

Agder Sekretariat
Sekretariat for kontrollutvalg i Agder

Til kontrollutvalgets medlemmer i Lyngdal kommune

INNKALLING TIL MØTE I KONTROLLUTVALGET

Tid/sted: mandag 12. mai 2025 kl. 13.00 i møterom formannskapssalen

SAKSLISTE

ORIENTERING

REFERATSAKER

- Ref. 01/25 Statsforvalteren i Agder – kommunebilde Lyngdal kommune desember 2024
- Ref. 02/25 Arbeidstilsynet 01.11.24 – oppfølging av tilsyn bofellesskap, psykisk helse
- Ref. 03/25 Arbeidstilsynet 23.12.24 – oppfyllelse av pålegg etter tilsyn bofellesskap, psykisk helse
- Ref. 04/25 Statsforvalteren i Agder 19.06.24 – rapport etter systemrevisjon Lyngdal helsehus, hjemmeboende eldre
- Ref. 05/25 Statsforvalteren i Agder 10.03.25 – avslutning av tilsyn systemrevisjon Lyngdal helsehus
- Ref. 06/25 Arbeidstilsynet 24.02.25 – dokumenttilsyn muskel- og skjelettplager, Lyngdal helsehus avdeling Institusjon

SAKER

- SAK 09/25 GODKJENNING AV MØTEBOK FRA 17.03.25
- SAK 10/25 ÅRSREGNSKAP LYNGDAL KOMMUNE 2024, KONTROLLUTVALGETS UTTALELSE
- SAK 11/25 PROSJEKTPLAN EIERSKAPSKONTROLL Q43 Q FIRE TRE AS

FASTE POSTER/

Nytt fra revisor:

Videre arbeid i kontrollutvalget:

EVENTUELT

Lyngdal, den 5. mai 2025

Roar Lindland
Leder

Willy Gill
Utvalgssekretær

Eierkommuner:
Bygland, Bykle, Evje og Hornnes,
Farsund, Flekkefjord, Hægebostad,
Iveland, Kvinesdal, Lindesnes,
Lyngdal, Sirdal, Valle, Åseral

Ansatte:
Daglig leder Willy Gill
Telefon: 90 95 62 46
E-post: willy.gill@asekretariat.no

Rådgiver Inger Lise Austrud
Telefon: 91 86 99 75
E-post: inger.lise.austrud@asekretariat.no

Agder Sekretariat

Sekretariat for kontrollutvalg i Agder

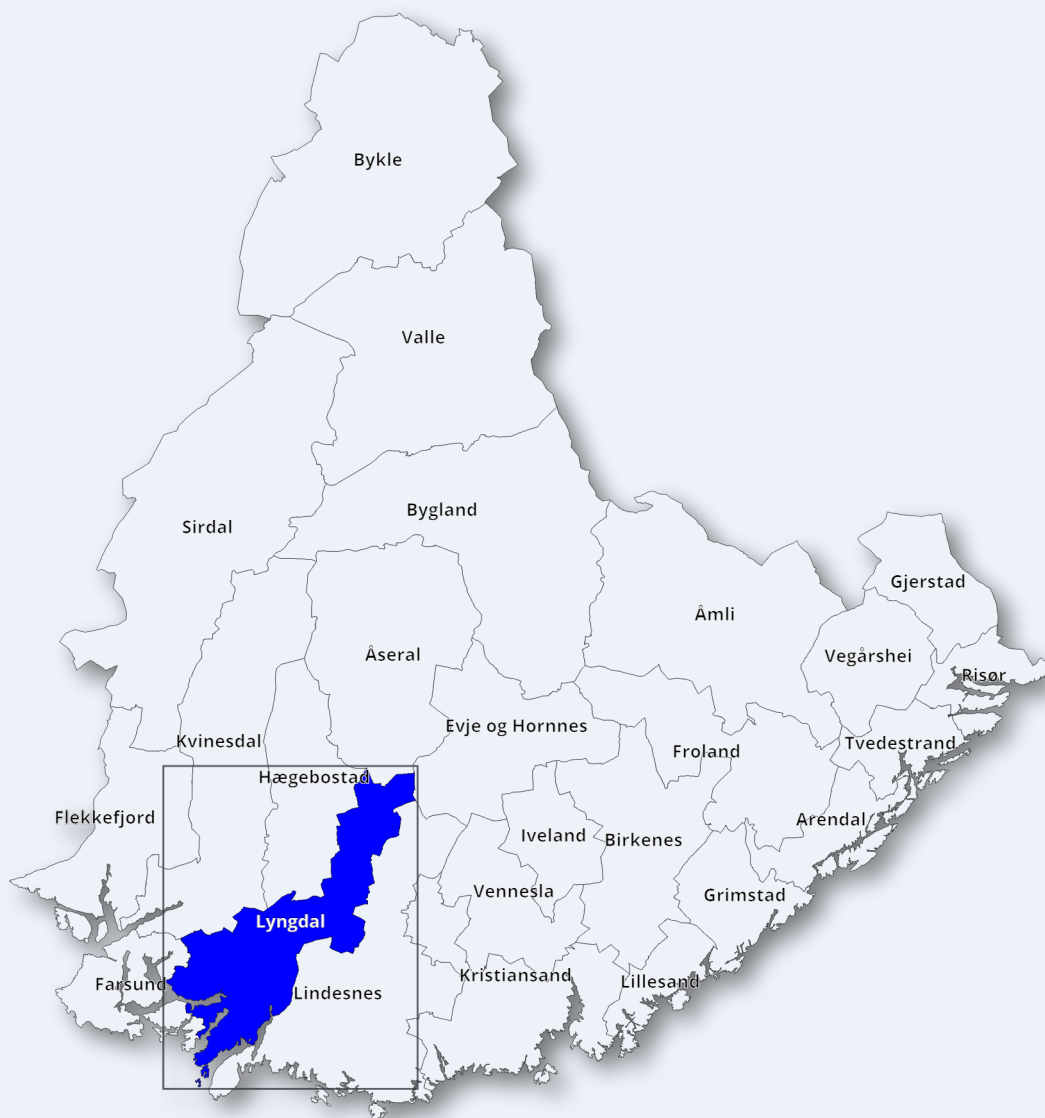
Forfall og melding om mulig inhabilitet bes meldt til sekretær på tlf. 90 95 62 46.
Kopi sendt elektronisk til: Varamedlemmer, ordfører, kommunedirektør og revisor



Statsforvalteren i Agder

Kommunebilde - Lyngdal Desember 2024

Et grunnlag for dialog mellom Lyngdal kommune og Statsforvalteren i Agder



Innhold

Innledning

Fakta om kommunen

Kort om kommunen

Befolkning

Bo- og arbeidsmarked

Kommunal organisasjon og ledelse

Innvandring

Statsforvalterens hovedbilde av kommunen

Statsforvalterens bilde av tjeneste- og forvaltningsområder

Barnehage

Barnevern

Folkehelse

Grunnskole

Integrering og bosetting

Kommunal planlegging

Kommunal økonomi

Kommunehelsetjenesten

Landbruk

Likestilling

Miljø og klima

Omsorgstjenestene

Samfunnssikkerhet og beredskap

Sosialtjenesten

1. Innledning

Statsforvalteren i Agder søker kunnskapsbasert dialog med kommunene i fylket. Derfor legger kommunale planer, kommunestatistikk og kommunebildene, sammen med Statsforvalterens kommunebesøk, viktige premisser for dialogen. Kommunebildene gjengir embetets «bilde» og inntrykk av kommunen, både av kommunen som helhet og av enkelttjenester og forvaltningsområder som:

- Kommunal planlegging
- Kommunal økonomi
- Samfunnssikkerhet og beredskap
- Folkehelse
- Kommunehelsetjenesten
- Omsorgstjenestene
- Sosialtjenesten
- Integrering og bosetting
- Barnehage
- Grunnskole
- Barnevern
- Miljø og klima
- Landbruk
- Likestilling

Kommunebildene utarbeides i forbindelse med Statsforvalterens kommunebesøk og danner grunnlaget for dialogen i disse møtene. Bildene kan bli justert i etterkant av besøket, basert på dialogen med kommunen, men da ikke med bakgrunn i ny statistikk som er publisert etter høringen av bildet. Etter besøkene publiseres bildene på Statsforvalterens nettside.

Etter denne innledningen, presenteres et utvalg av faktabasert informasjon om den aktuelle kommunens geografi, befolkning, bo- og arbeidsmarked og den kommunale organisasjonen i kapittel 2. Kapittel 3 gjengir Statsforvalterens samlede vurdering av kommunen ut fra et bredt samfunnsperspektiv og med bakgrunn i vårt bilde av kommunens tjeneste- og forvaltningsområder. Dette er blant annet basert på analyser, statistikk, utførte tilsyn, eventuelle klagesaker og dialog med kommunen. Kapitlet oppsummerer også våre områdevurderinger gitt i kapittel 4 og lister tema Statsforvalteren ønsker dialog om under Statsforvalterens kommunebesøk.

Kapittel 4 har følgende gjennomgående innhold og struktur i de områdevis delkapitlene:

Fokusområder

Fokusområdene angir med utgangspunkt i statlige forventninger, politikk og vår kjennskap til kommunen, hvilke områder som Statsforvalteren i et forvaltnings- og utviklingsperspektiv vil legge særlig vekt på i dialogen om de enkelte tjeneste- og forvaltningsområdene.

Sentrale nøkkeltall

Under sentrale nøkkeltall gjengis relevant statistikk som gir et overordnet bilde av tjeneste- eller forvaltningsområdet sett opp mot fokusområdene eller området som helhet. Nøkkeltallene er hentet fra ulike kilder, men hovedsakelig fra SSB.

Samlet vurdering av området

Den samlede vurderingen av området gjengir Statsforvalterens inntrykk av tjeneste- eller forvaltningsområdet for kommunen som organisasjon sett opp mot fokusområdene, herunder:

- Relevant informasjon for helhetsbildet
- Styrker og muligheter
- Svakheter, utfordringer og sårbarhet
- Framtidsperspektivet – utfordringsbildet og handlingsrom

Det benyttes "trafikklys" for å visualisere Statsforvalterens inntrykk av tjeneste- eller forvaltningsområdet som helhet. Fargen som settes gjengir vår vurdering med tanke på kvalitet, sårbarhet og bærekraft per dags dato, og i hvilken grad det er indikasjoner på avvik eller risiko for avvik fra det som forventes i lov, forskrift og god faglig praksis. Vurderingen gjengis med fargene rød, gul og grønn for hhv. svak, middels eller god. Sammen med fargen gis det en kort tekstlig oppsummering og begrunnelse.

Vurderingene er basert på tilgjengelige data per oktober 2024.

Sentrale tema

Sentrale tema er tema/forhold som det vil være særlig aktuelt å følge opp i dialogen mellom kommunen og Statsforvalteren eller i kommunens eget utviklingsarbeid. Det legges ikke opp til en omfattende dialog om alle punktene listet under Sentrale tema i kapittel 4 under Statsforvalterens kommunebesøk, men enkelttema kan bli løftet inn i agendaen for besøket.

2. Fakta om kommunen

2.1 Kort om kommunen

Kort om kommunen

"Lyngdal er ein kommune i Agder fylke. Kommunen vart til ved samanslåing med Audnedal kommune i 2020, som del av den landsomfattande kommunereforma.

Den tidlegare kommunen Lyngdal omfatta kysten mellom Grønsfjorden/Lenefjorden i aust og Åptafjorden i vest, landet på både sider av Lyngdalsfjorden sin indre del og dalføret rundt Lygna innanfor, til litt nord for Birkeland, i tillegg til heiane omkring.

Frå 2020 omfattar kommunen òg tidlegare Audnedal kommune i nordaust, det vil seie øvre del av Audnedalen med elva Audna, og dessutan bygda Sveindal i Mandalen, begge med heiane omkring.

Lyngdal vart oppretta som kommune som ledd i innføringa av det lokale sjølvstyret i 1837. Kvås og Austad vart i 1908 skilde ut som eigne kommunar. I 1963 vart Lyngdal slegne saman med Kvås og Austad igjen, og vart samstundes tillagd Gitlevåg-området, av dåverande Spangereid kommune. Lyngdal fekk dei noverande grensene sine i 2020, då kommunen vart samanslegen med Audnedal.

Lyngdal grensar etter dette til Hægebostad i nordvest, Åseral i nord, Evje og Hornnes i nordaust, Lindesnes i aust og søraust og Farsund og Kvinesdal i vest.

Kommunestyret vedtok i 2002 at tettstaden Lyngdal kan bruke nemninga by."

Denne beskrivelsen er sitert med basis i Store norske leksikons oppsummering, men kvalitetssikret av Statsforvalteren i Agders kommunebilde-redaktør.

Kilde, Store norske leksikon: <https://snl.no/Lyngdal>



Innbyggertall	10 796 (2024)
Målform	Nøytral
Landareal	606 km ²
Lokalavis	Lyngdals Avis

Innbyggernavn	Lyngdøl
Kommunennummer	4225
Befolkningstetthet	17,82 innb./km ²



LYNGDAL KOMMUNE

Kommunevåpenet til nye Lyngdal kommune (godkjent i 2020) viser et hvit tre ved en elv på grønn bakgrunn. Det symboliserer at skogbruk og landbruk står sterkt i den nye sammenslåtte kommunen, men også at folket der er opptatt av vekst og virksomhet.

2.2 Befolkning

Grafen under viser de demografiske forholdene for aldersfordelingen i Lyngdal kommune etter tilgjengelige data per 2. kvartal 2024. Figuren viser at alderskonsentrasjonen ikke ligger i det høyere sjiktet sammenlignet med andre kommuner i Agder. Det er derfor prognostisert at kommunen vil oppleve en noe svakere vekst i andelen andelen 67 år eller eldre frem mot 2050, i forhold til andre Agder-kommuner. Dette vil få betydning for tjenestenivå og -tilbud i kommunen, samt for andre samfunnsmessige områder og for den økonomiske situasjonen i kommunen.

Aldersfordeling for innbyggerne i kommunen

Alder



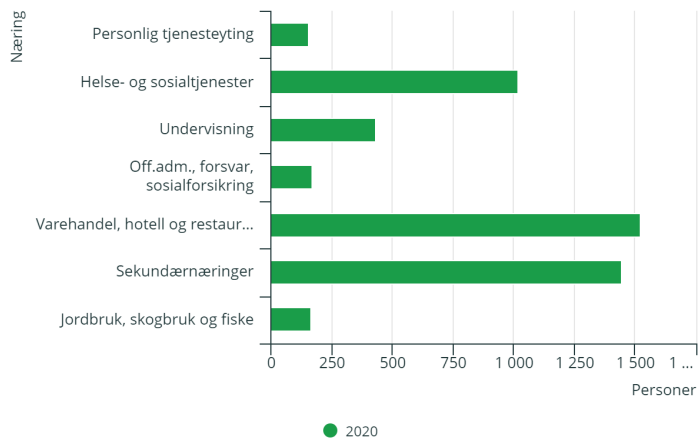
Kilde: Befolkning, Statistisk sentralbyrå

Aldersfordeling i Lyngdal kommune etter tilgjengelige data per 2. kvartal 2024. Kilde: SSB

2.3 Bo- og arbeidsmarked

Figuren under viser hva innbyggerne i Lyngdal kommune jobber med etter tilgjengelige data per 2. kvartal 2024.

Hva innbyggerne jobber med



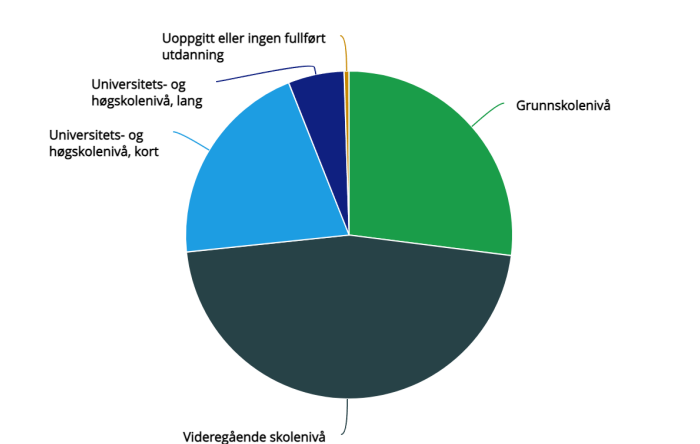
Kilde: Sysselsetting, registerbasert, Statistisk sentralbyrå

Hva innbyggerne i Lyngdal kommune jobber med etter tilgjengelige data per 2. kvartal 2024. Kilde: SSB.

Figuren under viser fordeling høyeste fullførte utdanningsnivå i Lyngdal kommune etter tilgjengelige data per 2. kvartal 2024. Utdanning på universitets- og høyskolenivå regnes som kort om den varer i 1-3 år, og lang om den varer i 4 år eller mer.

Figuren under viser fordeling høyeste fullførte utdanningsnivå i Lyngdal kommune etter tilgjengelige data per 2. kvartal 2024. Utdanning på universitets- og høyskolenivå regnes som kort om den varer i 1-3 år, og lang om den varer i 4 år eller mer.

Høyeste fullførte utdanningsnivå



Kilde: Befolkningens utdanningsnivå, Statistisk sentralbyrå

Høyeste fullførte utdanningsnivå i Lyngdal kommune etter tilgjengelige data per 2. kvartal 2024. Kilde: SSB.

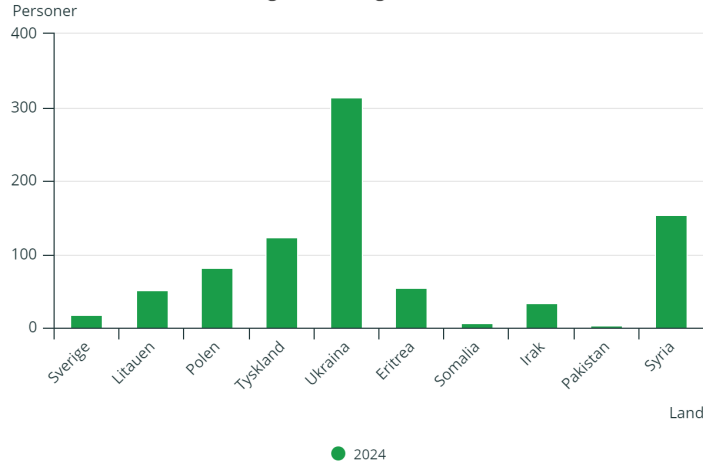
2.4 Kommunal organisasjon og ledelse

Visjon og verdier	Vi vil - vi våger! ; Fornye og forene	Ordfører	Unni Nilsen Husøy (FrP)
Politisk organisering	Kommunestyre og formannskap	Kommunestyret	29 plasser. FrP (10), H (5), KrF (5), Ap (3), Sp (3), V (2), INP (1)
Valgdeltakelse	66,5 % (2023)	Kommunedirektør	Kjell Olav Hæåk
Administrativ organisering	Kommunedirektør; Tre sektorer: Oppvekst og kultur, Helse og velferd, Plan og teknisk; Tre stabsområder: HR, Økonomi, Utvikling; (Samfunnsplan og næring (ikke del av den administrative ledergruppa))	Ansatte	1033 fast ansatte; årsverk ikke oppgitt

2.5 Innvandring

Figuren viser hvor mange personer som bor i kommunen som enten har innvandret selv eller er barn av to innvandrere med bakgrunn fra utvalgte land. 2. kvartal 2024.

Personer med innvandrerbakgrunn. Utvalgte land.



Kilde: Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, Statistisk sentralbyrå

Personer med innvandrerbakgrunn. Utvalgte land. 2. kvartal 2024. Kilde: SSB.

3. Statsforvalterens hovedbilde av kommunen

3.1 Samlet vurdering av område



Svake områder		2
Integrering og bosetting	Likestilling	
Middels områder		6
Barnehage	Kommunal økonomi	
Grunnskole	Miljø og klima	
Kommunal planlegging	Omsorgstjenestene	
Gode områder		6
Barnevern	Landbruk	
Folkehelse	Samfunnssikkerhet og beredskap	
Kommunehelsetjenesten	Sosialtjenesten	
Ikke vurderte områder		0

Alle områder har nok informasjon til å bli vurdert.

3.2 Samlet vurdering av kommunen

Relevant faktainformasjon

For Lyngdal kommune har Statsforvalteren i Agder gjort del-vurderinger innenfor 14 fagområder. I noen tilfeller kan ulike områder flyte over i hverandre eller være noe begrensede i omfang, men vurderingene er uansett gjort isolert for den enkelte sektor i kommunen. Samordninger, løsninger osv. kan i praksis ses som nødvendige selv om områdebildene altså er vurdert isolert sett.



I trafikklys-vurderingen (grønn-gul-rød) for Lyngdal kommune per 2024 er 6 områder vurdert til å være God (grønn), 6 områder vurdert til å være Middels (gul) og 2 områder vurdert til å være Svak (rød). Det er noe utfordrende å putte en enkelt fargekode på hvert områdebilde, men det er forsøkt etter beste evne å klassifisere Lyngdal kommunes situasjon, slik Statsforvalteren i Agder tolker den, etter trafikklysmetoden, men med utdypende forklaringer under hvert områdebilde.

Det henvises til hvert områdebilde for en nærmere vurdering av det enkelte området.



Styrker og muligheter

Det henvises til hvert områdebilde for en nærmere vurdering av det enkelte området.



Svakheter og utfordringer

Det henvises til hvert områdebilde for en nærmere vurdering av det enkelte området.

Framtidsbildet - bærekraft og handlingsrom

I Handlingsprogram og økonomiplan 2024-27 med budsjett 2024 heter det at Lyngdal kommunes utfordringer kan "oppsummeres slik:

- press på tjenestene som følge av at vi blir flere eldre og færre barn, samt rekrutteringsutfordringer
- utenforskap
- mottak og bosetting av flyktninger
- fortsatt noe ubalanse i driften med negativt driftsresultat i 3 av de 4 årene i handlingsplanperioden
- endringer i klimaet med mer ekstremvær
- høy gjeld
- lite handlingsrom for nye tiltak

Alt dette betyr at det er behov for omstilling og nytenkning framover.



Lyngdal skal være en god kommune for innbyggerne å bo og leve i. For å bedre balansen i økonomien samtidig som vi fortsetter å levere gode tjenester må kommunen se på omstilling i alle virksomheter. Kommunen opplever trange økonomiske rammer og høye forventninger fra innbyggerne. Det er derfor viktig å få en felles forståelse av situasjonen vi står i og hvilke nødvendige prioriteringer som må gjøres.

Forslag både til budsjett og handlingsplan er svært stramt, samtidig som det som nevnt over er lagt opp til merforbruk i 3 av de 4 årene i handlingsplanperioden. Vi har også lite reserver å møte usikkerheten med. Det er prioritert å bruke midler på forebyggende tiltak i barnehagene "team 1825". Dessverre har vi ikke funnet rom for å legge inn prosjekter som "Fritidskortet" og ny idrettshall ved Lyngdal stadion. Begge disse er prosjekter kommunestyret tidligere har uttrykt forventning om at blir realisert.

Lyngdal kommune har inngått en opsjonsavtale med Hausvik Energy Yard (HEYAS) om leie av industriområdet på Hausvik. Dette er svært positivt og kan gi store muligheter for et nytt industrieventyr i Lyngdal. Det kan bety arbeidsplasser, befolkningsvekst og inntekter for kommunen."

Statsforvalteren i Agder deler disse overordnede bemerkningene gjort i 2023. Lyngdal kommune burde etterstrebe å implementere den langsiktige situasjonsforståelsen i det daglige arbeidet, slik at fremtidens utfordringer snus og brukes til det positive i den løpende utviklingen av kommunen.

3.3 Dialogtema

Sentrale tema

Det vises i sin helhet til de ulike områdebildene lengre ned i dokumentet. Under bolkene "Sentrale tema" er de mest sentrale dialogtemaene Statsforvalteren i Agder ønsker å ha med kommunen listet opp. Disse temaene skal innenfor hvert fagområde være utgangspunkt for dialogen.

4. Statsforvalterens bilde av tjeneste- og forvaltningsområder

4.1 Barnehage

Middels

Lyngdal kommune oppfyller pedagog- og bemanningsnormen, men dispensasjon i en barnehage. Andel barne- og ungdomsarbeidere er noe høyere enn landsgjennomsnittet.

