland Revisjon IKS har jobbet med dette i Stavanger.

Noen/mange har også opplevd kriser på andre områder. Hvordan er egentlig beredskapen rundt om i Norge, men viktigst av alt: Hvordan oppleves det når livet snus på hodet på et øyeblikk?

Det vil blant andre **Elisabeth S. Aarsæther**, direktør i Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, **Anders Østensen**, ordfører i Gjerdrum, og **Bror Helgestad**, ordfører i Østre Toten, fortelle mer om.

Varsling i kommunene er mer aktuelt enn noen gang. **Sissel C. Trygstad**, forskningssjef i Fafo, **Ove Morten Haugan**, kontrollutvalgsleder i Verdal og **Torbjørn Brandt**, Konsek Trøndelag IKS, vil belyse dette temaet fra flere sider.

Konferansen rundes av med et kåseri av korrupsjonsekspert **Tor Dølvik**, Transparency International Norge og medlem av Kommunesektorens etikkutvalg.

Til å lede det hele kommer **Eva Bratholm**, kjent journalist, forfatter og programleder.

Vel møtt!

Mvh

Rune Tokle

Daglig leder

Mobil: 977 38 557

Norges Kommunerevisorforbund

Postadresse: Postboks 1417 Vika, 0115 Oslo

Besøksadresse: Haakon VII's gt. 9, 6. etasje, 0161 Oslo

Telefon: +47 23 23 97 00

E-post: post@nkrf.no

Org. nr.: 975 450 694 MVA

www.nkrf.no | [@NKRF](https://twitter.com/NKRF) | [@Kommunerevisor1](https://www.facebook.com/NKRF.no/) | [facebook.com/NKRF.no/](https://www.facebook.com/NKRF.no/)



Saksbehandlar: Kristian Wikre

Rådmann: Vibeke Vikse Johnsen

Saksnr.	Utvalg	Møtedato
	Kommunestyret	

Anskaffelsesstrategi 2021-2025

Rådmannens forslag til vedtak:

1. Karmøy kommunestyre vedtar anskaffelsesstrategi for perioden 2021-2025.

Saksutredning

Bakgrunn:

Karmøy kommune foretar årlig innkjøp for store beløp, og det stilles hele tiden strengere krav til gjennomføring av disse. Ved siden av kostnader til lønn, utgjør anskaffelser en stor del av kommunens kostnader (investering og drift). I 2020 utgjorde anskaffelser av varer og tjenester ca. 30 % av kommunenes driftsutgifter. Feilslåtte innkjøp koster dyrt, både med tanke på kvalitet, varighet og pris. Feil bruk av regelverket kan også medføre store kostnader knyttet til eventuelle bøter, og KOFA behandler årlig ca. 200 klagesaker mot offentlige oppdragsgivere. Karmøy kommune har de siste årene blitt klaget inn for KOFA. Kommunen har stort sett vunnet i disse klagesakene, men vi har også eksempler på at kommunen har vært dømt grunnet for dårlig arbeid.

Kontroll- og kvalitetsutvalget har høsten 2020 gjennomført en forenklet etterlevelseskontroll av kommunens innkjøp mellom 100 000 – 1 300 000 kr. Resultatet av den identifiserer forbedringsområder knyttet til kompetanse og etterlevelse av regelverk i organisasjonen. Utvalget har bedt om at anskaffelsesstrategi og reglement kommer på plass og implementeres i organisasjonen.

Kommunens innkjøp har store ringvirkninger, også for det lokale næringslivet. Kommunen har over 100 rammeavtaler med lokale og nasjonale leverandører. Nærmere 70 av disse avtalene er med bedrifter med adresse og ansatte på Haugalandet.

Historisk sett har mye av innkjøpene i kommunen blitt håndtert av den enkelte etat, og med varierende kompetansegrunnlag. I 2019 ble innkjøpsavdelingen plassert som egen avdeling rett under stabssjef, og hensikten var å løfte fram viktigheten av området. Avdelingen ble også styrket

med et ekstra årsverk, og består i dag av 3,8 årsverk. I tillegg kommer et midlertidig prosjekt «Anskaffelser med klimaambisjoner» som har som primæroppgave å legge til rette for økt bruk av miljø og klima i våre anskaffelser. Dette prosjektet er et samarbeid med Haugesund og Tysvær kommune.

Det er også etablert et interkommunalt samarbeid rundt innkjøp, bestående av alle kommunene på Haugalandet (10 kommuner). Innkjøpssamarbeidet har som oppgave å gjennomføre de største anskaffelsene på vegne av alle kommunene. Haugesund og Karmøy deler ansvaret for gjennomføring av konkurranser. Noen av de største anskaffelsene skjer gjennom dette samarbeidet, det være seg anskaffelser knyttet til IT-utstyr, biler, mat til sykehjem, kontorrekvisita, renholdsprodukter etc. Innkjøpsavdelingen er ikke ressursmessig i stand til å håndtere alle kommunens innkjøp. Mye av innkjøpene foregår dermed fremdeles ute i etatene, og det er derfor hele tiden et behov for påfyll av kompetanse. Innkjøpsavdelingen tilbyr støtte og kvalitetssikring til disse prosessene så langt det lar seg gjøre.