Kommunen er en del av Lister kompetansenettverk i regional ordning for kompetanseutvikling i barnehagene (Rekomp). Gjennom deltakelse i Rekomp og kompetanseløftet gis det mulighet til at barnehagene i kommunen utvikler sin pedagogiske praksis gjennom barnehagebasert kompetanseutvikling.

Kommunene i Lister har gått sammen og opprettet et interkommunalt barnehagemyndighetsnettverk.

Det ble ikke gjennomført tilsyn i barnehagene i 2023.

Andelen av minoritetsspråklige barn i barnehage er lav.

Etter samlet vurdering settes barnehageområdet på middels.

4.1.1 Fokusområder

- Kommunen må sikre et samordnet og samarbeidende tjenestetilbud for å nå mål om koordinerte tjenester til rett tid.
- Kommunen må sikre at barn og unges rett til å bli hørt er ivaretatt i alle saker som angår dem, både overordnet og i enkeltsaker.
- Hvordan vil kommunen jobbe aktivt med rekruttering av barnehagelærere for å møte kravet til kompetanse? Det nasjonale målet er at 60 % av de tilsatte i hver barnehage skal være barnehagelærere innen 2030.

4.1.2 Tilsyn

Statsforvalterens tilsyn

Statsforvalteren fører tilsyn med at kommunen som barnehagemyndighet oppfyller sine plikter etter barnehageloven. Kommunene blir valgt ut basert på en risiko og sårbarhetsvurdering. Statsforvalteren hadde ingen tilsyn på barnehageområdet med kommunen i 2023.

Kommunens tilsyn med barnehagene

Kommunen fører tilsyn med at barnehagene drives i samsvar med barnehageloven med forskrifter. Barnehagene skal velges ut basert på en risiko- og sårbarhetsvurdering, jf. barnehageloven § 10. Det fremgår av basil per 15.12 at det ikke har vært gjennomført tilsyn i noen av barnehagene i 2023.

4.1.3 Sentrale nøkkeltall

Andel barn 1-5 år i barnehage, i forhold til innbyggere 1-5 år (prosent) Kilde: SSB	2022	2023	Hele landet med Oslo
	87,3%	85,6%	93,8%

Andel barn 1-2 år i barnehage, i forhold til innbyggere 1-2 år (prosent) Kilde: SSB	2022 73,7%	2023 70,6%	Hele landet med Oslo 88,6%
Andel barn 3-5 år i barnehage, i forhold til innbyggere 3-5 år (prosent) Kilde: SSB	2022 95%	2023 95%	Hele landet med Oslo 97,2%
Andel barnehagelærere i forhold til grunnbemanning (prosent) Kilde: SSB	2022 49,3%	2023 41,4%	Hele landet med Oslo 40,8%
Antall barn per ansatt Kilde: Udir	2022 5,9	2023 5,9	Hele landet med Oslo 5,7
Variabler Eierform: Alle Eierformer Barnehagestr: Alle Barnehagestørrelser			
Andel minoritetsspråklige barn i barnehage i forhold til innvandrerbarn 1-5 år (prosent) Kilde: SSB	2022 58%	2023 68,6%	Hele landet med Oslo 87,4%
Andel barn i kommunale barnehager i forhold til alle barn i barnehage (prosent) Kilde: SSB	2022 52,5%	2023 55,7%	Hele landet med Oslo 51,1%

4.1.4 Samlet vurdering av området

Relevant faktainformasjon

Lyngdal kommune har 4 kommunale og 6 private barnehager. Det er til sammen er 535 barn i barnehagene. 172 barn fra 1-2 år og 363 barn fra 3-5 år. Andelen barn i barnehage er lavere enn landssnittet særlig blant 1-2 åringene.

41,5% av de ansatte i barnehagene er barnehagelærere som er litt bedre enn snittet nasjonalt. Andelen barne- og ungdomsarbeidere er 28,8%, dette er også litt høyere enn nasjonalt snitt. Det er en andel på 3,9% menn som arbeider i barnehagene mens landsgjennomsnittet er 10,5%.



Kommunen deltar i regional ordning for kompetanseutvikling i barnehagene (Rekomp) i nettverket Lister kompetansenettverk. Listerregionen har laget en felles plan for alle kompetanseordningene i Lister i samarbeid med Universitetet i Agder. I planen beskrives mål, kunnskapsgrunnlag, satsingsområder, rammer, partnerskap og organisering for Rekomp, Dekomp og Kompetanseløftet i Lister.

Det er inngått et administrativt vertskommunesamarbeid innenfor kommunens rolle som barnehagemyndighet. Deltakerkommunene er samtlige kommuner i Lister med Kvinesdal som vertskommune. Barnehagemyndigheten i Lister har to virkeområder; tilsyn og dispensasjoner.

Styrker og muligheter

Alle barnehagene i Lyngdal, både kommunale og private, er med i Regional ordning. Satsingen i nettverket omfatter 38 barnehager, i 2024 mottok nettverket kr 1.8 millioner i statlige kompetansemidler. Lyngdal er vertskommune for samarbeidet og Universitetet i Agder (UIA) inngår i partnerskapet med faglig veiledning.



Når det gjelder utøvelse av barnehagemyndighetsrollen (spesielt oppgaver som tilsyn og behandling av dispensasjonssøknader) kan kravet til uavhengighet være krevende for kommuner med få personer ansatt for å jobbe med barnehagefeltet. Kommunene i Listersamarbeidet har gått sammen og opprettet et interkommunalt barnehagemyndighetsnettverk som skal ivareta uavhengighet i oppgaver oppgaver som tilsyn og behandling av dispensasjonssøknader.

I foreldreundersøkelsen for 2023 hadde barnehagene i kommunen en svarprosent på 58,2 %, noe som er litt lavere enn det nasjonale gjennomsnittet på 65,9 %. Når det gjelder foreldretilfredshet, var gjennomsnittsscoren 4,6 av 5,0, som er noe høyere enn landsgjennomsnittet.

Svakheter og utfordringer

I Lyngdal er det 41,4 % barnehagelærere i grunnbemanningen og 28,8 % er barne- og ungdomsarbeidere (fagarbeidere). Andelen barnehagelærere og fagarbeidere er høyere enn landsgjennomsnittet, og høyere enn snittet for Agder. Regjeringen har som mål at 60 % av de ansatte i barnehagen skal være barnehagelærere og 25 % barne- og ungdomsarbeidere/fagarbeidere innen 2030 (Regjeringen, 2023).



Andelen mannlige barnehageansatte i Norge har ligget stabilt på rundt 10 % de siste åtte årene, til tross for at regjeringen har satt et mål om at 20% av de ansatte skal være menn. Dette målet er satt for å fremme et mer balansert kjønnsmangfold i barnehagene og for å gi barna muligheten til å møte ulike rollemodeller i hverdagen. Per 15.12.2023 var andelen menn i barnehagene i Lyngdal kommune på 3,9 %.

Andelen av minoritetsspråklige barn i barnehage i forhold til innvandrerbarn 1-5 år er på 68,6 %. Gjennomsnittet for landet var i 2023 på 87,4%. At kommunen har så lav andel av minoritetsspråklige barn som går i barnehage kan bety at barna i kommunen får ulike oppvekst- og læringsmiljø.

Framtidsbildet - bærekraft og handlingsrom



I barnehagene i Lyngdal er 41,4 % av de ansatte barnehagelærere. Dette ligger under målet i strategien "Kompetanse for fremtidens barnehage", som har som mål at minst 60 % av de ansatte skal være barnehagelærere innen 2030.

På landsbasis har andelen menn blant ansatte i barnehager ligget stabilt på ti prosent de siste sju årene. Det er flest menn blant de pedagogiske lederne og annen grunnbemanning, og færrest blant styrerne. Andelen menn i de ordinære barnehagene i Lyngdal er lavere enn lands-snittet, noe som er en utfordring for å sikre at barna møter et samfunn preget av mangfold og gode rollemodeller.

4.1.5 Sentrale tema

1

Hvordan ivaretar kommunen sitt ansvar for å gjennomføre risikovurderinger for å sikre at barnehagene oppfyller kravene i barnehageloven?

2

Hvor langt har kommunen kommet i det systematiske tverrfaglige arbeidet?

4.2 Barnevern

God

Barnevernstjenesten har et aktivt samarbeid med andre kommuner om fagutvikling, og utvikler tjenestetilbudet til barn og deres familier.

Det er en høyere andel barn som har fått evaluert sine tiltaksplaner, enn det som er gjennomsnittet for landet. Det er av sentral betydning at barnevernstjenesten følger nøye med på hvordan tiltak de iverksetter virker, og gjør justeringer der det er behov. Av den grunn er det ønskelig at andelen barn som har fått evaluert sine tiltaksplaner er nærmest mulig 100%.

Barnevernstjenestens undersøkelser blir stort sett konkludert innenfor gjeldende frister.

Vi bemerker at indikatorene som er brukt i kommunebildet, er tilknyttet resultater for tjenesten samlet sett. Resultatene vil derfor være like for alle kommunene i det interkommunale samarbeidet om Lister barnevern.

4.2.1 Fokusområder

Kommunen må sikre et samordnet og samarbeidende tjenestetilbud for å nå mål om koordinerte tjenester til rett tid.
Kommunen må sikre at barn og unges rett til å bli hørt er ivaretatt i alle saker som angår dem, både overordnet og i enkeltsaker.
Kommunen må sikre helhetlig oppfølging av barn som er plassert utenfor hjemmet- og deres omsorgspersoner.

4.2.2 Sentrale nøkkeltall

Barn med barnevernstiltak i forhold til innbyggere i aldersgruppen 0-17 år (2023) Kilde: Manuell	2023 2,4%	Hele landet med Oslo 3,3%
Barn med undersøkelser eller tiltak per årsverk (2023) Kilde: Manuell	2023 19	Hele landet med Oslo 12
Fristbrudd i undersøkelsessaker (2. halvår 2023) Kilde: Manuell	2023 3%	Hele landet med Oslo 6,5%
Barn i hjelpetiltak med evaluert tiltaksplan (2023 andre halvår) Kilde: Manuell	2023 89,9%	Hele landet med Oslo 81,5%

4.2.3 Samlet vurdering av området



Relevant faktainformasjon

Styrker og muligheter



Barnevernstjenesten har en godt etablert kontakt med andre barnevernstjenester, som gir et godt grunnlag for samarbeid om videre utvikling av tjenestetilbudet.

Barnevernslederne på Agder har jevnlig kontaktpunkter som bidrar til gjensidig støtte og rådslag i faglige spørsmål som angår barnevernområdet på tvers av kommunegrenser. Barnevernstjenesten har et aktivt samarbeid med andre kommuner i læringsnettverk, som blant annet har arbeidet med faglig utvikling knyttet til fosterhjemsarbeid.

Svakheter og utfordringer



Kommunene som samarbeider om en interkommunal barnevernstjeneste må sikre at deltakerkommunene har tilstrekkelig kunnskap og eierskap til egen barnevernstjeneste, og være oppmerksomme på at en mulig fallgrube ved interkommunale tjenester er at tjenesten oppleves å være satt bort til kommunen som er vertskapskommune.

Framtidsbildet - bærekraft og handlingsrom



Kommunen må forberede seg på nye krav til kompetanse, som trer i kraft 2031. Kommunen må ha en plan for hvordan de skal sikre at kravet innfris.

Kommunen må fortsette å ha fokus på rekruttering av fosterhjem i slekt og nettverk. Det er et sentralt mål fra statlige myndigheter at flere barn skal få bo hos slekt og nettverk i de tilfeller barna ikke kan bo hjemme hos sine foreldre.

Barnevernsloven og øvrig lovgivning innen velferdstjenestene stiller krav til kommunenes evne til å samarbeide og samordne tjenestetilbudet, slik at resultatet for barna og deres familier er helhetlig hjelp som er godt koordinert. Dette må være gjenstand for systematisk arbeid og oppmerksomhet fra flere av kommunens tjenester og ledelsesnivåer.

4.2.4 Sentrale tema

1

Hvordan fungerer det tverretatlige og tverrfaglige samarbeidet mellom kommunens tjenester til barn og familier som trenger samtidig og koordinert hjelp?

2

Hvordan sikrer kommunen barn og unges rett til å bli hørt i alle saker som angår dem, både overordnet og i enkeltsaker?

3

Hvor langt har kommunen kommet i arbeidet med å sikre kvalifisert personell etter 2031?

4.3 Folkehelse

God

Kommunen har et nytt oversiktsdokument fra 2022. Planstrategien er fra 2024. Her nevnes de mest fremtredende utfordringene. I kommunens samfunnsdel av kommuneplanen (2022-2033) er levekår og livskvalitet ett av tre satsningsområder, og det er overordnede mål og strategier knyttet til folkehelseutfordringene.

I forbindelse med det landsomfattende folkehelseilsynet i 2024 svarte kommunen på spørsmål om kommunens langsiktige og systematiske folkehelsearbeid. Her svarte Lyngdal at de har brukt samfunnsmedisinsk kompetanse i utarbeidelsen av oversiktsdokumentet i 2023, og at de gjennomfører evaluering av folkehelsearbeid sitt, men ikke fører internkontroll. Tilsynet har for øvrig vist at det er få kommuner som oppgir at de gjennomfører internkontroll med folkehelsearbeidet og at dette er en generell utfordring i fylket.

4.3.1 Fokusområder

Systematisk folkehelsearbeid

4.3.2 Sentrale nøkkeltall

Systematisk folkehelsearbeid Kilde: Manuell	Nytt oversiktsdokument i 2022. Folkehelseutfordringer som trekkes frem er bl.a. livsstilssykdommer, lav deltakelse i fritidsaktiviteter blant barn og unge, lav fysisk aktivitet, overvekt og fedme, mobbing og høy andel med psykiske plager. Sosial ulikhet i helse omtales som en hovedutfordring. Både positive og negative faktorer er omtalt. I planstrategien 2024-2027 nevnes folkehelse kort og det pekes på utfordringer kommunen bør ha fokus på, men en utførlig drøfting av utfordringene ser vi ikke. I kommunens samfunnsdel av kommuneplanen (2022-2033) er levekår og livskvalitet ett av tre satsningsområder, og det er overordnede mål og strategier knyttet til folkehelseutfordringene. I forbindelse med det landsomfattende folkehelseilsynet i 2024 svarte kommunen på spørsmål om kommunens langsiktige og systematiske folkehelsearbeid. Her svarte Lyngdal at de har brukt samfunnsmedisinsk kompetanse i utarbeidelsen av oversiktsdokumentet i 2023, og at de gjennomfører evaluering av folkehelsearbeid sitt, men ikke fører internkontroll. Tilsynet har for øvrig vist at det er få kommuner som oppgir at de gjennomfører internkontroll med folkehelsearbeidet og at dette er en generell utfordring i fylket.
---	--

4.3.3 Samlet vurdering av området



Styrker og muligheter

Kommunen jobber systematisk med folkehelsearbeid etter folkehelseloven og har definerte satsingsområder med utgangspunkt i sine folkehelseutfordringer.

Framtidsbildet - bærekraft og handlingsrom



Kommunen bør fortsette å jobbe systematisk arbeidet med folkehelse. Systematisk innsats på folkehelseområdet kan bidra til å redusere behovet for helse- og omsorgstjenester og sikre bærekraft fremover.

4.3.4 Sentrale tema

1	Hvordan vil dere jobbe systematisk med folkehelse etter folkehelseloven?
---	--

4.4 Grunnskole

Middels

Færre elever enn i landet for øvrig sier i Elevundersøkelsen at de opplever å bli mobbet på skolen - dette gjelder både på 5. trinn og på 10. trinn. Dette er positivt, og det er viktig å jobbe videre med dette for å sikre at tallene ikke stiger igjen.

Antall elever som har vedtak om spesialundervisning (etter utgått opplæringslov) er høyere enn gjennomsnittet for landet. Disse elevene har dermed ikke tilfredsstillende utbytte av den ordinære opplæringen som skolene gir. Det å jobbe fremover med inkluderende opplæring innenfor det ordinære tilbudet vil være meget viktig og i tråd med sentrale føringer i ny opplæringslov.

Lyngdal kommune har flere elever enn landsgjennomsnittet som scorer på det laveste mestringsnivå (nivå 1) på nasjonal prøve både i regning og lesing på 5. trinn.

Kommunen ligger rett under nasjonalt nivå på gjennomsnittlige grunnskolepoeng. Grunnskolepoeng er en samlet poengsum beregnet ut fra alle standpunkt- eksamenskarakterer på vitnemålet.

4.4.1 Fokusområder

Kommunen må sikre et samordnet og samarbeidende tjenestetilbud for å nå mål om koordinerte tjenester til rett tid.
Kommunen må sikre at barn og unges rett til å bli hørt er ivaretatt i alle saker som angår dem, både overordnet og i enkeltsaker.
Kommunen må sikre at undervisningspersonalet oppfyller kompetansekravene for tilsetting

4.4.2 Sentrale nøkkeltall

Gjennomsnittlig grunnskolepoeng (antall) Kilde: SSB	2022 42,8	2023 41,9	Hele landet med Oslo 42,4
Gruppestørrelse 2 (antall) Kilde: SSB	2022 16	2023 16,6	Hele landet med Oslo 15,7
Elever i kommunale og private grunnskoler som får spesialundervisning (prosent) Kilde: SSB	2022 11,1%	2023 11,9%	Hele landet med Oslo 8%
Årstimer til spesialundervisning per elev med spesialundervisning (antall) Kilde: SSB	2022 109,8	2023 97,9	Hele landet med Oslo 146,4

Fravær på 10. trinn - median antall dager, Fravær

Kilde: Udir

Variabler

Eierform: Alle Eierformer

2021-22

0

2022-23

8

Hele landet med Oslo

8

Mestringsnivå 1, Nasjonale prøver 5. trinn

Kilde: Udir

Variabler

Prøve: Lesing

Årstrinn: 5. Årstrinn

Kjønn: Alle Kjønn

Eierform: Alle Eierformer

2022-23

23,6%

2023-24

28,2%

Hele landet med Oslo

25,1%

Mestringsnivå 1, Nasjonale prøver 5. trinn

Kilde: Udir

Variabler

Eierform: Alle Eierformer

Kjønn: Alle Kjønn

Prøve: Regning

Årstrinn: 5. Årstrinn

2022-23

25,7%

2023-24

30,5%

Hele landet med Oslo

26,3%

Mestringsnivå 1, Nasjonale prøver 8. og 9. trinn

Kilde: Udir

Variabler

Årstrinn: 8. Årstrinn

Kjønn: Alle Kjønn

Eierform: Alle Eierformer

Prøve: Lesing

2022-23

17%

2023-24

17,9%

Hele landet med Oslo

12,5%

Mestringsnivå 1, Nasjonale prøver 8. og 9. trinn

Kilde: Udir

Variabler

Prøve: Regning

Årstrinn: 8. Årstrinn

Eierform: Alle Eierformer

Kjønn: Alle Kjønn

2022-23

14,4%

2023-24

10,2%

Hele landet med Oslo

12,7%

Trivsel, Elevundersøkelsen, læringsmiljø

Kilde: Udir

Variabler

Årstrinn: 7. Årstrinn

Eierform: Alle Eierformer

Kjønn: Alle Kjønn

2022-23

4,2

2023-24

3,8

Hele landet med Oslo

4

Trivsel,
Elevundersøkelsen,
læringsmiljø

Kilde: Udir

Variabler

Årstrinn: 10. Årstrinn

Kjønn: Alle Kjønn

Eierform: Alle Eierformer

2022-23	2023-24	Hele landet med Oslo
4	4	4

Støtte fra lærerne,
Elevundersøkelsen,
læringsmiljø

Kilde: Udir

Variabler

Eierform: Alle Eierformer

Kjønn: Alle Kjønn

Årstrinn: 7. Årstrinn

2022-23	2023-24	Hele landet med Oslo
4,3	4,1	4,2

Støtte fra lærerne,
Elevundersøkelsen,
læringsmiljø

Kilde: Udir

Variabler

Årstrinn: 10. Årstrinn

Eierform: Alle Eierformer

Kjønn: Alle Kjønn

2022-23	2023-24	Hele landet med Oslo
3,9	4	3,9

Motivasjon,
Elevundersøkelsen,
læringsmiljø

Kilde: Udir

Variabler

Kjønn: Alle Kjønn

Eierform: Alle Eierformer

Årstrinn: 10. Årstrinn

2022-23	2023-24	Hele landet med Oslo
3,3	3,1	3,2

Mobbing på skolen
(prosent),
Elevundersøkelsen,
mobbing

Kilde: Udir

Variabler

Årstrinn: 7. Årstrinn

Eierform: Alle Eierformer

Kjønn: Alle Kjønn

2022-23	2023-24	Hele landet med Oslo
12,9%	9,4%	12,8%

Mobbing på skolen
(prosent),
Elevundersøkelsen,

2022-23	2023-24	Hele landet med Oslo

mobbing

Kilde: Udir

Variabler

Eierform: Alle Eierformer

Kjønn: Alle Kjønn

Årstrinn: 10. Årstrinn

7,9%

8,4%

10,9%

4.4.3 Gjennomførte tilsyn

Høsten 2019 førte vi tilsyn med Lyngdal kommune v/Lyngdal ungdomsskole om skolens plikt til å arbeide forebyggende og informere og involvere elever og foreldre. Vi fant at kommunen ikke overholdt regelverket og ga pålegg om retting. Etter å ha mottatt redegjørelse fra Lyngdal kommune og Lyngdal ungdomsskole avsluttet vi tilsynet i juni 2020. Våren 2021 gjennomførte vi en oppfølging av tilsynet ved å få en oppdatert redegjørelse fra kommunen. Her viste kommunen at de hadde jobbet godt og grundig videre med det som var tema for tilsynet, og at de nå hadde innarbeidet nye rutiner som var i tråd med regelverket.

4.4.4 Samlet vurdering av området

Relevant faktainformasjon



Lyngdal kommune har seks barneskoler og to ungdomsskoler med til sammen ca. 1410 elever. Barneskolene er Berge barneskole (329 elever), Byremo barneskule (81 elever), Konsmo skole (94 elever), Kvås skole (40 elever), Å barneskole (272 elever) og Årnes skole (123 elever). De to ungdomsskolene er Byremo ungdomsskole (133 elever) og Lyngdal ungdomsskole med (315 elever). I kommunen ligger også Lyngdal Kristne Grunnskole, med mulighet til å ta inn 199 elever. Per i dag går det rundt 153 elever her.

Lister PPT er et interkommunalt samarbeid mellom kommunene Farsund, Hægebostad, Kvinesdal, Lyngdal og Sirdal. Farsund er vertskommune.

Kommunen deltar i desentralisert ordning for kompetanseutvikling i skolen (Dekomp) i kompetansenettverket Lister. Fra 2022 er Lyngdal også med i Listersamarbeidet for Kompetanseløftet for spesialpedagogikk og inkluderende praksis.

Styrker og muligheter



Færre elever enn i landet for øvrig sier i Elevundersøkelsen at de opplever å bli mobbet på skolen - dette gjelder både på 5. trinn og på 10. trinn. Dette er positivt, og det er viktig å jobbe videre med dette for å sikre at tallene ikke stiger igjen.

Kommunen ligger rett under nasjonalt nivå på gjennomsnittlige grunnskolepoeng. Grunnskolepoeng er en samlet poengsum beregnet ut fra alle standpunkt- eksamenskarakterer på vitnemålet.

Svakheter og utfordringer



Antall elever som har vedtak om spesialundervisning (etter utgått opplæringslov) er høyere enn gjennomsnittet for landet. Disse elevene har dermed ikke tilfredsstillende utbytte av den ordinære opplæringen som skolene gir. Det å jobbe fremover med inkluderende opplæring innenfor det ordinære tilbudet vil være meget viktig og i tråd med sentrale føringer i ny opplæringslov.

Lyngdal kommune har flere elever enn landsgjennomsnittet som scorer på det laveste mestringsnivå (nivå 1) på nasjonal prøve både i regning og lesing på 5. trinn.

Framtidsbildet - bærekraft og handlingsrom



I tråd med endringer i velferdstjenestelovgivningen og ny barnevernslov oppfordres kommunen til å fortsette arbeidet med å sikre det tverrfaglige samarbeidet rundt kommunens barn og unge både ved kommunale og eventuelt interkommunale tjenester.