Digitaliseringen har også satt sitt preg på innkjøp. Det er i dag et krav at all kommunikasjon mellom oppdragsgiver og tilbyder over den nasjonale terskelverdien skal skje digitalt. Kommunen bruker verktøyet fra Merccell for gjennomføring av konkurranser og som kontraktsadministrasjonsverktøy. I vedtatt planprogram er det bestilt en anskaffelsesstrategi, og den ligger som vedlegg til saken. Det er første gang Karmøy kommune vedtar en egen strategi for anskaffelsesområdet. Parallelt med anskaffelsesstrategien utarbeides det et oppdatert administrativt reglement for anskaffelser.

Saksopplysninger

Anskaffelser er et strategisk viktig område for kommunen og strategien skal være med og sikre at kommunen når sine mål. Strategien er forankret i de «Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging - Bærekraftsmålene».

Hovedmål for strategien

Kommunens anskaffelser skal styrke kommunens strategiske rolle som tjenesteleverandør og samfunnsutvikler. Anskaffelsene skal sikre bærekraftig forbruks- og produksjonsmønstre, bekjempe klimaendringene, bidra til bærekraftig verdiskapning og innovasjon, skape tillitt og bygge gode partnerskap.

Strategien består av fem satsningsområder:

1. Anskaffelsene skal organiseres effektivt, med avklarte roller og rett kompetanse
2. Anskaffelsene skal bidra til bedre behovsdekning og bidra til bærekraftig verdiskapning
3. Innkjøpsprosessene i kommunen skal være gjennomsluktige, digitale, gi tillitt og mulig å etterprøve
4. Anskaffelsene skal styrke kommunens samfunnsansvar – gjennom å etterspørre bærekraftige løsninger som vektlegger jobbskaping, klima og miljø, etisk handel og kampen mot arbeidslivskriminalitet
5. Anskaffelsene skal bidra til innovasjon og bygge gode partnerskap i markedet.

Det er i arbeidet med strategien brukt veilederen til DFØ (digitaliseringsdirektoratet). Strategien er i henhold til lov om offentlige anskaffelser. Stortingsmelding om offentlig innkjøp av 10. april 2019 – «Smartere innkjøp – effektive og profesjonelle offentlige innkjøp» har også lagt føringer for arbeidet med anskaffelsesstrategien.

Satsningsområdene tar for seg ulike sider av innkjøpsarbeidet, og skal sikre god forankring og styring av innkjøpsfunksjonen, gi gode innkjøp og ta vare på kommunen sitt samfunnsansvar på en god

måte. Satsningsområde 1-3 styrker særlig rollen som tjenesteleverandør og 4-5 støtter opp om rollen som samfunnsutvikler.

Dette er i tråd med flere av FN sine bærekraftsmål. Det er særlig bærekraftsmålene knyttet til ansvarlig forbruk og produksjon, anstendig arbeid og økonomisk vekst, innovasjon og infrastruktur, stoppe klimaendringene og samarbeid for å nå målene som berøres i anskaffelsesstrategien. Gjennom satsningsområde 5 ønsker kommunen blant annet å legge til rette for at lokale leverandører skal komme i posisjon som leverandør til kommunen ved mulig oppdeling av større anskaffelser. Dette kan blant annet gjøres ved dialogkonferanser. Kommunen ønsker også å legge til rette for møteplasser mellom kommunen og lokale leverandører.

I løpet av de siste årene har flere av de største kommunene i landet startet med å stille krav til utslippsfrie byggeplasser. I Bergen gjelder kravet til utslippsfrie byggeplasser blant annet rehabiliteringen av byens rådhus, der det foreløpig bare har vært en spesialgravemaskin for avfallssortering som bryter med kravet. Bergen kommune valgte å rehabilitere rådhuset i stedet for å bygge nytt. Prosjektets klimagassregnskap viser at rehabiliteringen gir 32 prosent lavere klimagassutslipp. Karmøy kommune har ikke kommet dit ennå, men kanskje vi i løpet av noen år kan starte dialogen med det lokale markedet.

Anskaffelsesstrategien skal gi grunnlaget for lik forståelse av anskaffelser av varer og tjenester, slik at det overordnede målet nås. Strategien gjelder for alle områder i kommunen.

Det er tatt hensyn til at strategien skal være retningsgivende og lett å sette seg inn i. Forslaget til anskaffelsesstrategi er lagt på et relativt overordnet nivå, og det er forutsatt at den følges opp med en administrativ handlingsplan med tiltak og anskaffelsesreglement etter politisk vedtak.

Rådmannens kommentarer

Det har vært gjort mye godt arbeid rundt innkjøp i kommunen i mange år og det har hele tiden vært jobbet med forbedringer. Samtidig ser rådmannen at det er viktig å få på plass en anskaffelsesstrategi, og deretter et reglement som skal støtte opp under strategien. Det gjøres årlig innkjøp for anslagsvis 900 millioner kroner, og feil i gjennomføringen av anskaffelser kan bli kostbart. Digitalisering har gitt, og vil gi, større kontroll; og samtidig blir behovet for kompetanse større. Og det er hele tiden en vurdering hvordan innkjøp skal organiseres.

Nasjonale føringer, særlig innen klimaarbeidet, gjør at ulike elementer, i tillegg til pris, i fremtiden vil måtte tillegges større vekt enn det som har vært det vanlige hittil.

En anskaffelsesstrategi vil gi en retning og styring knyttet til innkjøp, og rådmannen ønsker den velkommen.

Vedlegg:

Anskaffelsesstrategi