4.4.5 Sentrale tema

1

Hvor langt har kommunen kommet i det systematiske tverrfaglige samarbeidet?

2

Hvordan sikrer kommunen barn og unges rett til å bli hørt i alle saker som angår dem, både overordnet og i enkeltsaker?

3

Hvordan vil kommunen sikre at lærerne i skolen oppfyller kompetansekravene for tilsetting jf. opplæringsloven § 10-1?

4.5 Integrering og bosetting

Svak

Lyngdal kommune ligger på landsgjennomsnittet når det gjelder andel personer med innvandrerbakgrunn i alderen 16 til 25 år som verken er i videregående opplæring eller har fullført og bestått. Videre skårer kommunen middels godt på andel personer i husholdninger med vedvarende lavinntekt.

Vi ser imidlertid at Lyngdal kommune har utfordringer i deler av integreringsarbeidet. Blant annet ser vi at det er lav andel barn med innvandrerforeldre som går i barnehage, lav andel personer med innvandrerbakgrunn som er sysselsatt, svake skoleresultater for barn med innvandrerbakgrunn og høy andel personer med grunnskole som høyeste utdanningsnivå.

I integreringsarbeidet bør Lyngdal kommune se disse indikatorene i sammenheng, da deltakelse i sentrale samfunnsinstitusjoner som arbeid, skole og barnehage er viktige indikatorer for å forebygge utenforskap.

4.5.1 Fokusområder

Kommunen må sikre et samordnet og samarbeidende tjenestetilbud for å nå mål om koordinerte tjenester til rett tid.
Kommunen må sikre god, formell utdanning for alle innbyggere med innvandrerbakgrunn.
Kommunen må skape gode arenaer for hverdagsintegrering.
Kommunen må sikre at barn og unges rett til å bli hørt er ivaretatt i alle saker som angår dem, både overordnet og i enkeltsaker.

4.5.2 Sentrale nøkkeltall

Andel barn med innvandrerforeldre som går i barnehage (alder 4 år) (andel) Kilde: IMDi	2021 100	2022 64	Hele landet med Oslo 94,1
Andel personer med innvandrerbakgrunn som er sysselsatt (andel) Kilde: IMDi	2021 61,1	2022 53,2	Hele landet med Oslo 65
Personer i husholdninger med vedvarende lavinntekt (%-andel blant alle med innvandrerbakgrunn) (andel) Kilde: IMDi	2020 37	2021 33,9	Hele landet med Oslo 25,7
Andel tidligere deltakere i introduksjonsprogrammet som går over i arbeid eller	2021	2022	Hele landet med Oslo

utdanning etter programmet (andel)	66,67	-	52,19
Kilde: IMDi			
Andel personer med innvandrerbakgrunn i alderen 16-25 år som verken er i videregående opplæring eller har fullført eller bestått (andel)	2021	2022	Hele landet med Oslo
Kilde: IMDi	27,6	32,4	30,9
Innvandrerbefolkningen 30-66 år - Andel med grunnskole som høyeste utdanningsnivå (andel)	2021	2022	Hele landet med Oslo
Kilde: IMDi	32	29,3	24,1
Antall faktisk bosatte flyktninger, etter avtale med IMDi (antall)	2021	2022	Hele landet med Oslo
Kilde: IMDi	11	80	31 260
Skoleresultater for barn med innvandrerbakgrunn (Gjennomsnittlig grunnskolepoeng etter 10. klasse; uten norskfødte med innvandrerforeldre) (gjennomsnitt)	2022	2023	Hele landet med Oslo
Kilde: IMDi	37	37,2	38,6

4.5.3 Samlet vurdering av området

Relevant faktainformasjon

Tallene som ligger til grunn for indikatorene er relativt små, og få personer vil derfor gi høye utslag.



Kommunen har egen voksenopplæring lokalisert på Rom med en avdeling lokalisert på Byremo. Flyktningtjenesten er en del av NAV Lister.

For 2024 ble kommunen anmodet om å bosette 60 flyktninger og vedtok å bosette 31. i 2023 bosatte kommunen 55 flyktninger.



Styrker og muligheter

Voksenopplæringen i Lyngdal deltar i nettverket for ledere i voksenopplæringene i Agder og Listersamarbeidet for ledere av voksenopplæringene. Dette legger til rette for erfaringsutveksling og kompetanseutvikling på tvers av kommuner.



Svakheter og utfordringer

Kommunen ligger over landsgjennomsnittet for personer i husholdninger med vedvarende lavinntekt. Sysselsettingsgraden for personer med innvandrerbakgrunn er lav.

Elever med innvandrerbakgrunn har lave skolepoeng og det er høy andel som har grunnskole som høyeste utdanningsnivå.

På integreringsfeltet har det vært og er hyppige regelverksendringer og omfattende endringer i rammene for opplæringen for voksne. Det vil da være krevende for en liten kommune som Lyngdal å følge opp dette og levere tjenester i tråd med lov og sentrale føringer. Det har vært spesielt krevende for Lyngdal å følge opp dette da de har hatt ustabilitet i ledelsen i voksenopplæringen.

Framtidsbildet - bærekraft og handlingsrom



Kommunen er anmodet om å bosette 60 personer i 2024. Dette berører alle kommunale tjenester for barn, unge og deres familier.

Integreringsfeltet har vært og er preget av midlertidig lovverk og hyppige endringer, noe som er ressurskrevende for kommunene. Kommunen må sørge for kapasitet og robusthet til å følge opp disse endringene, slik at kommunen har et tjenestetilbud for sine innbyggere som er i tråd med gjeldende lovverk. Videre er regelverket for opplæringen av voksne på nivået under videregående er endret, noe som krever at kommunen følger opp dette ved bl.a. pedagogisk utviklingsarbeid.

4.5.4 Sentrale tema

1	Hvor langt har kommunen kommet i det systematiske tverrfaglige samarbeidet?
2	Hvilke utfordringer har dere knyttet til å sikre alle innbyggere med innvandrerbakgrunn en god, formell utdanning?
3	Hvilke samarbeid har dere for å skape gode arenaer for hverdagsintegrering, gjennom f.eks. fritidserklæringen, samarbeid med frivillige eller lignende?
4	Hvordan sikrer kommunen barn og unges rett til å bli hørt i alle saker som angår dem, både overordnet og i enkeltsaker?

4.6 Kommunal planlegging

Middels

Planlegging etter plan- og bygningsloven: Nokså stor planaktivitet. Revisjon av kommuneplanen pågår, p.t. ikke vedtatt pga. innsigelser fra Statsforvalteren og sektormyndigheter. Relativt stor andel av plansakene i kommunen har de siste årene blitt møtt med innsigelser, særlig knyttet til for svak ivaretagelse av klima og natur, men sakene blir stort sett løst gjennom dialog og justering av planforslag. Relativt store områder i kommunen er kartlagt i henhold til Miljødirektoratets instruks, som gir et godt bidrag til en kunnskapsbasert planlegging. I 2023 påklagde vi 4 saker knyttet til jordvern, og en på strandsonehensyn. I 2024 var det en klage - knyttet til strandsonehensyn. Samlet vurdering settes til svak grunnet den høye andelen innsigelsessaker og antall klager på dispensasjonsvedtak.

4.6.1 Fokusområder

Behandling av klager etter plan- og bygningsloven. Statsforvalteren som klageinstans skal sikre at kommunale vedtak følger reglene i plan- og bygningsloven. Vedtak generelt og dispensasjonsvedtak spesielt, må begrunnes i henhold til lovens krav. Videre bør utvikling av områder skje gjennom planer/planrevisjon og ikke gjennom bruk av dispensasjoner, bit- for bit utbygging.
Effektiv arealbruk: Lyngdal forvalter store naturområder med sjø og strandsone, vassdrag, heiområder og viktige arealer for matproduksjon. Det blir en viktig oppgave for Lyngdal å fremme en arealbruk som i større grad enn hittil unngår å ta i bruk nye naturområder til utbygging. Transformasjon og fortetting av eksisterende utbygde områder vil være et viktig fokus i utviklingen av kommunen fremover.
Lyngdal forvalter store naturområder med sjø og strandsone, vassdrag, heiområder og viktige arealer for matproduksjon. Det blir en sentral oppgave for Lyngdal å finne fram til en arealbruk framover som i langt større grad enn hittil unngår å ta i bruk nye naturområder til utbygging. Fortetting og transformasjon av allerede utbygde arealer bør prioriteres.
Utbyggingsareal - Arealstrategier: - I de seneste Nasjonale forventningene til kommuner og fylkeskommuner anbefales det at kommunene utarbeider arealstrategier som en del av kommuneplanen (samfunnsdelen). I hvilken grad legger kommunen overordnede arealstrategier til grunn for utviklingen?

4.6.2 Sentrale nøkkeltall

Hvilket år ble gjeldende planstrategi vedtatt? (år) Kilde: SSB	2022 2 020	2023 2 020	Hele landet med Oslo 2 014
Hvilket år ble kommuneplanens samfunnsdel vedtatt? (år) Kilde: SSB	2022 2 021	2023 2 021	Hele landet med Oslo 2 019
Hvilket år ble kommuneplanens arealdel vedtatt? (år) Kilde: SSB		2020 2 015	Hele landet med Oslo 2 013
Reguleringsplaner vedtatt i alt (antall) Kilde: SSB		2020 4	Hele landet med Oslo 1 321

Reguleringsplaner møtt med innsigelser (antall)

Kilde: SSB

2022

6

2023

3

Hele landet
med Oslo

478

Andel av innvilgete byggesøknader som skjer gjennom vedtak om dispensasjon fra plan (prosent)

Kilde: SSB

2020

55%

Hele landet
med Oslo

17%

4.6.3 Sentrale tema

1

- Hvilke utfordringer har kommunen ved saksbehandling/forberedende klagesaksbehandling etter plan- og bygningsloven?
- Hva er kommunens forventninger til Statsforvalteren på dette området?

2

Effektiv arealbruk:

- Har kommunen planer om å sette i gang arbeid med fortetting og transformasjon for bebygde områder i sentrale deler av kommunen?

3

Bærekraftsmålene:

- Hvordan ivaretar Lyngdal kommune bærekraftsmålene gjennom den kommunale planleggingen?

4

Kommunen bes kommentere/ redegjøre for dispensasjonspraksis. Videre bes kommunen redegjøre for andelen av klager kommunen eventuelt tar tilfølge, klager som ikke blir sendt til Statsforvalteren. Kommunen bes videre kommentere hvordan man opplever samarbeidsklimaet mellom administrasjon og politisk nivå.

4.7 Kommunal økonomi

Middels

Statsforvalteren har ansvar for å veilede kommunene om kommunelovens økonomibestemmelser. Det kommunale selvstyre er lovfestet i kommunelovens § 2-1, og innebærer at begrensninger i det kommunale selvstyret må ha hjemmel i lov. Kommunene har derfor i utgangspunktet full råderett over sin egen økonomi.

Kommunelovens kapittel 28 inneholder regler om statlig kontroll av kommuner i økonomisk ubalanse. Register om betinget godkjenning og kontroll (ROBEK) er et register over kommuner og fylkeskommuner som er i økonomisk ubalanse eller som ikke har vedtatt økonomiplanen, årsbudsjettet eller årsregnskapet innenfor de fristene som gjelder. § 28-1 angir hvilke kriterier for hva som skal til for at kommuner blir meldt inn i ROBEK.

Kommuner som er i ROBEK er underlagt statlig kontroll med årsbudsjettet, låneopptak og langsiktige leieavtaler, og skal fastsette en tiltaksplan som sikrer at økonomien bringes i balanse.

Statsforvalteren har ansvar for å melde kommuner inn og ut av ROBEK og for å følge opp kommuner som er i ROBEK. I vårt oppdrag heter det videre at Statsforvalteren skal «ha et langsiktig perspektiv og følge opp kommuner som står i fare for å bli registrert i ROBEK».

Statsforvalteren i Agder følger med på utviklingen i kommuneøkonomien både nasjonalt og lokalt, og ønsker at dialog om økonomi skal være en viktig del av kommunedialogen med alle kommunene i Agder.

Vurderingen nedenfor gjengir vårt helhetlige inntrykk av kommunens økonomiske bærekraft, sårbarhet og handlingsrom samt økonomisk styring og kontroll. Vurderingen er i hovedsak basert på sentrale økonomiske nøkkeltall i KOSTRA, samt kommunens egne plan- og styringsdokumenter.

Vurdering:

Siden sammenslåingen i 2020 har Lyngdal kommune hatt en positiv økonomisk utvikling med stadig bedre driftsresultater, økt disposisjonsfond og en redusert gjeldsgrad som andel av brutto driftsinntekter. Ved utgangen av 2023 oppfylte kommunen måltallet for disposisjonsfond, men hadde en netto lånegjeld noe i overkant av måltallet for gjeld.

For hele økonomiplanperioden 2024-2027 legger imidlertid kommunen opp til driftsresultater som er svakere enn det finansielle måltallet. Økonomiplanen innebærer også at kommunen ikke vil kunne oppfylle måltallene både for disposisjonsfond og netto lånegjeld ved utgangen av 2027.

Statsforvalterens hovedinntrykk er at kommunen har god styring og kontroll over egen økonomi. Kommunens største utfordring på lengre sikt blir å sørge for å tilpasse tjenestetilbudet og økonomien til endret demografisk utvikling og sikre "den røde tråden" fra kommuneplanens samfunnsdel til økonomiplan.

4.7.1 Fokusområder

Økonomisk bærekraft, sårbarhet og handlingsrom.

Økonomisk styring og kontroll.

Sammenhengen mellom kommuneplanens samfunnsdel og handlings- og økonomiplan.

4.7.2 Kommunens økonomiske forutsetninger

Ifølge den såkalte «generalbestemmelsen» i kommunelovens § 14-1 skal kommunestyret forvalte økonomien slik at den økonomiske handleevnen blir ivarettatt over tid.

I kommunelovens § 14-2, bokstav c stilles det krav om at kommunestyret skal vedta lokale finansielle måltall for styring av kommunens økonomi og at årsbudsjettet og økonomiplanen skal vise utviklingen i kommunens økonomi, gjeld og andre vesentlige langsiktige forpliktelser. Lyngdal kommune har vedtatt lokale finansielle måltall, og bruker disse aktivt i styringsdokumentene. I

økonomiplandokumentet for 2024-2027 har kommunen kommentert utviklingen i måltallene i kapitlet "økonomisk utvikling i planperioden og måltall" i Framsikt.

Kommuneloven stiller også krav til at kommunen i årsberetningen skal redegjøre for «forhold som er viktige for å bedømme den økonomiske utviklingen og stillingen, og om den økonomiske utviklingen og stillingen ivaretar den økonomiske handleepnen over tid». I årsberetningen for 2023 har Lyngdal kommune gjort en grundig analyse av årsregnskapet i eget kapittel i Framsikt: «Oppfølging handlingsregler».

4.7.3 Kommunens inntektsnivå

Lyngdal kommune hadde i 2023 et skattenivå (skatt på inntekt og formue i % av landsgjennomsnittet) på 72,2% før utjevning og 93,8% etter utjevning. Kommunen har en utgiftsbehovsindeks på 1,095, som innebærer at kommunen er ca. 10% dyrere å drive enn landsgjennomsnittet. Dette blir kompensert gjennom utgiftsutjevningen i inntektssystemet.

Etter at frie inntekter (skatt og rammetilskudd) er korrigert for variasjoner i utgiftsbehov, eiendomsskatt, kraftinntekter, havbruksfond og differensiert arbeidsgiveravgift har kommunen et inntektsnivå per innbygger på 94% av landsgjennomsnittet (kilde: <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/inntektssystemet-for-kommuner-og-fylkeskommuner/utgiftskorrigerte-frie-inntekter/id547765/> (tall fra 2023).

Kommunens inntektsnivå er dermed betydelig lavere enn fylkesgjennomsnittet for Agder, som er 99% av landsgjennomsnittet.

4.7.4 Sentrale nøkkeltall

Finansielle måltall
vedtatt av
kommunestyret

Kilde: Manuell

Lyngdal kommune har følgende finansielle måltall:
Netto driftsresultat i % av driftsinntektene: 1,75 %
Disposisjonsfond i % av driftsinntekter: 8-10 %
Netto lånegjeld i % av driftsinntekter: 75 %

Netto driftresultat i
prosent av brutto
driftsinntekter
(prosent)

Kilde: SSB

2022

3%

2023

3,5%

Hele landet
med Oslo

0,8%

Netto driftsresultat i
prosent av brutto
driftsinntekter

Kilde: Manuell

Netto driftsresultat i 2024 er negativt og utgjør 3,4 mill. kroner eller -0,4 % av brutto driftsinntekter. Budsjettert netto driftsresultat i 2024 ligger dermed 2,2 prosentpoeng lavere enn kommunens eget måltall om et netto driftsresultat på 1,75% av brutto driftsinntekter. I resten av økonomiplanperioden budsjetterer kommunen med netto driftsresultat på hhv. 0,2 % i 2025, -0,7 % i 2026 og -0,3 % i 2027. Også dette er betydelig lavere enn kommunens eget måltall.

Fri egenkapital drift i prosent av brutto driftsinntekter (prosent)

Kilde: SSB

2022	2023	Hele landet med Oslo
8,8%	12,3%	13,2%

Planlagt utvikling i disposisjonsfond

Kilde: Manuell

Kommunen legger i den vedtatte økonomiplanen opp til at disposisjonsfond i prosent av brutto driftsinntekter skal reduseres fra 8,4% av brutto driftsinntekter i 2024 til 7,1% i 2027. Ved utgangen av økonomiplanperioden vil kommunen dermed være i underkant av sitt eget måltall om et disposisjonsfond på 8-10% av brutto driftsinntekter.

Langsiktig gjeld ex pensjonsforpliktelser i prosent av brutto driftsinntekter (prosent)

Kilde: SSB

2022	2023	Hele landet med Oslo
102,6%	99,9%	111,5%

Andel av brutto driftsinntekter (prosent)

Kilde: SSB

2022	2023	Hele landet med Oslo
89,9%	86%	88,4%

Variabler

Regnskapsbegrep: Netto Lånegjeld

Andel av brutto driftsinntekter (prosent)

Kilde: SSB

2022	2023	Hele landet med Oslo
74,4%	70,1%	62,4%

Variabler

Regnskapsbegrep: Renteekspontert Gjeld

Hvis kommunen har annen gjeldsindikator enn KOSTRA: planlagt utvikling i egen gjeldsindikator

Kilde: Manuell

Kommunen legger opp til at netto lånegjeld i prosent av brutto driftsinntekter vil øke fra 93,1% i 2024 til 101,4% i ved utgangen av økonomiplanperioden. Dette er betydelig høyere enn kommunens eget måltall om en netto lånegjeld på maksimum 75% av driftsinntektene.

4.7.5 Sentrale tema

- 1

Hvordan arbeider kommunen for å sikre god økonomisk bærekraft og handlingsrom?
- 2

Hvordan arbeider kommunen med å sikre at økonomiplanen viser hvordan langsiktige utfordringer, mål og strategier skal følges opp?

4.8 Kommunehelsetjenesten

God

Vi vurderer at Lyngdal kommune har en god situasjon med hensyn på fastlegesituasjonen og tilgang på jordmor. Kommunen er registrert utdanningsvirksomhet for spesialisering av fastleger og har 7 leger under slik spesialisering. I følge HelseNorge er det kun 6 ledige listeplasser for fastlege per. 20.8.24. I kommunebildemøtet 04.12.24 opplyste kommunen at det er besluttet å opprette en ny hjemmel fra 01.01.25, noe som vil forbedre denne situasjonen. Kommunen har bedre tilgang på jordmor sammenlignet med landet for øvrig, og det har vært noe økning i denne ressursen fra 2020-2023.

Etter møte med kommunens helseledelse i august 24 kommer det frem at alle legehjemler er besatt, men at det pr dags dato 3 i svangerskapspermisjon. En ser for seg at kommunen trenger flere hjemler etter hvert siden legene ønsker færre pasienter på listene sine. Ledelsen er fornøyd med å ha fått en ny LIS1 stilling, og ser at det fungerer godt på Byremo. De har nylig fått ansatt en kommuneoverlege i 30% stilling. Kommunen har ikke fått ansatt psykolog, men har nå ansatt en psykiater. Lyngdal kommunene merker at det er vanskeligere å rekruttere jordmor nå enn før.

Lyngdal kommune har søkt og fått innvilget midler til utvikling av lavterskeltilbud psykisk helsetjeneste barn og ungdom og til ROP-terapeut og erfaringskonsulent innen rus.

4.8.1 Fokusområder

Kommunen skal ha tilstrekkelig legedekning

Kommunen skal ha tilstrekkelig jordmordekning

Kommunen skal gi tjenester til personer med rus og psykiske utfordringer

Kommunen skal ha et systematiske tverrsektorielt samarbeid rundt utsatte barn og unge

4.8.2 Sentrale nøkkeltall

Jordmødre per 10 000 fødte i løpet av året (årsverk)

Kilde: SSB

2022

128,7 årsverk

2023

144,4 årsverk

Hele landet med Oslo

118,9 årsverk

Leger i kommunen under spesialisering i allmennmedisin

Kilde: Manuell

Antall LIS i ALIS-løp (ny ordning): 5
Antall LIS i ALIS-løp (gammel ordning): 2
Kommunen er reg. utd.virksomhet: Ja
Utfordringer med å skaffe veileder: Ja

Antall åpne fastlegelister (antall)

Kilde: SSB

2022

0

2023

0

Hele landet med Oslo

558

4.8.3 Samlet vurdering av området



Styrker og muligheter

Kommunen har god tilgang på fastlege og jordmor og har nå ansatt en psykiater.

Framtidsbildet - bærekraft og handlingsrom



En velfungerende fastlegetjeneste er avgjørende for bærekraftige helsetjenester, det er derfor viktig å sikre denne tjenesten fremover.

For å sikre samordnede og helhetlige tjenester, er det viktig å ha gode rutiner for samarbeid mellom ulike hjelpeinstanser i kommunen. Kommunen må sikre at barneperspektivet blir ivaretatt i alle tjenester som omhandler barn.

4.8.4 Sentrale tema

1	Hvordan jobber kommunen for å sikre en god og tilgjengelig fastlegetjeneste?
2	Hvordan jobber kommune for å sikre tverrfaglig samhandling rundt utsatte barn og unge?

4.9 Landbruk

God

Kommunen er i ferd med å bygge opp solid kompetanse både innen jordbruk og skogbruk. Kommunen har satt på økte ressurser og forbedret tilskuddsforvaltningen i forhold til tidligere. Oppgavene er nå godt ivaretatt.

4.9.1 Fokusområder

Kommunen sin kapasitet og kompetanse i arbeidet med landbruksforvaltning.
Forvaltning av statlige tilskuddsordninger innenfor jordbruk og skogbruk.
Arealforvaltning, jordvern og kartoppdatering.
Eiendomslovgivningen innen landbruk.

4.9.2 Sentrale nøkkeltall

Dyrka og dyrkbar jord omdisponert til andre formål enn landbruk (dekar) Kilde: SSB	2022 23,1	2023 7,5	Kommunen 0
Jordbruksbedrifter (antall) Kilde: SSB	2022 135	2023 139	Kommunen 0
Jordbruksareal i drift (dekar) Kilde: SSB	2022 24 455	2023 24 564	Kommunen 0
Vekster Kilde: Manuell	2023 Grovfôr: 24 264 daa Korn/frø: 178 daa Poteter: 65 daa Frukt og bær: 34 daa		
Husdyr Kilde: Manuell			

2023

Tilskudd i jordbruket

Kilde: Manuell

Melkekyr: 883 (41)

Amme kyr: 579 (38)

2023

Øvrige storfe: 2215 (72)

Produksjonstilskudd: 63,7 mill. kr

Søyer: 2179 (59)

Regionalt miljøprogram: 1,45 mill. kr

Avlspurker: 21 (2)

Tilskudd ved produksjonssvikt: 5,08 mill. kr

Slaktegriser: 14 (2)

I tillegg kommer tilskudd til spesielle miljøtiltak, drenering av jordbruksjord og avløsning ved

Vernehøner: 10 526 (4)

Sykdom mv.

Birøk: 976 (10)

Skogbruk

Kilde: Manuell

Hogstvolum, årlig gjennomsnitt 2020–2023: 80 645 m³, bruttoverdi 161,9 mill. kr, 9,1 % av Agders volum

Ungskogpleie, årlig gjennomsnitt 2020–2023: 786 dekar, 3,5 % av Agders ungskogpleieareal

Skogfondsutbetaling (skogfond+tilskudd) 2023: 10,0 mill. kr

Tilskudd til skogkultur 2023: 0,65 mill. kr

Tilskudd til landbruksvei 2023: 1,0 mill. kr

Annen statistikk over landbruket i kommunen

Kilde: Manuell

På nettsiden finner du tabeller og diagrammer over diverse data fra jordbruk, skogbruk, areal og eiendom. Du kan selv velge kommune og årstall og se utvikling over tid.

4.9.3 Samlet vurdering av området

Relevant faktainformasjon

Næringen:

Lyngdal er en betydelig landbrukskommune med store ressurser innen både jord og skog.

Kommunen:

Innen skogforvaltningen var det i en del år ikke gjennomført tilstrekkelig antall foryngelseskontroller og resultatkartlegginger. Vi ser at kommunen har tatt tak i dette.

Tilskuddsforvaltningen i jordbruket har nå kommet opp på et tilfredstillende nivå. Kommunen har oppnådd resultater av økt ressursbruk i landbruksforvaltningen. Det er viktig at kommunen tar vare på oppbygd kompetanse og opprettholder en bemanning som samsvarer med omfanget av næringen.

Kommunen har historisk hatt en for vid tolkning av skjønnsrommet i regelverket som gjelder omdisponering, fradeling og boplikt. Vi ser en klar forbedring på dette området. I tillegg har kommunen fått midler til å utarbeide kommunal jordvernstrategi innen 2025, noe vi forventer at vil styrke planarbeidet ytterligere.

Styrker og muligheter

Næringen:

Landbruk og tilknyttede næringer står sterkt i kommunen.

Kommunen har flere kompetansemiljøer innen jordbruk, med både videregående skole, rådgivingsmiljøer, næringshage, m.m.

Kommunen:

Kommunen har de siste årene tatt initiativ til samarbeid og felles prosjekter med nabokommunene i Lister. Dette bidrar til en mer robust forvaltning og innovasjon.

Svakheter og utfordringer

Kommunen:

Landbruk er et lite fagområde i antall ansatte, men et stort felt i antall forvaltningsoppgaver og ordninger. Kommunen forvalter dessuten betydelige økonomiske midler på vegne av staten. Kontinuitet i forvaltningen er derfor svært viktig.

Framtidsbildet - bærekraft og handlingsrom

Næringen:

Lyngdal har et stort potensiale, og det skjer mye innen landbruksbasert næringsutvikling, f.eks. lokalmat, grønt reiseliv, handel og treindustri.

Kommunen:

Landbruksforvaltningen i kommunen bør involveres tidlig i planprosesser som berører dyrket jord.

Kommunen har en sterk landbrukshistorie som det er viktig å forvalte og utvikle inn i framtida.

4.9.4 Sentrale tema

- 1 Hvordan sikrer kommunen kontinuitet og kompetanse i landbruksforvaltningen?
- 2 Hvordan følger kommunen opp internkontroll og saksbehandling innen tilskuddsforvaltning?
- 3 Hvordan fungerer samarbeidet mellom landbruk og plan innen arealforvaltning, jordvern og kartoppdatering?
- 4 Har kommunen kompetanse til å behandle saker etter jordloven og konsesjonsloven?

4.10 Likestilling

Svak

Kommunen scorer generelt under landsgjennomsnittet på SSB likestillingsindikator.

4.10.1 Fokusområder

Fremme likestilling, forhindre diskriminering og utenforskap

Kvinneres deltakelse i arbeidslivet

Aktivitet- og redegjørelsesplikten (ARP) og kompetanse om likestilling

4.10.2 Sentrale nøkkeltall

**Andel kvinner (20-66 år)
i arbeidsstyrken
(prosent)**

Kilde: Manuell

2021

71%

2022

70,6%

Hele landet
med Oslo

74,9%

**Kvinner som jobber
deltid**

Kilde: Manuell

2021

54,8%

2022

54,3%

Hele landet
med Oslo

35,4%

Deltid omfatter alle sysselsatte med en stillingsprosent mindre enn 100 prosent.

Indikatoren må sees i sammenheng med behovet for å flere i arbeid, og likestillingskulturen på Sørlandet. I Norge er noen av de største likestillingsutfordringene stabilt store kjønnsforskjeller i deltidsarbeid og økte kjønnsforskjeller i høyere utdanning.

**Andel menn med
høyere utdanning**

Kilde: Manuell

2021

17,5%

2022

19%

Hele landet
med Oslo

31,7%

**Aktivitets- og
redegjørelsesplikten
(ARP)**

Kilde: Manuell

Aktivitetsplikten er både en lov og en metodisk tilnærming i fire steg. Virksomheter som er omfattet av redegjørelsesplikten skal arbeide etter firetrinnsmetoden: 1) Undersøke om det finnes risiko for diskriminering eller andre hindre for likestilling 2) Analysere årsaker til identifiserte risikoer 3) Iverksette tiltak som er egnet til å motvirke diskriminering og bidra til økt likestilling og mangfold i virksomheten 4) Vurdere resultatet av arbeidet.

4.10.3 Samlet vurdering av området

Relevant faktainformasjon



Med likestilling mener vi likeverd, like muligheter og like rettigheter uavhengig kjønn, graviditet, foreldrepermisjon/adopsjon, omsorgsoppgaver, etnisitet/hudfarge/nasjonale avstamning, seksuell orientering, kjønnsidentitet/kjønnsuttrykk, alder, språk, religion/livssyn, funksjonsevne eller kombinasjoner av disse. Likestilling forutsetter tilgjengelighet og tilrettelegging. Selv om vi her har avgrenset oss til å se på enkelte indikatorer som måler kjønnsforskjeller, skal kommunen som offentlige myndighet i all sin virksomhet arbeid aktivt, målrettet og planmessig for å fremme likestilling og hindre alle former for diskriminering.

Styrker og muligheter



Lyngdal har bla. fått LIM-tilskudd for å realisere prosjektet "En av mange". Kommunen jobber med voldsforebygging og VIP-program for særskilt sårbare grupper. I sine retningslinjer for tildeling av kultur og aktivitetsmidler stiller kommunen krav om at foreninger, lag og organisasjoner som søker og mottar tilskudd fra Lyngdal kommune forplikter seg til å jobbe for å fremme likestilling, mangfold og inkludering og motvirke alle former for diskriminering. Dette er eksempler som viser at kommunen har tatt aktive grep for å fremme likestilling og inkludering.

Kommunen har forholdsvis høy andel sysselsatte kvinner. Positiv at det er økning av andel menn med høyere utdanning enn foregående år, selv om det fremdeles er betydelig under landsgjennomsnittet.

Kommuner som jobber aktivt med likestilling og inkludering vil være attraktive å jobbe i og flytte til. Flere kommuner i Agder er nå sertifisert gjennom Likestilt Arbeidsliv. Kommunen bør vurdere dette som er verktøy til systematisk og målrettet likestillingsarbeid.

Svakheter og utfordringer



Tendens til nedgang i prosentandel kvinner i arbeidsstyrken. Stor andel av sysselsatte kvinner som jobber deltid.

Kommunen har en plikt til aktivitet og redegjørelse og omtaler sitt arbeid med likestilling i Årsmelding 2023 (s.87). Vi kan ikke se at alle lovpålagt områder er omtalt eller at firestegsmodellen er fulgt, og savner en nærmere analyse og vurdering av aktuelle tiltak.

Framtidsbildet - bærekraft og handlingsrom



Norge har forpliktet seg til å nå bærekraftsmål nr. 5 om likestilling mellom kjønnene, mål 8 om anstendig arbeid og mål 10 om mindre ulikhet. Det forutsetter et aktivt likestillingsarbeid i kommunen. I Norge er noen av de største likestillingsutfordringene stabilt store kjønnsforskjeller i deltidsarbeid, og økte kjønnsforskjeller i høyere utdanning. Dette gjenspeiler seg også i Lyngdal. Flere i heltidsarbeid vil også være en del av løsningen i rekrutteringsutfordringene nå og i årene som kommer. Med en heltidskultur vil kommunen utnytte den fulle arbeidskapasiteten blant de ansatte til enhver tid.

4.10.4 Sentrale tema

1 Hvordan jobber kommunen for å sikre systematisk arbeid med likestilling?

2 Har kommunen tiltak for å redusere deltidsarbeid blant kvinner?

3 Ønsker kommunen veiledning i aktivitets- og redegjørelsesplikten?

4.11 Miljø og klima

Middels

Arbeid med avløp er svakt.

4.11.1 Fokusområder

Ivareta trua og sårbare naturtyper og arter, jf. St.meld. 14 (2015-2016).

- Vi har særlig fokus på at kommunen bidrar til å ivareta våtmarksområder, kulturavhengige naturtyper og gammel skog. Utbygging, fremmede arter og opphør av skjøtsel har stort fokus som de største truslene mot naturmangfoldet.

Kunnskapsgrunnlaget for naturmangfold:

- Målsettingen er god områdedekning for kartlegging av viktige naturtyper og trua og sårbare arter, god kvalitet på områdebeskrivelser, avgrensinger og verdisetting i Naturbase. Målet er at alle kommunen i Agder har en kommunedelplan for naturmangfold.

God miljøstatus i vassdrag, innsjøer og kystvann:

Målsettingen er at kommunen bidrar til en god oppfølging av den regionale vannforvaltningsplanen og til at miljømålene nås for vannforekomstene. Det innebærer at kommunen bidrar aktivt til det lokale prosessarbeidet i vannområdet og til gjennomføring av tiltak innenfor eget myndighetsområde.

Oppfølging av kommunens myndighet på forurensningsområdet og som forurensningsaktør

- Kommunen må føre tilsyn med avløpsanlegg, følge opp forsøplingssaker, forurenset grunn (registrering og kvalitetssikring i databasen «Grunnforurensing»), sørge for god avfallshåndtering, overholde rensekrav for kommunale avløpsrenseanlegg.

Klima - utslippsreduksjon og klimatilpasning

- Kommunene skal ha oppdaterte klima- og energiplaner som bidrar til at Norge kan oppfylle klimamålene.

- Kommunene skal arbeide med tilpasning av samfunnet til klimaendringene i tråd med statlige planretningslinjer for klima- og energiplanlegging og klimatilpasning.

4.11.2 Kommunens arbeid med fokusområdene

1. Ivareta naturmangfoldet

Inntrykket er at kommunen jobber aktivt for å styrke arts- og naturmangfoldet i arealforvaltningen. Det er i 2024 meldt oppstart av kommunedelplanarbeid for naturmangfold. Kommunen fremstår som de har kompetanse og vilje til å lage et godt grunnlag for hvordan planarbeidet fremover skal ivareta natur bedre, både når det gjelder tilfredsstillende kunnskapsgrunnlag og føre-var-prinsippet.

Kommunen kan stimulere til bevarelse av skjøtelsbetingede naturtyper gjennom å foreslå områder til kartlegging i forbindelse med tilskuddsordningen for trua natur. Det oppfordres til skjøtsel av slåtte-mark og kystlynghei på kommunal eiendom. Det er i dag 5 lokaliteter på privat grunn som er med i tilskuddsordningen, 3 med kystlynghei og 2 med slåtte-mark. Vi kjenner ikke til om kommunen har tiltaksplan for bekjempelse fremmede arter.

2. Kunnskapsgrunnlaget for naturmangfold

Gjennom den årlige kartleggingen i regi av Miljødirektoratet har kommunen fått kartlagt areal ved Herdalskrysset. Kommunen har vist gjennom planprogram (levert september 2024) for

kommunedelplan naturmangfold at det skal jobbes strategisk og fremtidsretta med kunnskapsgrunnlaget for naturmangfold.

3. God miljøtilstand i vassdrag, innsjøer og kystvann

Lyngdal kommune er vertskommune for vannområdekoordinatoren for bla. Lygna vannområde, noe som bidrar til styrket kompetanse i organisasjonen og til økt aktivitet innen vannforvaltning lokalt. For det videre vannforvaltningsarbeidet lokalt, er det viktig å bidra til at ulike aktører samordner sin innsats og at konkrete, miljøforbedrende tiltak gjennomføres. Statsforvalteren ønsker et samarbeid med vannområdet om tiltaksgjennomføring innenfor vårt myndighetsområde, i tillegg til samarbeid omkring oppdatering av det miljøfaglige kunnskapsgrunnlaget og samordnet tiltaksrettet vannovervåkning.

Vi minner om at tiltak som er avklart etter plan- og bygningsloven også kan utgjøre fysiske inngrep i vassdrag eller hogst i kantsoner langs vassdrag som er søknadspliktige etter miljølovverket. Videre minner vi også om at planmyndigheten på generell basis har ansvar etter laks- og innlandsfiskelovens § 7 om å ivareta hensynet til fiskeinteressene i planlegging.

4. Oppfølging av kommunens myndighet på forurensningsområdet og som forurensningsaktør.

Avløp:
Kommunen har flere eldre avløpsrenseanlegg fra 1970-1990-tallet (mellomstore anlegg regulert etter kap. 13 i forurensningsforskriften). Kommunen har ikke en tilfredsstillende rutine for å rapportere til staten, og har ikke rapportert tall for rensesgrad osv. siden 2017. Vi er derfor ikke kjent med om anleggene overholder renskrav og andre krav i tillatelsene. Kommunen skal bygge nytt renseanlegg i tråd med forurensningsforskriften kap. 14 i 2025 og har fått utslippstillatelse fra Statsforvalteren i Agder i 2023 til nytt anlegg ved Holmsundet.

Vi er ikke kjent med at kommunen fører tilsyn med avløpsrenseanlegg med tillatelser etter forurensningsforskriften kap. 12 og 13. Kommunen har imidlertid vedtatt forskrift om utslipp fra mindre avløpsanlegg som omfatter gebyr for saksbehandling og tilsyn i 2024. Vi forventer derfor at kommunen fremover vil overholde sin plikt til å følge opp avløpsrenseanlegg med bl. a. tilsyn.

Avfall:
Kommunen ligger noe lavere på materialgjenvinning av avfallstyper enn kravene som slår inn i avfallsforskriften fra 2025.

Grunnforurensning:
Kommunen har registrert en bruker i databasen Grunnforurensning og har deltatt på kurs i 2022. Kommunen har imidlertid flere saker som er lagt inn av eksterne fra 2022 - 2024 som ikke er fulgt opp. Disse sakene er ikke fordelt i kommunen og ikke godkjent.

4.11.3 Sentrale nøkkeltall

Andel levert til materialgjenvinning inkl. biologisk	2022	2023	Hele landet med Oslo

behandling (prosent)

Kilde: SSB

53,4%

40,4%

45,3%

Brutto driftsutgifter til forvaltning av natur, friluftsliv og kulturminner per innbygger (kr)

Kilde: SSB

2022

2023

Hele landet med Oslo

460,31kr

775,37kr

930,89kr

Vernet areal på land (km²)

Kilde: SSB

2022

2023

Hele landet med Oslo

3,99

4,23

99 146,65

Variabler

Verneformål: Alle Verneformer

Klima- og energiplanlegging

Kilde: Manuell

SPR stiller krav til at klima er tatt med i kommunal planlegging. Det er viktig at planen oppdateres jevnlig og følges opp med handlingsplan eller klimabudsjett.

Lyngdal har en eldre regional klima- og energiplan for Listerregionen som bør revideres.

Klimagassutslipp

Kilde: Manuell

Baserer seg på kommunefordelt utslippsstatistikk fra Miljødirektoratet. Totalutslipp fra ni sektorer innenfor kommunens geografiske område. Kommunen har en stor rolle i arbeidet med reduksjon av klimagassutslipp. Indikatoren vurderer endring/utvikling i klimagassutslipp det siste året. I tillegg bør man se på utvikling siden 2009.

I den tekstlige delen av kommunebilde: største utslippssektorer, endring over tid.

Reduksjon -3,5% siste år (2022)

Energibruk per m2 eid areal (kWh)

Kilde: SSB

2022

2023

Hele landet med Oslo

134

134

147

4.11.4 Sentrale tema

1 Avløp: Hvordan jobber kommunen med spredte avløp, med gjennomføring av tilsyn, rapportering og oppdatering av avløpstillatelser ?

2 Avfall: Hvordan jobber kommunen for å oppnå de nye kravene til utsortering og materialgjenvinning av ulike avfallstyper (avfallsforskriften kap. 10.a)

3 Grunnforurensning: Hvordan jobber kommunen med grunnforurensningssaker og hvilke rutiner har kommunen for å følge opp saker i Grunnforurensningsdatabasen?

4 Klima: Lyngdal kommune bør ta i bruk klimaregnskap og klimabudsjett i arbeidet med å nå nasjonale mål om klimagassutslipp.

Middels

Lyngdal kommune har økende dekningsgrad på hjemmebaserte tjenester i forhold til landet for øvrig, og mer varierende i forhold til landet for øvrig når det gjelder instiusjon/sykehjem. Det var 78 disponible sykehjemsplasser i 2023, et antall som ikke ser ut til å ha blitt endret siden 2020. Kommunen har redusert noe sine årsverk til helse og omsorg fra 20 til 23, men antallet er høyere enn landet for øvrig. Årsverk per bruker innen omsorg er også redusert i kommunen de siste år, men er omtrent som landet for øvrig. Aldersbæreevnen har sunket i kommunen fra 21-24, og er litt lavere enn landet for øvrig.

Etter møte med kommunens helseledelse vår 24 kommer det frem at kommunen har hatt stor utskiftning av ledere i helse/omsorg, som kan påvirke negativt for kontinuerlig og strategisk arbeid med kompetansekartlegging og rekruttering. Men deres tidligere kompetansekartlegging og strategi blir fulgt, og evalueres årlig. Dette har ført til at Lyngdal i mange år har vært en av de tre -fire kommuner i Agder som har fått mest tilskudd over Kompetanseløft fra Statsforvalteren.

Det kom også frem at omsorgstjenestene de siste år har tatt i bruk simulering som et verktøy for opplæring. Kommunen ble i 23 bedt om å presentere deres systematisk arbeid med dette på Den nasjonal pasientsikkerhetskonferansen.

Kommunen har færre rekrutteringsproblemer enn de fleste av våre andre kommuner, men noe vanskeligere å rekruttere vernepleiere.

Lyngdal er med i TØRN men også et annet lignende prosjekt forkortet REP «Ressurs effektivisering prosjekt». Dette har resultert i helårsturnus, noe som resulterte i merkbare forandringer i sommer. Når fast ansatte er til stede med gode rutiner til å håndtere problemstillinger slipper kommunen å leie inn vikarer.

Forventningsgapet mellom innbyggers ønsker og kommunens muligheter til å levere tjenester og deriblant klager fra pasienter og pårørende opplevelse som den største utfordringen fremover. (Dette er den samme problemstillingen som nesten alle våre kommuner trekke frem.) Kommunen har satt i gang et systematisk arbeid med Pårørendeavtaler

(Lyngdal er en del av Listersamarbeidet, som er en samlebetegnelse for alt interkommunalt samarbeid i Listerregionen. Samarbeidet involverer Farsund, Flekkefjord, Hægebostad, Kvinesdal, Lyngdal og Sirdal. Det er et utstrakt tjenestesamarbeid, og det er opprettet ulike råd og nettverk, noe som styrker regionen.)

- Kommunen tilpasser omsorgstjenestene til fremtidige behov
- Kommunen bruker planlegging som verktøy i sitt arbeid med omsorgstjenestene
- Kommunen skal ha nødvendig kompetanse

Aldersbæreevne - Antall personer 16-66 år som andel av antall personer 67 år og over (andel) Kilde: Datavarehus	2023 3,86	2024 3,85	Hele landet med Oslo 3,99
Sykehjem - disponible plasser (antall) Kilde: SSB	2022 78	2023 78	Hele landet med Oslo 39 754

Andel innbyggere 80 år og eldre med institusjonsopphold (prosent) Kilde: SSB	2022 10,8%	2023 8,7%	Hele landet med Oslo 10,1%
Andel beboere 80 år og over i bolig m/ fast tilknyttet bemanning hele døgnet (prosent) Kilde: SSB	2022 43,1	2023 44	Hele landet med Oslo 32,2
Årsverk helse og omsorg per 10 000 innbygger (årsverk) Kilde: SSB	2022 320,6 årsverk	2023 354,8 årsverk	Hele landet med Oslo 317 årsverk
Årsverk per bruker av omsorgstjenester (årsverk) Kilde: SSB	2022 0,61 årsverk	2023 0,64 årsverk	Hele landet med Oslo 0,6 årsverk
Brutto driftsutgifter, institusjon, per plass (kr) Kilde: SSB	2022 2 108 025	2023 2 329 611	Hele landet med Oslo 1 882 139
Andel innbyggere 80 år og over som bruker hjemmetjenester (prosent) Kilde: SSB	2022 26,9	2023 27,4	Hele landet med Oslo 26,9
Hjemmetjenester - brukere 80 år og over (antall) Kilde: SSB	2022 124	2023 135	Hele landet med Oslo 69 049

4.12.4 Samlet vurdering av området

Relevant faktainformasjon



Lyngdal kommune hadde i 2020 innbyggertall på 10 356 personer. Befolkningen i Lyngdal er yngre enn gjennomsnittet i Norge. Det er per i dag en noe lavere andel personer med demens enn på landsbasis, men dette ventes å øke fremover mot 2050 da befolkning eldres. Fra Demenskartet antas det som sannsynlig at personer med en demensdiagnose vil være 370 i 2040.

Ved Lyngdal helsehus er det 79 plasser, 40 langtidsplasser, 16 korttidsplasser inkludert KØH (kommunal øyeblikkelig hjelp). Kommunen har også langtidsplasser på Byremo med 19 langtidsplasser og 4 korttidsplasser.



Styrker og muligheter

Lyngdal er med i TØRN-prosjektet og har jobbet systematisk med simulering i forbindelse med opplæring.



Svakheter og utfordringer

Kommunen har hatt stor utskiftning av ledere og det er utfordringer knyttet til rekruttering av enkelte personellgrupper. Aldersbærevnen har sunket de siste årene.



Framtidsbildet - bærekraft og handlingsrom

Kommunens evne til å prioritere og iverksette tiltak som utsetter behov, rekruttere helsepersonell og benytte kapasiteten i og på tvers av tjenester, vil påvirke framtidig bærekraft i omsorgssektoren.

4.12.5 Sentrale tema

1

Hvordan vil kommunen jobbe videre med bærekraftig omsorgstilbud og strategisk kompetanseplanlegging?

2

Hvordan vil kommunen jobbe videre med planlegging for et aldersvennlig samfunn?

4.13 Samfunnssikkerhet og beredskap

God

Lyngdal kommune er trygg å bo i. Kommunen har god oversikt over risikobildet og det er under oppdatering. Det er godt samarbeid med eksterne aktører. Kommunen fremstår som proaktiv både knyttet til forebyggende arbeid og til håndtering av hendelser. Kommunen er bevisst på klimautviklingen og har gjennomført farekartlegginger. Det er likevel et forbedringspotensial i forhold til risikobildet knyttet til arealplanlegging.

4.13.1 Fokusområder

Helhetlig beredskapstenking gjennom planhierarkiet, fra kommuneplan via ROS-analyse til kriseplan og arealplanlegging.
Beredskapsbevissthet i alle ledd.
Oppdatert oversikt over risikobildet i kommunen og oppdatert planverk i henhold til dette.
Kommunens evne til å ta beredskapsmessige hensyn i samfunnsplanleggingen, herunder tilpasning til klimaendringer.

4.13.2 Sentrale nøkkeltall

Har kommunen utarbeidet en overordnet beredskapsplan? Kilde: DSB	Ukjent år 1	Hele landet med Oslo 0
Har kommunen øvd egen beredskapsorganisasjon i henhold til krav i forskrift om kommunal beredskapsplikt? Hvilket år ble det sist øvd? Kilde: DSB	2020 1	Hele landet med Oslo 0
Har kommunen gjennomført helhetlig ROS? Når ble den siste gjennomført? Kilde: DSB	2019 1	Hele landet med Oslo 0
Helhetlig beredskapstenking gjennom planhierarkiet, fra		

kommuneplan via ROS-analyse til kriseplan og arealplanlegging

Kilde: Manuell

Det helhetlige samfunnssikkerhets- og beredskapsarbeidet i kommunen synes å være godt ivaretatt. Kommuneplanens samfunnsdel inneholder mål og delmål for beredskap. Kommunen har jobbet målrettet med oppfølging av risikoreduserende tiltak fra helhetlig ROS-analyse. Kommunen har blitt oppfordret til å løfte fram samfunnssikkerhet og beredskap som tema ettersom et risikobilde i rask utvikling vil gi utfordringer for den kommunale virksomheten i alle sektorer. Helhetlig ROS-analyse er under oppdatering.

Beredskapsbevissthet i alle ledd

Kilde: Manuell

Kommuneplanens arealdel er under rulling. Statsforvalteren har reist innsigelse mot mangelfull ROS-analyse. Det er imidlertid likevel grunnlag for å si at kommunen oppnår 100% beredskapsbevissthet. Det er imidlertid meget godt. Beredskapssikringen og beredskapen ivaretas og beredskapsmessige hensyn i arealplanleggingen er tilfredsstillende. Det er etablert beredskapsråd. Det har i de senere årene vært flere hendelser i Lyngdal eller der innbyggere fra Lyngdal har vært involvert, til dels med alvorlig utfall. Kommunen har ivaretatt sin rolle ifm. disse på en god måte og benyttet erfaringer fra dem konstruktivt for å forbedre beredskapen.

Oppdatert oversikt over risikobildet i kommunen og oppdatert planverk i henhold til dette

Kilde: Manuell

Kommunens helhetlige ROS-analyse er utarbeidet som et samarbeid mellom 5 kommuner (de tre som ble Nye Lindesnes og de to som ble Nye Lyngdal) med støtte av ekstern konsulent. Rapporten er grundig og omfattende og har med mange relevante hendelser. Det har vært en bred ekstern og intern involvering. Helhetlig ROS-analyse er under oppdatering. Det er viktig å påse at revidert analyse reflekterer at tiltaksplanen fra gjeldende ROS-analyse i all hovedsak er gjennomført. De tiltakskortene i overordnet beredskapsplan som er knyttet til spesifikke hendelser er ikke basert på gjeldende helhetlige ROS-analyse og kommunen er anbefalt å revidere disse iht. oppdatert analyse. Planens generelle bestemmelser er tilfredsstillende og oppdaterte.

Kommunens evne til å ta beredskapsmessige hensyn i samfunnsplanleggingen, herunder tilpasning til klimaendringer

Kilde: Manuell

Kommunen har gode rutiner for ivaretagelse av beredskapsmessige hensyn i arealplanleggingen. Det er bevissthet rundt klimautviklingen og kommunen har fokus på overvannsproblematikk. Det er gjennomført flomsonekartlegging av Lygna i samarbeid med Hægebostad kommune. Statsforvalteren har reist innsigelse mot kommuneplanens arealdel pga. mangelfull ROS-analyse.

4.13.3 Samlet vurdering av området

Relevant faktainformasjon



Vurderingene i kommunebildet er basert på rapport etter tilsyn i oktober 2023. Ved dette tilsynet ble det gitt seks merknader og ingen avvik.

Kommunen er deleier i Brannvesenet Sør IKS og er med i et uformelt nettverk mellom beredskapskoordinatorene i Lister-regionen.

Lyngdal har hatt flere hendelser de siste årene, til dels med tap av menneskeliv. Kommunens rolle i disse hendelsene har blitt ivarettatt på en god måte.

Styrker og muligheter



Lyngdal kommune har høy beredskapsbevissthet og god lederforankring for beredskapsarbeidet. Risikobildet er oppdatert og et godt grunnlag for helhetlig og systematisk forebyggende arbeid. Krisehåndteringsevnen er god, noe som har blitt bevisst under flere hendelser og øvelser. Kommunen har gode evalueringsrutiner som sikrer at erfaringer implementeres og nyttes til kontinuerlig forbedring. Kommunen er naturfareutsatt, men er bevisste på dette og har gode rutiner for å ta hensyn til dette i arealplanleggingen.

Svakheter og utfordringer



Lyngdal har ingen klare svakheter i sitt beredskapsarbeid. Som alle kommuner må de møte et risikobilde i utvikling som krever et oppdatert risikobilde, helhetlig og systematisk tilnærming og en redundant kriseorganisasjon. Hendelser i fremtiden vil kunne bli mer langvarige, mer komplekse og med større konsekvens. Kriseorganisasjonen må være tilpasset dette, gjerne i samarbeid med nabokommuner.

Framtidsbildet - bærekraft og handlingsrom



Det framtidige risikobildet preges bl.a. av klimautviklingen, økt digitalisering, endret sikkerhetspolitisk klima, demografiendringer og økt avhengighet av operativ kritisk infrastruktur. Generelt kan det sies at hendelser vil kunne treffe samfunnet oftere og med større kraft enn før samtidig som det ukjente aspektet ved hendelser (type, omfang, tidspunkt, mm) blir mer og mer fremtredende. Det er viktigere enn tidligere at risikobildet er oppdatert, at samfunnssikkerhet og beredskap har en tydelig plass i kommunens planstruktur og at det jobbes kontinuerlig og aktivt med risikoreduksjon. Det blir enda viktigere enn tidligere at utfordringene løses i samarbeid med nabokommuner og med eksterne aktører.

4.14 Sosialtjenesten

God

Det er anslått at antall med sosialhjelp har økt med 16% fra 2022 til 2023 nasjonalt. Summen av utbetalinger har steget med nesten 32%. 2023 er det første året der et klart flertall av sosialhjelpsmottakere var innvandrere. Flere har levd på marginale inntekter og klarer seg ikke uten supplerende sosialhjelp. Dette gjelder både lønnsinntakere og personer som mottar ytelser fra Nav. Høye leieutgifter og problemer med å betjene boliglån kan også være en forklaring.

Antall barn i familier som mottar sosialhjelp, sosialhjelpens varighet samt andel personer med lavinntekt er stabilt relativt lavt over flere år. Flere søker sosialhjelp nå, lik nasjonal tendens. Kommunen har blant de høyeste andelen lavinntektsfamilier sammenlignet med andre kommuner på Agder og har ligget stabilt høyt over flere år.

Det gjennomføres denne høsten et landsomfattende tilsyn med sosiale tjenester, som omhandler Nav Listers ansvar for tjenesten økonomisk rådgivning til personer i en vanskelig økonomisk situasjon. I tilsynet skal det undersøkes om tjenesten økonomisk rådgivning er tilgjengelig for personer som er i en vanskelig økonomisk situasjon, og om Nav-kontoret tilbyr tjenesten til personer med behov for den.

4.14.1 Fokusområder

At det jobbes godt for å forebygge utenforskap som skyldes økonomiske og sosiale forhold
At de sosiale tjenestene er forsvarlige og tilgjengelige for innbyggerne i kommunen
At det arbeides målrettet for å gi familier og personer som har sammensatt problematikk, helhetlige og koordinerte tjenester

4.14.2 Sentrale nøkkeltall

Andel av sosialhjelpstilfeller (prosent) Kilde: SSB	2022 1,4%	2023 1,8%	Hele landet med Oslo 2,9%
Sosialhjelpstilfeller (antall) Kilde: SSB	2022 154	2023 192	Hele landet med Oslo 159 051
Sosialhjelpstilfeller med sosialhjelp i 6 måneder eller mer (antall) Kilde: SSB	2022 30	2023 34	Hele landet med Oslo 60 084
Antall barn under 18 i familier som mottok sosialhjelp (antall) Kilde: SSB	2022 99	2023 108	Hele landet med Oslo 74 555
OECD-skala 60 prosent Kilde: SSB	2021	2022	Hele landet med Oslo

Åpningstid publikumsmottak Kilde: Manuell	12,5%	12,2% 2024 6 timer	9,3% Hele landet med Oslo 0 timer
---	-------	--------------------------	---

4.14.3 Samlet vurdering av området

Relevant faktainformasjon



Det gjennomføres denne høsten et landsomfattende tilsyn med sosiale tjenester, som omhandler Nav Listers ansvar for tjenesten økonomisk rådgivning til personer i en vanskelig økonomisk situasjon. I tilsynet skal det undersøkes om tjenesten økonomisk rådgivning er tilgjengelig for personer som er i en vanskelig økonomisk situasjon, og om Nav-kontoret tilbyr tjenesten til personer med behov for den.



Styrker og muligheter

Nav har familiekoordinatorer gjennom "Nye mønstre", som følger opp familier som lever i lavinntekt.

Framtidsbildet - bærekraft og handlingsrom



Kommunen bør videreutvikle arbeidet med de sosiale tjenestene for å sikre at tjenestene er forsvarlige og tilgjengelige for innbyggerne i kommunen.

Kommunen bør følge med på utviklingen knyttet til antall sosialhjelpsmottakere og undersøke nærmere hva som er årsaken til denne utviklingen.

For å sikre samordnede og helhetlige tjenester, er det viktig å ha gode rutiner for samarbeid mellom ulike hjelpeinstanser i kommunen. Kommunen må sikre at barneperspektivet blir ivaretatt i Nav.

4.14.4 Sentrale tema

- 1

Hvordan jobber kommunen for å hindre flere sosialhjelpsmottakere?
- 2

Hvordan jobber kommunen med tverrsektoriell samhandling mellom Nav og øvrige velferdstjenester, eksempelvis oppimot Ungdomsgarantien og barneperspektivet i Nav?



Vår dato: 18.03.2025

Vår referanse: 2024/61831

Vår saksbehandler: Marie Christine Frederique Calisch, tlf. 95900045

LYNGDAL KOMMUNE
Postboks 353
4577 LYNGDAL
Organisasjonsnummer 922421498

Tilsynsrapport for LYNGDAL KOMMUNE org.nr. 922421498

Vi viser til tilsyn med LYNGDAL HELSEHUS AVD INSTITUSJON org.nr. 975270238 (underenhet)

Nr.	Reaksjon	Status	Frist for tilbakemelding	Frist for oppfyllelse
1	Krav om opplysninger	Avsluttet		

Nederst i brevet finner dere en samlet oversikt over forholdene vi kontrollerte i tilsynet.

Oppsummering av tilsynet

I tilsynet fant vi ikke brudd på regelverket som det er nødvendig å følge opp med pålegg om retting. Nederst i brevet finner dere en samlet oversikt over forholdene vi kontrollerte i tilsynet.

Hensikten med tilsynet er å kontrollere hvordan dere jobber systematisk forebyggende for å unngå at arbeidstakerne får arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager og psykiske plager.

Se gjerne våre veiledningslenker for til deres videre systematiske HMS-arbeid

Send dokumenter eller kommentarer via eDialog

Bruk eDialog hvis dere skal sende oss dokumentasjon eller for å svare på dette brevet. Husk å oppgi referansenummer 2024/61831. Les mer om eDialog: [Send og motta post \(arbeidstilsynet.no\)](#).

Veiledning

[Arbeidsrelaterte psykiske plager \(arbeidstilsynet.no\)](#)

[Arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager - Arbeidstilsynet](#)

[Vold og trusler - Arbeidstilsynet](#)

[risikovurderingsverktøy-vold-trusler.pdf \(arbeidstilsynet.no\)](#)

[Verneombud \(arbeidstilsynet.no\)](#)

[Bedriftshelsetjeneste \(BHT\) \(arbeidstilsynet.no\)](#)

Gi informasjonen videre til verneombudet

Verneombudet skal gjøres kjent med vedtak fra Arbeidstilsynet (arbeidsmiljøloven § 18-6 (8)). Vi ber derfor om at du som arbeidsgiver gir en kopi av dette brevet til verneombudet. Hvis dere ikke har verneombud, skal du gi kopien til representanten for de ansatte.

Arbeidstilsynet sender e-post med invitasjon til å gi tilbakemelding på tilsynet en stund etter at dere mottar denne tilsynsrapporten. Vi håper at de som var til stede under tilsynet vil ta seg tid til å svare på den. Det vil være nyttig for vårt videre forbedringsarbeid og gir oss viktig kunnskap om effekten av våre tilsyn.

Mer informasjon?

Les mer om Arbeidstilsynets tilsyn og reaksjonene vi kan gi: [Tilsyn \(arbeidstilsynet.no\)](#).

Med hilsen

Arbeidstilsynet

Øyvind Arnegård
seksjonsleder

Marie Christine Frederique Calisch
seniorinspektør

Dette brevet er elektronisk signert

Postadresse: Postboks 4720 Torgarden, 7468 Trondheim, Norge
Telefon: +47 73 19 97 00
Organisasjonsnummer: 974 761 211
www.arbeidstilsynet.no

Kopi til:

LYNGDAL HELSEHUS AVD INSTITUSJON, Postboks 353, 4577 LYNGDAL

VEDLEGG: samlet oversikt over det vi kontrollerte i tilsynet

- Har arbeidsgiver sørget for en oversikt over virksomhetens organisasjon, herunder hvordan ansvar, oppgaver og myndighet for arbeidet med arbeidsmiljøarbeidet (helse-, miljø- og sikkerhet) er fordelt?
- Har arbeidsgiver gjennomgått opplæring i helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid?
- Har virksomheten valgt verneombud?
- Sørger arbeidsgiver for at verneombudet får nødvendig opplæring?
- Har arbeidsgiver kartlagt og risikovurdert faktorer i arbeidet som kan gi risiko for psykiske plager hos arbeidstakerne?
- Har arbeidsgiver iverksatt tiltak og/eller utarbeidet plan for å redusere risikofaktorer i arbeidet som kan gi psykiske plager hos arbeidstakerne?
- Har arbeidsgiver kartlagt og vurdert faktorer i arbeidet som kan gi risiko for muskel- og skjelettplager hos arbeidstakerne?
- Har arbeidsgiver iverksatt tiltak og/eller utarbeidet plan for å redusere risikofaktorer i arbeidet som kan gi muskel- og skjelettplager hos arbeidstakerne?
- Er virksomheten tilknyttet godkjent bedriftshelsetjeneste?
- Sørger arbeidsgiver for at det er utarbeidet plan for bedriftshelsetjenestens bistand i virksomheten?
- Har arbeidsgiver kartlagt, risikovurdert og på denne bakgrunn utarbeidet planer og iverksatt tiltak for så langt det er mulig å beskytte arbeidstakerne mot vold, trussel om vold og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre?
- Sørger arbeidsgiver for at arbeidstakere får nødvendig opplæring og øvelse slik at de så langt det er mulig er beskyttet mot vold og trussel om vold?
- Har virksomheten rutiner for hvordan vold, trusler og andre uheldige belastninger som følge av kontakt med andre skal forebygges, meldes, håndteres og følges opp?



Lyngdal kommune

Postboks 353
4577 LYNGDAL

Saksbehandler, innvalgstelefon

Heidi Danielsen Liane, 37 01 75 79

Oversendelse av endelig rapport fra tilsyn med helse- og omsorgstjenesten til beboere ved Lyngdal helsehus

Vi viser til vårt brev av 08.04.2024 med oversendelse av foreløpig rapport etter tilsyn ved Lyngdal helsehus.

Vi mottok tilbakemelding fra kommunen 29.04.2024 hvor det fremgår at dere ikke har kommentarer til innholdet i rapporten.

Vi har nå ferdigstilt rapporten, og endelig rapport er vedlagt. I rapporten er det nå lagt til et ytterligere kapittel, kapittel 6. Kapitlet omhandler retting av lovbrudd og vår oppfølging.

Vår oppfølging er todelt. Vi ber først om at dere utarbeider en plan for retting av lovbrudd med frist for tilbakemelding **23.08.2024**. Videre ber vi om at kommunen, i løpet av november/desember 2024, selv gjennomfører en journalgjennomgang med formål om å undersøke om planen har hatt effekt, slik at praksis er i samsvar med gjeldende lovkrav. Resultat /funn sendes Statsforvalteren innen **01.01.2025**. Se rapportens kapittel 6 for nærmere detaljer.

Vi takker for samarbeidet rundt gjennomføringen av tilsynet hittil.

Ved spørsmål kan revisjonsleder, Heidi Danielsen Liane, kontaktes på telefon 370 17 579

Endelig rapport publiseres ved Statens helsetilsyn på www.helsetilsynet.no.

Med hilsen

Aase Aamland (e.f.)
fylkeslege/avdelingsdirektør

Heidi Danielsen Liane
seksjonsleder

Dokumentet er elektronisk godkjent



1 Endelig rapport - systemrevisjon med Lyngdal helsehus - Hjemmeboende eldre

Kopi til:

Statens helsetilsyn

Postboks 231 Skøyen

0213

OSLO



Lyngdal kommune

Postboks 353
4577 LYNGDAL

Saksbehandler, innvalgstelefon

Heidi Danielsen Liane, 37 01 75 79

Endelig rapport - systemrevisjon med Lyngdal helsehus - Hjemmeboende eldre

Innhold:

1. Tilsynets tema og omfang.....	S. 2
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet.....	S. 3
3. Beskrivelse av faktagrunnlaget.....	S. 7
4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag.....	S. 15
5. Statsforvalterens konklusjon.....	S. 18
6. Oppfølging.....	S. 19

Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

1. Tilsynets tema og omfang

I dette kapittelet beskriver vi hva som ble undersøkt i tilsynet.

I tilsynet har vi undersøkt om Lyngdal kommune legger til rette for og følger opp at beboere med demensdiagnose, i omsorgsbolig, mottar individuelt tilpassede, samordnede og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Bakgrunnen for tilsynet var flere klagesaker som gikk på oppfølging og organisering av tjenestene ved Lyngdal helsehus. Klagesakene ble behandlet som separate saker, men vi tok inn tematikken i tilsynsgrunnlaget da vi ser dette som områder for risiko uavhengig av tjenestested. Lyngdal helsehus består av mange ulike tjenester, både institusjonstjenester og hjemmetjenester.

Tilsynet er avgrenset til å undersøke hvordan pasienter med demensdiagnose følges opp i omsorgsbolig og hvordan arbeidet er organisert.



Tilsynet ble gjennomført som systemrevisjon og vi har undersøkt om kommunen gjennom systematisk styring sikrer at tjenestemottakerne får ivaretatt sine grunnleggende behov.

Under tilsynet undersøkte vi:

- Systematisk styring og internkontroll, herunder avvikshåndtering
- Bemanning og kompetanse
- Oppfølging av pasienten ved:
 - Fallrisikovurdering og fallforebygging
 - Ernæringskartlegging
 - Legemiddelhåndtering
 - Samtykkevurdering
 - Bruk av velferdsteknologi

Lyngdal kommune hadde per 2020 et innbyggertall på 10365 personer. Det var på samme tidspunkt 182 personer med demens i Lyngdal. Tallene er hentet fra demenskartet.no som er en framskrivning av befolkningsutviklingen i Norge. Prognoser viser at andelen personer som vil få demensdiagnose fremover er kraftig økende på landsbasis, herunder i Lyngdal, og derfor har vi ønsket å sette fokus på denne pasientgruppen i tilsynet. Av 64 beboere i omsorgsbolig på Lyngdal helsehus var det bare ni personer som hadde demensdiagnosen.

2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

Statsforvalteren er gitt myndighet til å føre tilsyn med kommunal helse- og omsorgstjeneste, etter helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 og helsetilsynsloven § 4. Et tilsyn er en kontroll av om virksomhetens praksis er i samsvar med gjeldende regler i lov og forskrift. Formålet med tilsyn er å styrke sikkerheten og kvaliteten i helsetjenesten, og befolkningens tillit til helsetjenesten, jf. helsetilsynsloven § 1.

Følgende regelverk er lagt til grunn for tilsynet:

- Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten (helsetilsynsloven)
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften)
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (Legemiddelhåndteringsforskriften)
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene
- Forskrift om pasientjournal

2.1 Kommunens plikt til systematisk ledelse og systematisk styring

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd plikter kommunen å drive systematisk styring for å sikre at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav satt i lov og forskrift.

Styringssystemet er hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres og tilpasses virksomhetens størrelse mv, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 4 og 5. Det nærmere innholdet i styringssystemet er definert i forskriftens §§ 6-9. Kravene gjelder på alle ledelsesnivå.

Systematisk styring er en kontinuerlig prosess som blant annet innebærer å sørge for at virksomheten har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse på aktuelle fagfelt, at virksomheten har



rutiner og tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse, at virksomheten har oversikt over risikoområder, at virksomheten vurderer om gjennomføring av oppgaver etterlever krav i lovgivningen, at virksomheten bruker uheldige hendelser og erfaringer fra pasienter og pårørende i sitt forbedringsarbeid og sørger for korrigerende forbedringstiltak ved behov. Kommunen plikter samtidig å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2. Virksomhetens ansvar for å drive systematisk styring og kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet understøttes nærmere i helsetilsynsloven § 5 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

2.2 Forsvarlighetskravet

Det er et grunnleggende krav til helse- og omsorgstjenesten at den omsorg og helsehjelp som ytes er faglig forsvarlig. Dette innebærer at kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient gis et helhetlig, koordinert og verdig tjenestetilbud, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Ved klargjøring av innholdet i forsvarlighetskravet må det tas utgangspunkt i hva som kan forventes av virksomheter og helsepersonell i aktuelle situasjon, og krav i lovverket må utdypes med gjeldende anerkjent fagkunnskap og samfunnsmessige normer. Rundskriv, veiledere og nasjonale faglige retningslinjer vil de være normerende og retningsgivende for hva som regnes som god, faglig praksis, selv om de i seg selv ikke er rettslig bindende. Hva som kan anses som god faglig praksis på området kan derfor endres i tråd med fagutvikling, endringer i verdioppfatninger og situasjonen for øvrig. Vurdering av hva som er god faglig praksis er videre utgangspunkt for å fastlegge hvor grensen mot det uforsvarlige går.

I forsvarlighetskravet ligger det også krav om at arbeid i virksomheten organiseres slik at personell er i stand til å overholde lovpålagte plikter. I dette ligger det blant annet krav om at kommunen skal sikre at personell nødvendig kompetanse på fag, rutiner mv. samt at arbeidet er organisert slik at det er mulig for personell å yte forsvarlig helse- og omsorgshjelp. Det er kommunens ansvar at det er tilrettelagt for samarbeid/samhandling når annen kompetanse er nødvendig for å oppfylle forsvarlighetskravet.

Forsvarlighetskravet gjelder både enkeltstående tjenester og kommunens samlede tjenestetilbud. Bestemmelsen setter krav til koordinering og samarbeid internt og med andre etater og mellom nivåer.

2.3 God praksis i oppfølgingen av personer med demens opp imot tilsynsystema

Helsedirektoratets nasjonalfaglige retningslinje om demens¹ (heretter kalt retningslinjen) gir veiledning på hva som vil være god praksis for oppfølging av personer med demens. Veilederen beskriver demens på følgende måte:

Demens er ikke en enkeltsykdom, men et syndrom som er et resultat av ulike sykdommer eller skader i hjernen. Symptomene må ha oppstått på grunn av en spesifikk hjernesykdom eller hjerneskada og de må være kroniske. I de fleste tilfeller er de progredierende, det vil si at symptomene blir mer og mer uttalte.

Personer med demens er en spesielt sårbar gruppe, og anbefalingene gitt i denne retningslinjen forutsetter at basale behov er møtt, slik som ernæring, tannstell og hygiene, eliminasjon (urin/avføring), hjelp til å korrigere syns-/hørselssvekkelse, søvn, opplevelse av trygghet med mer.

¹ [Demens - Helsedirektoratet](#)



Retningslinjen fremhever at demenssykdom medfører redusert evne til å ivareta egen helse og egne rettigheter. Disse pasientene er særlig sårbare for feil og mangler ved tjenesteytingen og er særlig avhengige av at helsepersonell tar et helhetlig ansvar for behandling og oppfølging². Retningslinjen gir anbefalinger om at personer med kognitiv svikt og mistanke om demens skal gis tilbud om demensutredning og oppfølging etter at en demensdiagnose er satt. Tiltak og aktivitet som iverksettes, skal være tilpasset personenes interesser, behov og ressurser, og justeres på bakgrunn av endringer som følge av demensutviklingen. Dette for å sikre et helhetlig, koordinert og verdig tjenestetilbud jf. kvalitetsforskriften.

Regjeringens Demensplan 2025 har som mål at personer med demens skal oppleve trygghet og forutsigbarhet i møte med tjenestene. Dette fordrer at tjenestetilbudet tar utgangspunkt i den enkeltes behov og ønsker, og at involverte aktører samhandler til den enkeltes beste.

2.3.1 Oppfølging fra lege:

Ifølge Regjeringens demensplan er målet med demensomsorg å gi pasienten en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste. Dette forutsetter tverrfaglig samarbeid og god informasjonsflyt mellom tjenestene. Oppfølging fra lege er en naturlig del av dette. Beboere i omsorgsbolig på Lyngdal helsehus anses som hjemmeboende og skal følges opp av fastlege.

Retningslinjen anbefaler at pasienter med mistenkt kognitiv svikt tilbys en standardisert, basal demensutredning. Kartleggingen ved mistanke, samt ved oppfølging, er omfattende og bør derfor gjennomføres tverrfaglig. I dette ligger det også føringer på hva som bør følges opp, i samarbeid med kommunen og pårørende.

Ifølge retningslinjen bør det være oppfølging fra fastlege hver 6.-12. måned.

God praksis for pasienter med demens bosatt i omsorgsbolig er at kommunen avklarer pasientens behov for bistand og at det etableres samarbeid mellom fastlegetjenesten og hjemmesykepleien.

Etter fastlegeforskriften § 8 er det kommunen som har ansvar for å tilrettelegge for samarbeid med fastlegene, og kommunen skal sikre en hensiktsmessig og god integrering av fastlegeordningen i kommunens øvrige helse- og omsorgstjenestetilbud.

2.3.2 Fallrisikovurdering og fallforebygging

Fall er hyppig årsak til at eldre mennesker skader seg både i og utenfor helseinstitusjoner. Pasienter med demensdiagnose og uro er overrepresentert i statistikk over fallulykker og har høy fallrisiko. Pasienter med demenssykdom er i risikozonen, da de ofte har sammensatte helseproblemer. Kartlegging av fallfare og forebygging av fall inngår i pasientsikkerhetsprogrammet- I trygge hender 24/7. Helsedirektoratet har beskrevet fall og fallforebygging som en sentral oppgave som må inngå som en del av de fleste styringssystemer, og at det vil kunne være brudd på forsvarlighetskravet å ikke arbeide med fall og fallforebygging for virksomheter som tilbyr helse- og omsorgstjenester til eldre³.

Helsedirektoratet har også utarbeidet nytt nasjonal faglig råd, *Forebygging av fall hos eldre*⁴, som også gjelder hjemmeboende eldre.

² Helsedirektoratets nasjonalfaglige retningslinje om demens s. 189

³ Nasjonal faglig råd, Fallforebygging hos eldre, kapittel 2

⁴ Nasjonalt faglig råd, [Fallforebygging hos eldre - Helsedirektoratet](#), kapittel 5



2.3.3 Ernæringskartlegging og forebygging av ernæringsmessig risiko

God og riktig mat hele livet er regjeringens ernæringsstrategi som skal bidra til å skape gode måltidsopplevelser og redusere feil- og underernæring blant eldre i sykehjem og blant eldre som mottar hjemmetjenester, i tråd med målene i Meld. St. 15 (2018-2019) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre.

Videre kommer det frem i strategien at det er behov for mer oppmerksomhet, kompetanse og systematikk i mat- og ernæringsoppfølgingen, slik at den enkelte kan få et individuelt tilpasset mat- og ernæringstilbud. Ernæringsstrategien skal legge til rette for systematisk ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Systematisk ernæringsarbeid betyr at god ernæringspraksis er satt i system. Målet med god ernæringspraksis er at pasienter og brukere får vurdert sin ernæringsstatus slik at de som er i risiko fanges opp og får tilpassede tiltak, for å forebygge feil- og underernæring og sykdom som følge av dette. Pasienter med demenssykdom er særlig utsatt for feilernæring.

Etter kvalitetsforskriften skal personer som mottar pleie- og omsorgstjenester få ivaretatt sine grunnleggende behov, herunder dekning av fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke). Tilbudet skal videre være tilrettelagt for personer med demens. For å oppnå dette skal kommunen blant annet utarbeide skriftlige prosedyrer jf. forskriften § 3 annet ledd.

Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje *Forebygging og behandling av underernæring*⁵ angir hva som er regnes som god faglig praksis og er helt sentral ved vurderingen av hva som er faglig forsvarlig tjeneste.

Etter retningslinjen skal kommunen sikre at alle pasienter skal vurderes for ernæringsmessig risiko innen to uker etter oppstart av helsetjenester i hjemmet, herunder omsorgsbolig. For personer som har hjemmesykepleie og ikke er i risiko, skal risikovurdering gjøres månedlig. For personer som mottar andre helsetjenester i hjemmet skal risikovurdering gjøres minimum hver sjette måned. Unntak fra retningslinjen skal dokumenteres i samsvar med pasientjournalforskriften § 6 bokstav g. Helsedirektoratet har lagt til grunn at det finnes flere verktøy for vurdering av risiko, herunder MUST, *Malnutrition Universal Screening Tool*, som brukes ved Lyngdal helsehus.

2.3.4 Legemiddelhåndtering

For pasienter som ikke selv har ansvar for å håndtere sine legemidler eller som har inngått avtale om legemiddelhåndtering, regulerer legemiddelhåndteringsforskriften krav som må oppfylles for at legemiddelhåndteringen skal være forsvarlig.

Forskriften setter krav til oppbevaring, istandgjøring og utdeling av legemidler. Kravene i legemiddelforskriften er utdypet og tydeliggjort i Helsedirektoratets rundskriv IS-7/2015. Av rundskrivet gis blant annet følgende utdyping:

Regelmessig observasjon av pasient er en forutsetning for forsvarlig behandling av pasienten. Med observasjon i denne sammenheng, menes både vurdering av pasientens tilstand før administrering av legemiddel, samt observasjon av eventuelle uheldige reaksjoner og bivirkninger på gitt legemiddel. Med observasjon menes også å gi tilbakemeldinger på eventuell manglende effekt, for eksempel manglende effekt av en antibiotikakur.

⁵ [Forebygging og behandling av underernæring - Helsedirektoratet](#)



Av pasientjournalforskriften § 6 bokstav e fremgår det videre at følgende skal journalføres:

Opplysninger om behandling med legemidler, samt virkning og bivirkning av slik behandling. Opplysningene skal inneholde navn på legemidlet, virkestoff, styrke, mengde, dosering, indikasjon eller bruksområde og tidspunkt for når legemidlet er gitt. Opplysningene skal også omfatte en samlet og oppdatert oversikt over relevante opplysninger om pasientens legemiddelbehandling (pasientens legemiddelliste) etter § 9.

Etter kvalitetsforskriften § 3 skal kommunen utarbeide skriftlige rutiner for å sikre at pasienter får tilfredsstilt grunnleggende behov. For at legemiddelhåndtering og oppfølging skal være forsvarlig, er pasienten avhengig av at det er et godt samarbeid mellom hjemmetjenesten og fastlegen, jf. også ovenfor om oppfølging fra lege. Selv om fastlegen har ansvaret for legemiddelbehandlingen for sine pasienter, har kommunen ansvar for å sikre samarbeidet mellom tjenestene og fastlegene, jf. fastlegeforskriften § 8.

I Helsedirektoratets nasjonalfaglige råd *Legemiddelsamtemming og legemiddelgjennomgang*⁶ fremgår det at kommunen bør ha rutiner som beskriver samarbeidet og fordeling av ansvar/oppgaver. Det er videre fremholdt at slik tverrfaglig samarbeid er særlig hensiktsmessig for pasienter som har vedtak om legemiddelhåndtering i hjemmetjenesten og beboere i omsorgsbolig.

Pasienter med demensdiagnose trenger særlig oppfølging ved medikamenthåndtering. Det er ikke gitt at pasienten kan kommunisere bivirkninger eller andre forhold som påvirker effekten av legemidler. Det krever derfor kompetanse hos den som deler ut medisinen og har ansvar for at medisinen blir gitt. Nasjonal faglig retningslinje om Demens⁷ beskriver også tydelig hvilke medikamenter som er anbefalt og hvilke man bør unngå når pasienten har demens. Samarbeid mellom fastlegen og øvrig helsepersonell bør derfor være etablert for å sikre riktig legemiddelbruk.

2.3.5 Samtykkevurdering:

Utgangspunktet er at helsehjelp bare kan gis etter pasientens samtykke, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1. Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av «senil demens (...) åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter», jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 annet ledd.

Samtykkekompetanse må vurderes konkret for den helsehjelpen som skal gis og i den konkrete situasjonen. Det er ikke rettskrav på at personer med demens skal ha en vurdering av sitt samtykke, men når personer mottar tjenester, er det viktig for tjenesteyter å gjøre en vurdering om pasienten forstår informasjonen som blir gitt, og hva det betyr å motta tjenestene. Disse vurderingene må gjøres fortløpende, da demens er en progredierende sykdom, og samtykkekompetansen kan endre seg over tid. Involvering av pårørende er også viktig da de ofte kan bidra med informasjon om pasienten, dersom ikke vedkommende kan uttrykke seg selv, jf. også pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-3 og 4-6 annet ledd. Dette er en viktig rettsikkerhetsgaranti for pasientene, at det gjøres en konkret, helsefaglig vurdering knyttet til samtykke, når vedkommende skal motta helsehjelp.

Ved manglende samtykke må det foreligge et annet rettslig grunnlag for å gi helsehjelp. Dersom pasienten ikke motsetter seg helsehjelpen kan helsehjelp hjemles i pasient- og brukerrettighetsloven

⁶ [Legemiddelsamtemming og legemiddelgjennomgang - Helsedirektoratet](#)

⁷ Nasjonalfaglig retningslinje om demens, kapittel 14-17



§ 4-6. Dersom pasienten motsetter seg må helsehjelp vurderes etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

Kommunen skal gjennom sitt styringssystem ha prosedyrer og rutiner for at pasientens samtykkevurdering blir vurdert.

2.3.6 Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi

Velferdsteknologi⁸ er ikke definert som en egen helse- og omsorgstjeneste, men er et verktøy/hjelpemiddel i tjenesten. Utgangspunktet er at pasienten selv samtykker til bruk av ulike velferdsteknologi, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1. Dette forutsetter at samtykket er informert og at pasienten forstår hva teknologien innebærer. Inngripende velferdsteknologi som døralarm, geofence og GPS stiller særlige krav til informert samtykke. Dette fordi slike typer varsling og lokaliseringsteknologi sender informasjon til en tredjepart om pasientens handling/bevegelse eller situasjon og uten av pasienten selv initierer det.

For pasienter som mangler samtykkekompetanse skal det fattes vedtak om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a.

Når man vurderer bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi må tjenesten gjøre en konkret helsefaglig vurdering av hvorvidt personen innehar samtykkekompetanse. God praksis vil være at man gjør en samtykkevurdering spesifikt knyttet til aktuell form for teknologi for å sikre at pasienten forstår hva det innebærer. Slike samtykkevurderinger bør journalføres, jf. helsepersonelloven §§ 39 og 40, jf. pasientjournalforskriften § 6. Ved manglende samtykkekompetanse skal det journalføres, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 tredje ledd.

Dersom pasienten gjør motstand må bruk av velferdsteknologi vurderes etter lovens § 4A-4 tredje ledd, jf. kapittel 4A.

3. Beskrivelse av faktagrunnlaget

Her gjøres det rede for hvordan virksomhetens aktuelle tjenester fungerer, inkludert virksomhetens tiltak for å sørge for at kravene til kvalitet og sikkerhet for tjenestemottakerne blir overholdt, samt de funn vi har gjort ved gjennomføring av tilsynet.

3.1 Metode og informanter

Vi har mottatt dokumenter fra Lyngdal kommune om hvordan tjenesten er organisert, samt utdrag av prosedyrer og rutiner i avdelingen.

Vi har undersøkt oppfølging til ni pasienter ved Lyngdal helsehus, som bor i omsorgsbolig og som har diagnosen demens. Vi har, sammen med en ansatt i kommunen (en «superbruker»), gått gjennom pasientenes journal, hvor vi har hatt en kvantitativ undersøkelse av pasientens journal. Det vil si at vi har ikke tatt stilling til vurderingene i journal, men sett på hva som er dokumentert på de områdene vi har undersøkt.

Vi har gjennomført intervjuer med ansatte og ledere ved helsehuset. Vi har også hatt samtale med to fastleger for å få innsikt i hvordan pasienter med demenssykdom følges opp og hva slags samarbeid og samhandling det er med omsorgstjenesten for oppfølging av denne pasientgruppen. Vi har ikke ført tilsyn med fastlegene, men bruker informasjonen til å danne oss et helhetsbilde.

⁸ Velferdsteknologien ABC KS



Vi har hatt samtale med to beboere og deres pårørende. Disse intervjuene blir ikke gjengitt da det er virksomheten som har valgt ut informanter og tilrettelagt for samtalen, og vi kan derfor ikke sikre anonymitet. Vi bruker likevel informasjonen som et helhetsinntrykk sammen med intervjuer fra de ansatte og ledelsen om hvordan tjenestene er organisert. Vi fikk også besøke beboerne i deres bolig, slik at vi fikk sett hvordan omsorgsboligene er utformet.

Avdeling for helse- og velferd i Lyngdal har ansvar for institusjon og hjemmetjenester, og har lokasjoner på Lyngdal helsehus og Byremo. Dette tilsynet er avgrenset til hjemmetjenesten ved Lyngdal helsehus som betjener pasientene med demensdiagnose i omsorgsbolig. Lyngdal helsehus rommer institusjonstjenester og hjemmetjenester. På Lyngdal helsehus er det 40 langtidsplasser i institusjon og ti korttidsplasser, inklusive kommunal øyeblikkelig hjelp.

På Lyngdal helsehus er det 64 omsorgsboliger som er tilknyttet hjemmetjenesten. Omsorgsboligene er delt inn i åtte fløyer, med åtte omsorgsboliger i hver fløy. Det er fem fløyer i tredje etasje og tre fløyer i fjerde etasje. Hjemmetjenestene ved helsehuset består av to avdelinger, med hver sin avdelingsleder.

Det er felles natt-tjeneste for institusjon og hjemmetjeneste, som også har egen avdelingsleder. Ansatte som jobber natt i hjemmesykepleien jobber langvakter på 12,5 timer, mens ansatte som jobber natt inne ved institusjonen, jobber 9 timers vakter.

De to avdelingene i hjemmetjenestene er delt med hver sitt geografiske ansvar. Avdeling 1 har ansvar for 4 fløyer og avdeling 2 har ansvar for 2 fløyer. Avdeling 2 har fagkoordinator. Det er også merkantile stillinger hvor den ene er tilknyttet hjemmetjenesten, som bistår til å dekke inn ledige vakter. Dette er en felles ressurs for begge avdelingene. Det er også en midlertidig ekstra stilling for å bistå avdelingslederne med turnusarbeid.

Omsorgsbolig tildeles ved søknad om tjeneste. Det gjøres en individuell vurdering av den enkelte søker. Det er en egen avdeling for tjenestetildeling. Det er tverrfaglig tildeling ved at avdelingsledere har møte med tjenestekontoret for tildeling av tjenester. Omsorgsboligene er et av de høyeste omsorgsnivåene i kommunen, nivå under institusjonstjenester. Det er egen rutine for tildeling av tjenester og om samarbeid i tildelingsprosessen. Omsorgsboligene omfattes ikke av kommunens forskrift om sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie.

Omsorgsboligene består av ett rom med tilhørende bad. Det er ikke separat soverom eller kjøkkenmulighet.

Det er tilgang på aktiviteter ved Lyngdal helsehus. Det meste drives i regi av frivillighet, og det er ulike aktiviteter gjennom uken. Beboere følges til aktiviteter ved behov, vanligvis av frivillige som har arrangementet på den aktuelle dagen. Det er ikke faste rutiner for hvem som skal følges eller hentes, men basert på kjennskap til beboerne. Enkelte beboere blir også bistått av pårørende. Det er tilknyttet tannlegekontor til helsehuset, med tilrettelagt tilgang. Det er også andre servicetjenester som frisør og fotpleie. Hjersteklinikken har kontor på Lyngdal helsehus, hvor pasientene henvises via fastlegen på lik linje med andre i befolkningen.

Dagsenter for personer med demens er lokalisert på helsehuset. Beboere som har omsorgsbolig, kan delta på dagtilbud på lik linje med andre personer med demenssykdom i kommunen. Beboere mister ikke plassen etter at de har fått omsorgsbolig, men personer som bor i egen bolig utenfor helsehuset prioriteres, og det er åpnet opp for at beboere på helsehuset derfor kan få færre dager,



dersom det er stort behov for dagtilbud. Dette har foreløpig ikke vært aktuelt, og alle som har ønsket dagplass har fått innvilget dette.

Tre av de ni pasientene dagtilbud. De øvrige seks hadde fått tilbud om dagtilbud, men takket nei.

3.2 Styring og ledelse for pasientsikkerhet og kvalitet

3.2.1 Bemanning og kompetanse:

Det har vært en stor omorganisering i tjenestene de siste årene, med nedbemanning av 15 årsverk og kutt i budsjettene. Det har tidvis vært opptil 30 % fravær i tjenesten og kommunen fikk ikke søkere til ledige stillinger. Dette kom samtidig med kutt i tjenestene fra sykehus og påfølgende økning i tjenestene. Nå opplyser ledelsen at trenden er snudd, de har god dekning med sykepleiere, og får søkere til stillinger.

Hjemmesykepleien har base på Lyngdal helsehus. Det er egne arbeidslister for pasienter som bor inne på Lyngdal helsehus, men fordeling av arbeidet er ikke knyttet til de ansattes kompetanse. Det vil si at personer med demens som gruppe ikke får noen annerledes oppfølging enn andre beboere.

Ved fravær er det ofte at sykepleier må ta liste utenfor helsehuset og assistenter uten medisinkurs og førerkort får «innelistene». Det medfører at det blir stor grad av vikarbruk inne for å følge opp pasientene i helsehuset, samtidig som assistenter og vikarer får et større ansvar for å følge opp og identifisere når noe skal følges opp. Det opplyses at de skal varsle sykepleier ved behov for å måle NEWS⁹ etc. Det fremheves i intervjuene som sårbart at assistenter ikke har kompetanse til å starte NEWS. Det vises også til at det kan være språkutfordringer i oppfølgingen av pasientene.

Avdelingsleder beskriver at mange av pasientene inne på helsehuset har et stort hjelpebehov og er svært syke, slik at det er behov for kompetanse og kontinuitet i oppfølgingen av disse pasientene. Kommunen satser på internundervisning og simulering, men dette er relativt nylig startet opp. Det er flere områder som skal være tema for undervisning fremover. Intervjuene med ansatte og ledere viser til at det er behov for økt kompetanse på enkelt områder, men også hvordan dette sees i sammenheng. De har internundervisning på ernæring og medikamenthåndtering, og ønsker også undervisning om demens fremover. Fra intervjuene peker det seg ut at svært få kjenner til hvordan man vurderer samtykkekompetanse og betydningen dette har for tjenestene, og at risikoområder ikke sees i sammenheng, som fall og medikamentbruk.

3.2.2 Arbeidslister

Det er to arbeidslister med oppdrag i hjemmetjenestene inne på Lyngdal helsehus, øvrig bemanning er ute hos hjemmeboende i kommunen. Det er ingen av beboerne vi undersøkte som har tjenester på natt. Når nattevakten drar ut av huset, er nattevakt for institusjonstjenester bakvakt for omsorgsboligene. Arbeidslistene lages primært av avdelingsleder og noen dedikerte personer. Alle ansatte kan arbeide etter de ulike listene, det vil også si at alle ansatte kan gå på liste med tiltak/oppdrag for demenspasienter.

Det lages faste arbeidslister, egne lister til beboere i omsorgsbolig («inneliste»). Det finnes ikke egne lister for pasienter med demenssykdom. Disse pasientene følges heller ikke opp med faste besøk av et fåtall hjelpere, men etter den som får listen den dagen. Primærkontakt og sekundærkontakt kan altså ha arbeidslister hvor deres primærpasienter ikke er på deres liste, noe som bekreftes i

⁹ National Early Warning Score



intervjuene. Videre fremkommer at det ikke nødvendigvis er pleiere med kompetanse i demensomsorg som tilser pasientene med demens.

Ledelsen opplyser at alle pasientene med tjenester har primærkontakt og sekundærkontakt og at det er plikt for disse å gå inn i journal hver 3. uke. Sykepleier er primærkontakt og helsefagarbeidere/hjelpepleiere er sekundærkontakt. Disse skal samarbeide om den enkelte pasient. Det er egen prosedyre i Compilo om oppgaver og ansvar for primærkontakt og sekundærkontakt.

I intervju med leder opplyses det om at man tilstreber å ha sykepleier på inneliste for å sikre god nok oppfølging, da mange har store behov og omfattende sykdom. Det vises også til at helsefagarbeidere må dokumentere godt og rapportere videre, for å sikre oppfølging. Det jobbes med å øke sykepleiedekningen, men dette er ikke igangsatt.

I intervjuene fremgår det at det er høyt arbeidspress for å rekke over listen. Det er ikke «rom» for annet enn det som står oppført på listen. Dersom en beboer f.eks. blir syk/krever ekstra oppfølging vil dette kunne føre til at man ikke rekker gjennom listen på vekten sin.

Fra intervju har vi fått opplyst at ved fravær blir det ofte forskyvning av personell, og ofte blir det vikarer som går til pasientene i omsorgsbolig. Det er ofte assistenter uten fagkompetanse og medisinkurs som tar listene inne, når de andre må kjøre ut. Dette fordi personell i institusjonsdelen anses som «bakvakt».

Ved intervju med ledelsen opplyses det at det skal være rom for ekstra oppfølging og fagutvikling på et visst tidspunkt på vekten. Dette fremkommer imidlertid ikke av intervju med de ansatte.

3.2.3 Demenskoordinator

Kommunen har nylig ansatt demenskoordinator i 50 % stilling. Det er store forventninger til hennes arbeid. Hun har planlagt samtaler med noen av pasientene og skal delta i samarbeidsmøter på legekontor. Det er forventning om deltagelse i tildelingsmøter ved behov, veiledning, kursing, personalmøter, i tillegg til utredning og koordinering mm. Hun skal være en fellesressurs for hele kommunen. Kommunen har ikke etablert tiltakspakke demens eller personsentrert demensomsorg.

3.2.4 Fagsystemet

VISMA Omsorg Profil er kommunens dokumentasjonssystem – EPJ.

Hjemmesykepleien bruker arbeidsplanleggeren «Arbeidsliste» (min ukeplan) ved fordeling av arbeidsoppgaver til de ansatte. De ansatte får opp sin arbeidsliste på håndholdt enhet. Arbeidslisten hukes så av etter hvert som oppdragene er utført. Det er mulig å skrive utfyllende rapport på tiltak og det er mulig å endre tiltak på pasienten. Det er også mulig å bytte besøk innbyrdes på listene. Det er et omfattende program som gir tilgang til postjournal, pasientjournal, tiltaksplan og arbeidsliste og er en komplett pasientjournal. Det er elektronisk meldingsutveksling med foretak og fastlege.

Noen funksjonaliteter er kun tilgjengelig på stasjonær pc, og ikke på håndholdt enhet, som elektroniske dialogmeldinger og indikasjonsregister. De håndholdte enhetene kan ikke vise kurver (f.eks vekt) og gir heller ikke en fullstendig oversikt av medisinalarket (f.eks. indikasjon) Vi hadde gjennomgang av superbruker, og det krever kompetanse og erfaring for å finne frem i dette systemet. Det finnes prosedyrer for Profil i Compilo.



3.2.5 Avvik

Det finnes et avvikssystem i Compilo. Det er prosedyrer for å bruke systemet. De ansatte er kjent med rutinen for avvik, og skriver avvik, og opplever å få tilbakemelding på avvik. Ledelsen bruker avvik i kvalitetsforbedringsarbeid, og har dette oppe på ledermøter. Vi har fått tilsendt avvik og tar ikke dette med videre i tilsynet. Alle vi har intervjuet bekrefter å ha sendt avvik og fått oppfølging av nærmeste leder for å lukke avviket.

3.3 Oppfølging av pasientene

3.3.1 Samhandling med legetjenesten:

Beboere i omsorgsbolig følges opp av fastlege. Ved innhenting av dokumentasjon er det opplyst at samarbeid med fastlegene er som for andre hjemmeboende, med timeavtale. Av innsendt dokumentasjon fremgår det at fagkoordinator har faste samarbeidsmøter med hver enkelt fastlege ved Lyngdal legesenter. Tjenesten ønsker samarbeidsmøter hver sjette uke. Det er på møtene gjennomgang av pasientens legemiddel liste og behandling. Møtet er ved Lyngdal legesenter på fastlegens kontor, hvor lege da har tilgang til eget journalsystem. Hjemmetjenesten kommuniserer med fastlegene gjennom elektroniske meldinger.

I tilsynet fant vi imidlertid at det ikke var noe rutinemessige møtepunkter mellom tjenesten og fastlegene. Legen følger opp med egen plan og utredning for pasienter med demenssykdom, og det er ikke samarbeid med hjemmesykepleien om dette. Hjemmesykepleien har ikke en systematisk oversikt over legeoppfølging til pasientene. Mange av pasientene og pårørende organiserer dette selv. Det forelår heller ikke noe systematikk i meldingsutveksling mellom lege og hjemmesykepleien etter gjennomført legebesøk.

Fra intervju med fastlegene opplyses det at fastlegene ikke har oversikt over hvilke av sine listepasienter som har demensdiagnose og som er bosatt i omsorgsbolig. Men det beskrives at de forsøker å tilse pasienter på listen hvert halvår/hver tredje måned alt etter fungering, når de er kjent med at pasienten har demensdiagnose.

Det fremgår av intervjuer at det tidligere har vært faste møter mellom fastlegene og hjemmesykepleien, men at det har falt litt ut siste tiden. Demenskoordinator har planer om å opprette kontakt og hukommelsesteamet har nylig vært på besøk hos fastlegene for å informere om tjenestene. Enhetsleder har også vært hos fastlegene for å gi informasjon om tjenestene, men foreløpig er det ikke systematikk på samarbeidet.

Det fremstår som noe tilfeldig om hjemmesykepleien tar kontakt med fastlegene med spørsmål om kognitiv svikt hos felles pasienter. Det beskrives likevel tilfeller hvor hjemmesykepleien har kontaktet fastlegen og formidlet et behov for hjemmebesøk hos pasienten.

Det beskrives at hjemmesykepleien er behjelpelige og på tilbudssiden når det gjelder oppgaver som skal utføres etter legebesøk, når noe skal endres, følges opp, mv, men at det kan være utfordringer når fastlegene trenger informasjon fra hjemmesykepleien, og at de heller forsøke å innhente informasjon selv, fra pårørende mv.

Det er heller ingen tilbakemelding fra fastlegene om at pasienter har vært til undersøkelse, da legene ikke alltid er kjent med om pasienten har tjenester. I tilfeller hvor det er kjent, brukes dialogmeldinger for å utveksle informasjon etter legebesøk, men dette er ikke rutinemessig.



3.3.2 Fallrisikovurdering og fallforebygging

Kommunen har rutine for fallrisikovurdering og fallforebygging, Den finnes i Compilo men også som sjekklister i kommunens journalsystem. Ifølge rutinen skal risikovurdering gjøres av hjemmeboende over 65 år, ved nevrologiske eller kognitive sykdomstilstander eller betydelig synshemming skal det gjøres innen en måned.

Skjema som brukes er et samleskjema for fallrisikovurdering, ernæringskartlegging og såravurdering, og det kan fremstå som noe uoversiktlig når man ikke kjenner systemet. Samtidig må man vite hvordan man skal gjenfinne informasjonen i fagsystemet. Skjema kommer heller ikke opp på håndholdt enhet.

I journalen fant vi:

- 8 av 9 pasienter hadde delvis kartlegging etter rutinen, men deler av skjema var ikke utfyllt
- 1 av 8 pasienter var vurdert til å ha fallrisiko. Denne pasienten hadde tiltak i tiltaksplan
- Det manglet klinisk vurdering ut fra totalbildet på alle pasientene, flere hadde diagnoser som i seg selv gir fallfare, inkludert demens og polyfarmasi
- Hos 8 av pasientene var det uttalt polyfarmasi som ikke ble tatt med i vurderingen

Fra intervjuene med ansatte ble det opplyst at skjema fylles ut, men det fremkom ikke at dette ble sett i sammenheng med en klinisk vurdering. Skjema har to egne punkter der man kan registrere dette. Basert på intervjuene har det vært lite fokus på fallrisikovurdering i tjenesten, men det har vært noe økt fokus siste måneden. Intervjuene viser til at oppmerksomhet knyttet til fall handler om fysiske forhold i omgivelsene mv, og lite om pasientens helhetssituasjon.

Avdelingsledelsen opplyser å ha planer for økt fagutvikling på dette feltet.

3.3.3 Ernæringskartlegging og vurdering av ernæringsmessig risiko

Kommunen har en rutine for vurdering av ernæringsmessig risiko. Ifølge rutinen skal «screening av ernæringsstatus» gjøres av hjemmeboende pasienter innen første måneden etter vedtak om tjeneste. Ansvar er lagt til primærkontakten.

For å kartlegge risikokategori skal det fylles ut skjema *Ernæring, fall og trykksår – risikovurdering*. Skjemaet baser seg på screeningsverktøyet MUST. I rutinen/MUST angis trinn for vurderingen, herunder at BMI-score skal fastslås. Det angis at alle målinger skal dokumenteres i Profil under tiltak «vekt» og under «målinger».

Uavhengig av grad av risiko skal screeningen gjentas månedlig for hjemmesykepleie. Dersom kartlegging viser forhøyet risiko, skal det utarbeides en ernæringsplan og denne skal kontrolleres jevnlig.

Utfylling av skjema etter rutinen følges ikke opp i praksis. Det finnes en fane i fagsystemet som heter målinger. Her kan man få opp kurver for målinger, men det betinger at målinger blir utført. Man er avhengig av stasjonær PC for å slå opp på målinger, da det ikke kommer opp på den håndholdte enheten. Det må legges inn som eget tiltak for å bli synlig. Hverken skjema eller målinger kommer opp i arbeidslista.

Det er ikke dokumentert noe om pasientenes oralhelse. Det finnes tilrettelagt en tannlegeklinikk på Lyngdal helsehus, men det er ukjent hvem som får oppfølging der, eller hvilken tannlege som disponerer rommet.



I intervjuene beskrives ulike rutiner for å følge opp ernæring og vekt. Vekt kan registreres som tiltak og komme opp på arbeidslisten, eller skrives på tavlen – ofte av den som sist utførte veiing. Ny dato for vekt settes opp når veiing er utført, men det foregår et parallellsystem med å ha tiltak om veiing på arbeidslisten.

Det er ikke gjort risikovurdering i forhold til ernæring knyttet til pasientens totale situasjon. Ingen av pasientene hadde vektnedgang, men det var lite systematikk på veiingen, det var heller ingen individuell vurdering av den enkeltes behov på dette området, og tiltak var ikke tilpasset.

Journalgjennomgang viste følgende om tema:

- Ingen av pasientene hadde systematisk MUST-registrering
- 1 av 9 ble veid månedlig, i samsvar med rutinen
- 8 av 9 hadde blitt veid, men det kunne gå flere måneder mellom hver veiing. 1 av disse hadde ikke blitt veid på ett år.
- 1 pasient hadde tiltak om ukentlig veiing på grunn av medikamentbruk, men dette var ikke fulgt opp, og hadde heller ikke plan for videre behandling.
- For 1 pasient var det journalført gjentakende funn av gammel mat i kjøleskap. Det ble iverksatt tiltak med tilsyn ved måltider og fokus på drikke.
- Alle pasienten vi undersøkte hadde tiltak om å bli fulgt til måltid. Inntak av mat, matlyst og andre forhold er imidlertid ikke dokumentert

Fra intervjuene opplyser de ansatte at de følger med på om pasienten har spist opp maten når de spiser på rommet, vurderer tiltak fortløpende, smører brødmat og følger med på vektkurve.

Ledelsen opplyser at det er ansatt ernæringskontakt som er i gang med prosjekt om ernæring.

Ernæring er også aktuelt for internundervisning. Fra intervju med kommunalsjef opplyses det at ledergruppen var bedre på å etterspørre fag i større grad tidligere, herunder ernæring. Tidligere hadde kommunen faggrupper på ernæring, men opplyser at fag har fått lide under pandemi og økonomiske problemer.

3.3.4 Legemiddelhåndtering

Kommunen har rutiner for legemiddelhåndtering og for opplæring av de ansatte. Vi har avgrenset tilsynet til å gjelde utdeling av medikamenter til pasient og vurderingene knyttet til dette, inkludert samarbeid med fastlegen i denne sammenheng.

Ved gjennomgang i journal ser vi at de fleste av pasientene bruker svært mange medisiner, både fast og ved behov. Tabellen viser medikamentbruk, der 8 av 9 pasienter bruker mange medisiner:

Medikamenter Faste/ved behov	11/0	8/0	10/3	9/3	-	10/2	10/4	16/7	13/6
------------------------------------	------	-----	------	-----	---	------	------	------	------

Det skrives avvik Compilo og de fleste avvik knytter seg i hovedsak til medikamenthåndtering:

- Pasient har glemt å ta medisin
- Pasient har åpnet multidoserull og medisiner har falt ut av posen
- Feildosering

Om selve utdelingen var det ansatte som opplevde at de ikke hadde god nok opplæring og det ble gitt uttalelser som at legene hadde ansvar for medisiner og at de bare skulle dele ut og ikke så det som sin oppgave å stille spørsmål om medisinbruken.



Ved journalgjennomgang så vi på rutiner og regelmessighet ved samstemming.

Samstemming:

- 7 av 8 pasienter hadde notert dato for samstemming i journal, men det forelå ikke journalnotat
- 1 av 8 hadde fått gjennomført en systematisk legemiddelgjennomgang i samarbeid med lege, inkl. interaksjoner
- Alle 8 pasientene hadde mangelfull indikasjonsbeskrivelse, hos 5 pasienter var det ingen indikasjon.
- Indikasjon var ikke synlig på håndholdt enhet, men det kan gjøres oppslag på stasjonær enhet.
- Det forelå ikke rutiner for rutinemessig legemiddelgjennomgang, mangel på samarbeid om pasienten mellom tjenesten og fastlege.

En av pasientene som sto på 10 medisiner hadde ikke dokumentert oppfølging hos fastlege siden 2016 og 2019. Enten har pasienten ikke hatt legetilsyn på flere år, eller så er det ikke dokumentert i journal. Dette kunne ikke gjenfinnes i journal og kunne heller ikke besvares ved journalgranskning.

- 5 av 9 pasienter hadde dokumentert konsultasjon hos fastlegen de siste 6 månedene
- 2 pasienter hadde dokumentert sett sin fastlege siste året
- 2 pasienter hadde ikke hatt dokumentert kontakt med fastlegen på over ett år.

3.3.5 Samtykkevurdering

Kommunen har rutiner for vurdering av samtykkekompetanse som er beskrevet i Compilo, men rutinen er ikke fulgt for noen av pasientene. I intervju kommer det frem at ansatte gjør sine vurderinger av samtykke på bakgrunn av sin kjennskap til pasientene.

Det er ikke journalført hvordan man har kommet frem til disse konklusjonene om samtykkekompetanse eller hvilken betydning det vil ha for pasientene.

Oppsummering av funn

- Ingen av pasientene hadde fått samtykkevurdering etter rutinen.
- Alle pasientene var antatt å ha samtykkekompetanse – ut fra personalets personlige kjennskap til pasientene.
- 6 av 10 hadde epikrise fra spesialisthelsetjenesten hvor det var gjort en demensutredning, men ikke spesifikk på samtykkekompetanse. Flere av disse epikrisene var over året gammelt og var ikke revurdert.
- 1 av 6 hadde hatt vurdering av fastlege siste året.
- Fra intervjuene fremkommer det at personale mener det er fastlegens ansvar å vurdere samtykkekompetanse og de støttet seg også på spesialisthelsetjenestens demensutredninger.
- Ansatte har liten kjennskap til kommunens rutine knyttet til samtykkevurdering.
- Fra intervjuene får vi svar at det har vært lite fokus på samtykkevurdering, lite opplæring, ingen rutiner for oppfølging, lite samarbeid med fastlegen.
- Det var ikke gjennomført samtaler med pårørende om tema.
- Fastlegene viser til sin oppfølging av personer med demens, men hadde ikke oversikt over hvilke av pasientene som bodde på helsehuset.



- Ingen fast rutine for samarbeidsmøter der pasientene har demenssykdom.
- Det forelå ingen konkret samtykkevurdering opp mot bruken av varsling- og lokaliseringsteknologi.

Funn i journal viser at flere av pasientene har betydelig problemer med korttidsminne, mangler rutiner rundt ADL og trenger tett oppfølging. Dette sees ikke i sammenheng med vurdering av kognitiv funksjon, og herav samtykke til helsehjelp.

Flere av pasientene hadde varsling- og lokaliseringsteknologi, hvor pasientene hadde signert for å samtykke til tiltaket. Ingen hadde vedtak da de var vurdert til å ha samtykkekompetanse.

Fra intervjuene er det opplyst at de ansatte kjente på manglende kunnskap for å gjennomføre samtykkevurdering. Ledelsen bekrefter at dette er behov for økt kompetanse på dette området.

4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

4.1 Ledelse og kvalitetsforbedring:

Ledelsen mener det skal være god tid på listene på ettermiddagen, men det samsvarer ikke med opplevelse de ansatte har og andre funn i tilsynet. Arbeidslistene lages ut fra daglig behov og ressursituasjon, dette uavhengig av hvem som er primær- og sekundærkontakt. Primærkontakten har ifølge kommunens prosedyrer omfattende oppgaver for å følge opp pasienten. Dette gjennomføres ikke. Det er ikke systematiske /planlagte møter med pårørende/pasient og primærkontakt. Ved fravær er det ofte assistenter og vikarer som må ta «inne-listene» på helsehuset.

Det er ikke satt av tid til pasientgjennomgang/tavlemøter. Ansatte opplever tidspress med tette lister hvor det ikke er rom for å gjøre vurderinger utover oppgavene som ligger på listen. Dette gir en risiko for mangler i den faglige i oppfølgingen/kontinuiteten av den enkelte pasient.

Det er manglende struktur og systematikk i samarbeidet med andre tjenester, eksempelvis fastlegetjenesten. Dette er en risikofaktor for pasientens helhetlige oppfølging.

Ledelsen gir selv uttrykk for at fagutvikling har blitt nedprioritert de siste årene, både på grunn av pandemi og dårlig økonomi. Det beskrives at det skal bli mer fokus på fag i tiden fremover, herunder obligatorisk internopplæring i form av fagdager og simulering på ulike områder. Kommunen har videre ansatt demenskoordinator som jobber med å igangsette systematisk oppfølging av pasientgruppen og planlegger for etablering av hukommelsesteam. Vi ser positivt på at kommunen har påstartet arbeidet og at det vil bli flere involvert i dette.

Funn i tilsynet viser at ledelsen ikke har sikret at ansatte har tilstrekkelig kunnskap/kompetanse knyttet til oppfølging av personer med demens. Dette bekreftes av de ansatte ved intervjuene ved at de ikke opplever at de har fått tilstrekkelig tilbud om kurs og videreutdanning. Dette bekreftes også ved inndeling av arbeidsoppgaver hvor verdien av primærfunksjonen ikke blir fulgt opp i praksis. Helhetsperspektivet som er nødvendig ved oppfølging av demens, kan vi ikke se er til stede.

Kommunen har et avvikssystem som blir brukt. Alle ansatte bekrefter rutinene og avvik følges opp av ledelsen. Avvik tas opp i kvalitetsgruppa og ansatte som melder får tilbakemelding og opplever at avvik følges opp og tas tak i. Alvorlige avvik blir også løftet på kommuneledelsesnivå. Vi har ikke vurdert omfang av avvik i dette tilsynet, annet enn at ledelse og ansatte bekrefter at rutinen er kjent og anvendt.



Vi har sett at de fleste avvik handler om medikamenthåndtering og svært lite om andre forhold. Når vi ser dette i sammenheng med øvrige funn, så er vi usikre på om graden av avvik speiler utfordringsbildet og at det er forhold og faktiske avvik som ikke fanges opp. Ledelsen har ikke organisert arbeidet på en måte som sikrer helhetlig og kontinuerlig oppfølging. Kommunen har mange rutiner på plass, men ledelsen har ikke sørget for at rutinene blir fulgt, og flere rutiner er i liten grad implementert i praksis.

4.2 Oppfølging av pasientene

4.2.1 Samhandling med lege

Beboere i omsorgsbolig følges opp av fastlege. Vi fører ikke tilsyn med fastlegetjenesten, men vi ser på den helhetlige helseoppfølgingen til pasienter med demens, hvor legeoppfølging er en nødvendig del. Kommunen har ikke etablert rutiner for samarbeid i tråd med fastlegeforskriften § 8.

Fastlegene har ikke fullstendig oversikt over hvilke av sine listepasienter som har demensdiagnose eller som er bosatt i omsorgsbolig. Hjemmesykepleien hadde heller ikke fullstendig oversikt over når det enkelte pasient hadde vært hos legen sist. Det var heller ikke informasjon i journal som tilsa at hjemmesykepleien avklarte med pasient/pårørende i hvilken grad vedkommende pasient ønsket/hadde behov for bistand til å organisere/følge opp legebesøk. Vi kunne heller ikke se at det var systematikk i at informasjon om pasientenes tilstand og sykdomsutvikling ble videreformidlet til fastlegene. Det var heller ikke rutiner for at fastleger ga tilbakemelding hvis det ikke var noe konkret som hjemmesykepleien skulle følge opp.

Når verken fastlegene eller hjemmesykepleien har oversikt over pasientene og det er manglende samhandling/informasjonsutveksling vurderer vi at dette medfører en risiko for at pasienter ikke får nødvendig oppfølging og at tjenesten blir fragmentert.

Manglende systematikk i samhandlingen gjør at vi vurderer at kommunen ikke sikrer at pasienter med demensdiagnose i omsorgsbolig får tilstrekkelig medisinsk oppfølging fra lege.

4.2.2 Fallrisikovurdering og fallforebygging

Kommunen har rutiner for fallrisikovurdering, men disse følges ikke i praksis. Det fremstår som noe uoversiktlig at flere kartleggingsskjema er slått sammen slik at ernæring, fallrisiko og sårbehandling registreres i samme skjema. Dette kan bidra til at risikoområder ikke blir identifisert og fulgt opp. Funn viser at flere skjemaer ikke var fullstendig utfylt og det er mangler klinisk vurdering av pasientens helhetssituasjon, herunder medisinbruk og diagnoser. Videre kan ikke skjema for risikovurderingen leses på den håndholdte enheten som de ansatte har med seg.

Ved fallrisikovurdering fremgår det at tjenesten fokuserer hovedsakelig på de fysiske omgivelsene i pasientens bolig. Dette er viktige, men ikke tilstrekkelige momenter i en risikovurdering for fall. Tjenesten synes å ha lite fokus på helhetlige helsemessige forhold av betydning, herunder medisinbruk. Tjenestens fallrisikovurdering hensyntar ikke vesentlig momenter og det er dermed risiko for at vurderingene baseres på mangelfullt grunnlag.

4.2.3 Ernæringskartlegging og forebygging av ernæringsmessig risiko

Kommunen har rutine for vurdering av ernæringsmessig risiko og bruker MUST som verktøy. Ingen av de undersøkte pasientene hadde systematisk MUST-registrering, og veiingen av pasientene fremsto generelt som lite systematisk. Det kunne gå flere måneder uten at pasientene ble veid eller vurdert, og en pasient som hadde tiltak på ukentlig veiing ble ikke fulgt opp.



Av rutinen fremgår blant annet at «observasjon i forhold tenner, munn mv.» skal gjennomføres og at dette skal dokumenteres. Det er imidlertid ingen nærmere rutine for hva som skal ligge i vurderingen av munnhygiene/tannhelse eller hvordan den skal gjennomføres. Dette følger heller ikke av kartleggingstrinn i MUST. Ved journalgjennomgangen kom det frem at det ikke var dokumentert noe om pasientenes oralhelse. Fravær av fokus på tannhelse vurderes å være i strid med god praksis for vurdering av ernæringsmessig risiko.

Det er ikke systematikk i oppfølging av ernæring/vekt eller dokumentasjon av tiltak knyttet til dette. Det journalføres på tiltak, i egen kurve under «målinger» og på tavle. Tiltak kan dukke opp på tavle og på arbeidslisten. Denne mangelen på struktur er en risiko for oppfølgingen av ernæring/vekt.

Det gjøres likevel mye bra, de ansatte følger med på pasientenes matinntak og iverksetter tiltak. Ingen av pasientene var vurdert å være i ernæringsmessig risiko og ingen hadde vektnedgang. Dette viser at det gjøres løpende vurderinger i praksis og at problemer knyttet til ernæring fanges opp. Problemet er vel heller at vurderingene ikke finnes igjen i journal.

4.2.4 Legemiddelhåndtering

Journalgjennomgangen viste at de fleste pasientene bruker svært mange legemidler, og det var gjennomgående mangelfull indikasjon/beskrivelse av legemidlene. Opplysninger om indikasjon var heller ikke mulig å få opp på håndholdt enhet som de ansatte bruker i sitt arbeid. Vi vurderer at dette øker risikoen for feil i legemiddelhåndteringen og risiko for at viktig informasjon om effekt og/eller legemiddelbivirkninger ikke identifiseres. Dette gir også fare for at nødvendig tilbakemelding ikke blir videreformidlet til fastlegen.

Dato for legemiddelsamtstemming var satt i samtlige journaler. Det fremkom imidlertid ikke av journalen hva samstemmingen innbar, hvem som har gjennomført den eller om den har ført til korrigeringer.

Legemiddelhåndtering er et risikoområde på generelt grunnlag, noe som også underbygges av at de fleste avviksmeldingene omhandler legemidler.

Som nevnt ovenfor er det manglende systematisk samarbeid mellom fastlegetjenesten og hjemmetjenesten. Dette innebærer risiko når det gjelder oppfølging, herunder ved mangel på legemiddelgjennomgang og diskusjon rundt pasientens situasjon. Bruk av legemidler synes ikke å være sett i sammenheng med pasientens totalsituasjon, herunder risikofaktorer som ernæring og fall, og demenssykdom i seg selv.

4.2.5 Samtykkevurdering

Kommunen har prosedyrer for vurdering av samtykkekompetanse. Samtykkevurderinger etter rutinen gjøres i liten grad hos pasientene med demens. Alle pasientene i gruppen var vurdert å være samtykkekompetente utfra ansattes kjennskap til pasientene.

Omsorgsbolig er et av de høyeste omsorgsnivå. Dette i sammenheng med at pasientene har en demensdiagnose gjør at ansatte må være særlig bevisst på deres forståelse og i hvilken grad de kan gi et informert samtykke.

Ved endring i tjenestebehov, redusert funksjon eller tildeling av teknologi hos denne pasientgruppen bør medføre at kommunen gjør en samtykkevurdering og dokumenterer dette i tråd med god journalføringspraksis, jf. helsepersonelloven §§ 39 og 40, jf. pasientjournalforskriften § 6.



Dokumentasjon knyttet til helsehjelp og vurderinger knyttet til pasientens situasjon og funksjon skal sikre en helhetlig helsehjelp. Mangel på dokumentasjon gjør at vurderingene ikke er etterprøvbare og det er vanskelig for andre og følge opp helsehjelpen og utvikling i pasientens helsetilstand. Det fremkommer av intervju med de ansatte at de ikke opplever å ha tilstrekkelig kompetanse knyttet til samtykkevurderinger og i realiteten utføres det ikke.

4.2.5.1 Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi

Flere av pasientene i vår undersøkelse har varslings- og lokaliseringsteknologi i bruk. Dette anses som inngripende teknologi, som skjerper krav til samtykke og hvor det må fattes vedtak om bruk dersom vedkommende ikke er samtykkekompetent, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a.

Ved journalgjennomgang kan vi ikke se at det har blitt gjort en vurdering av pasientenes samtykkekompetanse opp mot de aktuelle tjenestene de mottok, heller ikke varslings- og lokaliseringsteknologi. Alle pasientene var ansett samtykkekompetente og hadde ikke vedtak på bruk.

Statsforvalteren vurderer at når en pasient har behov for slik inngripende teknologi er det i seg selv en grunn til å sette spørsmålstegn ved vedkommendes forståelse og samtykkekompetanse. Det at pasienten ikke yter motstand og takker ja til bruk av teknologi er ikke det samme som at vedkommende er samtykkekompetent. Ved bruk av slik inngripende teknologi er det særlig viktig at samtykkekompetansen blir vurdert etter objektive kriterier i tråd med rutinen og at dette journalføres. Dette fordi at mangler ved samtykkekompetansen medfører at bruk må hjemles i vedtak etter § 4-6a.

Når samtykkevurdering ikke gjøres stiller vi spørsmål ved hvorvidt bruk av slik teknologi iverksettes med tilstrekkelig hjemmel og vi er usikre på om pasientens rettssikkerhet blir tilstrekkelig ivaretatt.

5. Statsforvalterens konklusjon

Demensdiagnosen påvirker områder som krever tett oppfølging, inkludert grunnleggende fysiologiske behov, vurdering av somatiske, psykiske og kognitive funksjoner. Derfor er den helhetlige oppfølgingen sentral for å sikre at pasienter med demens blir ivaretatt på en forsvarlig måte.

Vi ser at kommunen har gode intensjoner og har laget rutiner som skal ivareta områdene for tilsynet, men dette er ikke godt nok implementert i det praktiske arbeidet. På flere områder følges ikke pasientene opp i samsvar med god praksis, og på enkelte områder er avviket fra god praksis så stort at det representerer brudd på forsvarlighetskravet. Vi viser til følgende:

- Ledelsen har ikke sørget for tilstrekkelig kompetanse hos de ansatte for å sikre helhetlig oppfølging av personer med demens.
- Ledelsen har ikke sørget for et systematisk samarbeid mellom fastlegetjenesten og hjemmesykepleien. Dette medfører en risiko for at pasientene ikke får tilstrekkelig medisinsk oppfølging fra lege.
- Ledelsen har ikke sørget for at det gjøres tilstrekkelige fallrisikovurderinger og oppfølging av risiko for den enkelte pasient. Dette gir risiko for at fallrisiko ikke følges opp og at unødvendige fall kan skje.



- Ledelsen har ikke sørget for at oralhelse følges opp systematisk. Dette innebærer en risiko for at pasienter har tannproblematikk/smerter som ikke følges opp.
- Ledelsen har ikke sørget for at det gjøres systematisk ernæringskartlegging. Dette innebærer en risiko for feilernæring og uønsket endring i vekt.
- Ledelsen har ikke sørget for at legemiddelhåndtering skjer i samsvar med god praksis. Dette gir risiko for feilmedisinering og at bivirkninger og effekt av legemidler ikke følges opp.
- Ledelsen sørger ikke for at det gjøres samtykkevurderinger i tråd med god praksis. Dette innebærer en risiko for at inngripende velferdsteknologi iverksettes uten tilstrekkelig hjemmel og er en fare for pasientenes rettssikkerhet.

Totaliteten innebærer at tjenesten er fragmentert slik at pasientene dermed ikke får en helhetlig og koordinert oppfølging. Fragmenterte tjenester øker risikoen for behandlingsfeil, dårligere pasientforløp, raskere fallering i funksjonsnivå samt redusert livskvalitet. Dette vil i mange tilfeller også medføre økt pårørendebelastning.

Vi vurderer at ledelsen ikke har arbeidet systematisk med kvalitetsarbeid for å sikre at beboere med demens får den helhetlige oppfølgingen som de har krav på. Det sikres ikke nok ressurser til at det kan gjøres nødvendige pasientgjennomgang med helhetlig fokus på den enkelte pasient eller at ansatte har tilstrekkelig kompetanse på demens. Kommunen har heller ikke sørget for at det er etablert tilstrekkelig samarbeid mellom tjenesten og fastlegene.

Når det er flere områder som ikke følges opp i samsvar med god praksis vurderer vi at Lyngdal helsehus drives med for høy risiko for svikt og at totaliteten innebærer et brudd på helsetilsynsloven § 5, helse- og omsorgstjenestelovens § 4-1 og på forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6-9

6. Oppfølging av lovbrudd

Lyngdal kommune har en plikt til å følge opp lovbruddene påpekt i tilsynet i samsvar med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6-9. Oppfølgingsarbeidet skal bidra til forbedring i virksomheten. Dette er en del av kommunens plikt til å drive kvalitetsarbeid og sikre forsvarlige helse- og omsorgstjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 tredje ledd, 4-1 og 4-2.

Statsforvalteren finner at det foreligger svikt i den helhetlige oppfølgingen som sikrer at pasienter med demens blir ivaretatt på en forsvarlig måte, ved manglede rutiner, mangelfull bruk av eksisterende rutiner i praksis og ved at det mangler et systematisk tverrfaglig samarbeid for oppfølging av pasientene.

Statsforvalteren i Agder ber Lyngdal kommune om å:

- Gjøre en egenvurdering av hvilke forhold som påvirker og bidrar til lovbruddet, basert på kommunens kjennskap til egen virksomhet.
- Vi ber videre om at kommunen utarbeider en plan for å rette lovbruddene. En slik plan vil normalt inneholde:
 - Tiltak som må iverksettes for å rette lovbruddene og å hindre videre påpekt risiko for pasientene
 - Hvordan ledelsen vil følge med på, og kontrollere at tiltakene er iverksatt
 - Hvordan ledelsen vil følge med på om tiltakene har virket som planlagt, etter at de har fått virket en stund
 - Virksomhetens egne frister for å sikre fremdrift



Vi ber om at skriftlig tilbakemelding på disse punktene sendes oss innen 23.08.2024.

I tilsyn når Statsforvalteren finner lovbrudd, er policyen at vi ikke skal avslutte tilsynet før vi ser at det skjer endring i kommunens praksis. For å få dokumentert en slik endring ber vi om at kommunen selv gjennomfører en journalgjennomgang for pasienter med demensdiagnose bosatt i omsorgsbolig på Lyngdal helsehus. I gjennomgangen bør det tas utgangspunkt i vurderingene i vår rapport og følgende bør undersøkes:

- Det gjøres helhetlige og forsvarlige fallrisikovurderinger og det gis en oppfølging av risiko for den enkelte pasient.
- Det gjøres regelmessig vurdering av pasientenes funksjonsnivå som sikrer helhetlig oppfølging, ved eksempelvis tverrfaglige møter, bruk av sjekklistor eller pasientgjennomgang
- Det gjøres vurderinger og tiltak knyttet til oralhelse
- Det er systematikk i oppfølging av vekt/ernæring
- Legemiddelhåndtering følges opp med samstemming og indikasjonsoversikt
- Det gjøres samtykkevurderinger i tråd med god praksis og opp mot bruk av velferdsteknologi

Det bes om at gjennomgangen gjennomføres i november/desember 2024 og at redegjørelse for resultat/funn sendes Statsforvalteren innen 01.01.2025.

Disse deltok fra tilsynsmyndigheten:

Seniorrådgiver Andrea Cecilie Solheim Klokkehaug, revisor
Ass. Fylkeslege Helene Rakeie, revisor
Seksjonsleder Heidi Danielsen Liane, revisjonsleder

Med hilsen

Aase Aamland (e.f.)
fylkeslege/avdelingsdirektør

Heidi Danielsen Liane
seksjonsleder

Dokumentet er elektronisk godkjent

Kopi til:
Statens helsetilsyn

Postboks 231 Skøyen

0213

OSLO



Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

I dette vedlegget omtaler vi hvordan tilsynet ble gjennomført og hvem som deltok.

Varsel om tilsyn ble sendt 24.08.2024, og det ble innhentet dokumentasjon fra kommunen. Etter gjennomgang av dokumentasjonen ble det holdt et formøte den 09.10.2023 og et oppfølgingsmøte den 16.10.2023.

Selve tilsynet ble gjennomført den 30. og 31. oktober. Det ble holdt digitalt sluttmøte den 01.12.2023. En del dokumenter var tilsendt og gjennomgått på forhånd, mens andre dokumenter ble mottatt i etterkant etter forespørsel. Vi har fått tilsendt og gjennomgått følgende rutiner fra Lyngdal kommune.

Vedlegg:

- 1 Organisasjonskart helse og velferd 2023
- 2 Informasjonsbrosjyre Hjemmetjeneste v1
- 3 HJT 1 Bemanningsplan, turnus og ukeplan
- 4 HJT 2 Bemanningsplan, turnus og ukeplan
- 5 Natt Bemanningsplan, turnus og ukeplan
- 6 Tildelingsprosessen - samarbeid
- 7 Behandling av søknader innen helse og omsorgstjenester
- 8 Interne rutiner - saksbehandling
- 9 Rutine - evaluering
- 10 Endring på arbeidslister (mobil omsorg)
- 11 Generere arbeidslister-automatisk fordeling i personellmodulen
- 12 Knytte arbeidsliste til ansatte og fordele oppdrag
- 13 Midlertidig opphør av tjeneste
- 14 Utskrift av arbeidslister (mobil omsorg)
- 15 Ikke brukerbaserte tjenester på arbeidsliste
- 16 Rutine for samarbeidsmøte med bruker og pårørende
- 17 Primærkontakt
- 18 Sekundærkontakt
- 19 Rutine - tiltaksplan i profil
- 20 Rutine - basal demensutredning
- 21 Rutine - tiltakspakke demens
- 22 Sjekkliste - tiltakspakke demens
- 23 Ansvar for legemiddelhåndtering
- 24 Prosedyre for helsepersonell som skal delta i legemiddelhåndtering - subkutane injeksjoner insulin
- 25 Prosedyre for helsepersonell som skal delta i legemiddelhåndteringen
- 26 Skjema A og B preparater Hjemmetjenesten
- 27 Retur-til-destruksjonBruksanvisning_Apotek_1
- 28 Avtale om hjelp til legemiddelhåndtering
- 29 Oppgavebeskrivelse for medisinromsansvarlig
- 30 Trygghetskoffert hjemmetjenesten
- 31 Rutine for istandgjøring og utdeling fra dosett og multidoserull
- 32 Avtale om hjelp til legemiddelhåndtering
- 33 Dobbeltkontroll legemidler
- 34 Legemiddelhåndtering adgangskontroll
- 35 Registrering av medisiner
- 36 Veiledning Apotek 1 Hvordan bestille retur til destruksjon av legemidler



- 37 Rutine for samhandling med Apotek 1
- 38 Fall Risikovurdering, forebygging og oppfølging av fall
- 39 Ernæring - rutine for risikovurdering
- 40 Ernæring-fall-sar-risikoskjema
- 41 Vurdering av samtykkekompetanse - overordne rutine
- 42 Brukerveiledning vurdering av samtykkekompetanse
- 43 MAL-Sjekkliste for introduksjon av nyansatte
- 44 Rutine - Introduksjon for nyansatte
- 45 Opplæring nyansatte i hjemmetjenesten
- 46 Opplæringstrinn i hjemmetjenesten
- 47 2023 Årshjul Virksomhet for institusjon og hjemmetjeneste
- 48 Rutine fagtavle hjemmetjenesten
- 49 MTU Informasjonshefte fagdager 2023
- 50 HMS Brosjyre v5
- 51 Kvalitetsråd og kvalitetsgruppe beskrivelse i virksomhet institusjon og hjemmetjeneste
- 52 Sjekkliste for møte i Kvalitetsgruppe på INST og HJT
- 53 Avvik Hjt 1
- 54 Avvik Hjt 2
- 55 2023 Helhetlig styring og internkontroll i Lyngdal kommune

Vi har besøkt to beboere og hatt samtale med deres pårørende. Vi har også snakket med to fastleger.

Vi har gjennomgått ni pasientjournaler hvor vi har sett etter tendenser, sjekklister og tegn på sammenhengende oppfølging fra tjenestene til pasientene.

Vi intervjuet tre ledere, demensrådgiver og fem ansatte i hjemmesykepleien.

Intervjuet	Tittel
Rebecca Efteland	Sykepleier
Jonas Egeland	Sykepleier natt
May Tove Mæland	Helsefagarbeider
Therese Gjærevold	Sykepleierstudent
Ingrid Marie Nordfonn	Nyansatt
Anne Låtveit	Demenskoordinator
Kristin Byberg	Avdelingsleder hjemmetjenesten avd.1.
Anne Sanden Kvinen	Enhetsleder
Ingunn Skretting	Kommunalsjef



Lyngdal kommune

Postboks 353
4577 LYNGDAL

Saksbehandler, innvalgstelefon

Heidi Danielsen Liane, 37 01 75 79

U.off: offl. § 13, jf. fvl. § 13

Avslutning av tilsyn - Lyngdal helsehus- Systemrevisjon

Det vises til tilsynsrapport av 14.06.2024 etter tilsyn med helse- og omsorgstjenestene til beboere ved Lyngdal helsehus. Det ble påvist brudd på helselovgivningen og kommunen laget en plan for å rette avvikene som ble påpekt. Vi mottok oversendelse fra kommunen datert 23.08.2024. Vi ba også om en gjennomgang av journaler for å se om tiltakene hadde hatt effekt, med svarfrist 01.01.2025.

Plan for retting av avvik/lovbrudd:

I kommunens brev av 23.08.2024 ble tiltak i forbedringsarbeidet beskrevet. Kommunen har redegjort for hvilke forhold som har påvirket lovbruddet og har gjort en egenvurdering av hvilke tiltak som skal bidra til å lukke avvikene. Det ble skissert tiltak og plan for følgende områder:

- Overordnet organisering av omsorgsboligene
- Rolleklarhet og ansvar for å følge opp ulike faglige oppgaver
- Bruk av fagtavler og pasientgjennomgang i hjemmetjenesten
- Leders internkontroll
- Sikre struktur og samarbeid med andre tjenester
- Ansattes opplæring i demens og fagutvikling
- Forankre rutiner og gjennomføre samtykkevurdering
- Rutine for samarbeid med fastlegene
- Hjemmesykepleien har systematisk oversikt over legeoppfølging
- Ansatte har nødvendig opplæring
- Rutine for legemiddelsamstemming
- Rutiner for oppfølging av ernæring
- Rutine for oppfølging av oralhelse

Vi vurderte at kommunen hadde en god plan for forbedringsarbeidet, med tydelige ansvarsforhold og tidslinje for gjennomføring, og vi svarte i brev av 20.09.2024 at vi ikke hadde merknader til plan for gjennomføring. Vi mottok egenvurderingsrapport etter journalgjennomgang fra kommunen 20.12.2024.

**Kommunens gjennomgang av journaler:**

Kommunen har gjennom journalgranskning etter sjekklister gitt en god oversikt over hvordan praksis har utviklet seg etter kommunens arbeid med oppfølging av tilsynet. Praksis viser at de områdene, der det gjennom tilsynet ble påvist risiko for svikt, nå er forbedret.

Journalgjennomgangen viser at det nå gjøres kartlegginger av forhold hvor tilsynet avdekket lovbrudd. Områdene er dokumentert og gjenfunnet i journalen. Kommunen viser til forbedringsarbeid knyttet til rutiner for pasientgjennomgang og tavlemøter og et bedre samarbeid med fastlegene. Det vises til planer for å sikre samhandlingen elektronisk i tillegg til etablerte samarbeidsmøter. Det vises også til at det er utfordringer knyttet til funksjonaliteten i Profil opp mot både Compilo og mobil pleie, men at dette jobbes det med, opp mot leverandør.

Kommunen opplyser at det har vært behov for omfattende kompetanseheving og at dere har brukt tid på prosessen. Det vises til målrettet opplæring innen demensomsorg, utarbeidelse og implementering av nye rutiner. Dere uttaler at dere anerkjenner at det har vært nødvendig for å sikre krav til faglig forsvarlighet.

Dere viser samtidig til at dere er i prosess og jobber videre med kvalitetsforbedring i tjenestene.

Statsforvalterens vurdering:

Statsforvalteren vurderer at kommunen og tjenesten ved Lyngdal helsehus har jobbet strukturert og godt med å lukke avvikene og rette lovbrudd. Det er etablert rutiner for områdene hvor vi viste til risiko, og journalgranskningen bekrefter at pasientene følges opp bedre opp med fokus på helhetlig oppfølging av denne pasientgruppen. Etablering av tavlemøter, at det gis rom for pasientgjennomgang og tverrfaglig samarbeid, bidrar til å sikre pasientene på en mer helhetlig og trygg måte.

Vi forutsetter at kommunen viderefører kvalitetsarbeidet som er påbegynt etter tilsynet. Vi understreker her kommunens plikt til å ha et fungerende styringssystem, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd. I dette ligger det blant annet at kommunen må følge med på om tiltak som er iverksatt har den effekten som man ønsker og at endringen i praksis holder seg over tid. Vi anbefaler at dere med jevne mellomrom benytter dere av journalgjennomgang for å sikre at risikoområder føles opp i praksis

Vi avslutter med dette tilsynet og ønsker lykke til med det videre arbeidet og takker for et godt samarbeid under tilsynet.

Med hilsen

Aase Aamland (e.f.)
fylkeslege/avdelingsdirektør
Helse- og sosialavdelingen

Heidi Danielsen Liane
seksjonsleder

Juridisk saksbehandler: Andrea Cecilie Solheim Klokkehaug



Dokumentet er elektronisk godkjent



Arbeidstilsynet

Vår dato: 24.02.2025

Vår referanse: 2024/61831

Vår saksbehandler: Marie Christine Frederique Calisch, tlf. 95900045

LYNGDAL KOMMUNE

Postboks 353

4577 LYNGDAL

Organisasjonsnummer 922421498

Dokumenttilsyn - krav om opplysninger - LYNGDAL KOMMUNE | 922421498

Dette er et tilsyn som innebærer at virksomheten skal sende inn opplysninger til Arbeidstilsynet.

Arbeidstilsynet fører tilsyn med at virksomhetene følger kravene i arbeidsmiljøregelverket. Hvis dere ikke har de opplysningene vi etterspør, så gi oss skriftlig tilbakemelding om dette.

Hensikten med tilsynet

Muskel- og skjelettplager og psykiske plager er alvorlige utfordringer i norsk arbeidsliv. Arbeidstakere i din næring er særlig utsatt for slike plager. Hensikten med tilsynet er å kontrollere hvordan dere jobber systematisk forebyggende for å unngå at arbeidstakerne får arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager og psykiske plager.

Med tilsyn menes i denne sammenhengen innsendelse av dokumentasjon til Arbeidstilsynet. Innsendt dokumentasjon kan følges opp med et ordinært fysisk tilsyn ved et senere tidspunkt.

Vi trenger opplysninger

#1 Krav om opplysninger

Kravet gjelder virksomheten(e)

LYNGDAL HELSEHUS AVD INSTITUSJON | orgnr 975270238

Vi ber om å få tilsendt følgende opplysninger innen **13.03.2025**

1. Oversikt over virksomhetens organisasjon; hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt med hensyn til HMS-arbeidet
2. Dokumentasjon på at dere har valgt av verneombud

Vår referanse: 2024/61831

Side 1 av 3

3. Dokumentasjon på at verneombud har gjennomført obligatorisk HMS-opplæring
4. Dokumentasjon på at arbeidsgiver har gjennomført HMS - opplæring for ledere
5. Den siste gjennomførte kartleggingen og risikovurderingen av arbeidsforhold som kan føre til muskel- og skjelettplager og/eller psykiske plager.
6. Den siste gjennomførte kartleggingen og risikovurderingen av vold og trusler, i henhold til forskrift om utførelse av arbeid § 23A-1. 3
7. Handlingsplaner med tiltak utarbeidet på grunnlag av risikovurderingene
8. Beskrivelse av hvordan arbeidstakerne og deres representanter har medvirket i kartlegging, risikovurdering og utarbeidelse av tiltak
9. Dokumentasjon på gjennomført opplæring og øvelse i forebygging og håndtering av vold og trusler, inkludert beskrivelse av innholdet
10. Kopi av rutiner for forebygging og håndtering av vold og trusler.
11. Kopi av plan med beskrivelse av innhold og omfang av opplæring og øvelse i forebygging og håndtering av vold og trusler.
12. Kopi av plan for bedriftshelsetjenestens bistand i virksomheten.

Kun dokumentasjonen nevnt i listen ovenfor skal sendes inn. Vennligst merk de aktuelle dokumentene med riktig nummer fra listen.

Arbeidstilsynet har hjemmel i arbeidsmiljøloven § 18-5 første ledd til å kreve disse opplysningene.

Videre oppfølging

Det er de opplysningene dere sender inn, som danner grunnlaget for den videre oppfølgingen. Arbeidstilsynet har rett til å gi pålegg og treffe andre enkeltvedtak på bakgrunn av de opplysningene vi får inn, jf. arbeidsmiljøloven § 18-6.

Dere kan klage

Dere kan klage dersom dere mener dere ikke har plikt eller lovlig adgang til å gi opplysningene jf. forvaltningsloven § 14. Fristen for å klage er tre dager fra dere mottar vedtaket. For nærmere opplysninger om klageinstans og fremgangsmåte, se [Klage \(arbeidstilsynet.no\)](https://arbeidstilsynet.no).

Send dokumenter eller kommentarer via eDialog

Bruk eDialog hvis dere skal sende oss dokumentasjon eller for å svare på dette brevet. Husk å oppgi referansenummer 2024/61831. Les mer om eDialog: [Send og motta post \(arbeidstilsynet.no\)](https://arbeidstilsynet.no).

Veiledning

[Arbeidsrelaterte psykiske plager](#)

[Arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager](#)

[Vold og trusler på arbeidsplassen](#)

[Risikovurderingsskjema vold og trusler](#)

[Dette skal bedriftshelsetjenesten hjelpe arbeidsgiver med](#)

Gi informasjonen videre til verneombudet

Verneombudet skal gjøres kjent med vedtak fra Arbeidstilsynet (arbeidsmiljøloven § 18-6 (8)). Vi ber derfor om at du som arbeidsgiver gir en kopi av dette brevet til verneombudet. Hvis dere ikke har verneombud, skal du gi kopien til representanten for de ansatte.

Mer informasjon?

Les mer om Arbeidstilsynets tilsyn og reaksjonene vi kan gi: [Tilsyn \(arbeidstilsynet.no\)](https://www.arbeidstilsynet.no).

Med hilsen

Arbeidstilsynet

Marie Christine Frederique Calisch
seniorinspektør

Dette brevet er elektronisk signert

Postadresse: Postboks 4720 Torgarden, 7468 Trondheim, Norge

Telefon: +47 73 19 97 00

Organisasjonsnummer: 974 761 211

www.arbeidstilsynet.no

Kopi til:

LYNGDAL HELSEHUS AVD INSTITUSJON, Postboks 353, 4577 LYNGDAL

Agder Sekretariat

Kontrollutvalget i Lyngdal kommune

Sak: 09/25

Møtedato: 12.05.25

Saksbehandler: Willy Gill

SAK 09/25 GODKJENNING AV MØTEPROTOKOLL FRA MØTE 17.03.25

Vedlegg:

Forslag til møteprotokoll fra møte 17.03.25

Bakgrunn for saken:

Forslag til protokoll fra møte 17.03.25 legges frem for godkjenning.

Forslag til vedtak:

1. Møteprotokoll fra kontrollutvalgets møte 17.03.25 godkjennes.
2. Leder gis fullmakt til å undertegne møteprotokollen.

LYNGDAL KOMMUNE – KONTROLLUTVALGET

MØTEBOK

Møte nr. 02/25

Dato: 17.03.25 kl. 12.00 – 14.15.

Sted: Møterom Formannskapssalen.

<u>Til stede:</u> Roar Lindland, leder Torbjørn Ougland, nestleder Åge Gabrielsen, medlem Maria Dragland, medlem Kathrine Skoland, medlem – møtte fra kl. 12.30	<u>Andre til stede:</u> (hele eller deler av møtet) SK Revisjon IKS v/ Monica Nilsen, Ida Jordal Kommunedirektør Kjell Olav Hæåk Stabssjef HR Ida Marie Meland Eikebrok Kommunalsjef økonomi Elin Rugland Falkum,
<u>Forfall:</u>	Agder Sekretariat KO v/ Willy Gill

Det var ingen merknader til innkalling eller saksliste.

SAKSLISTE

ORIENTERING

REFERATSAKER

SAKER

- SAK 05/25 GODKJENNING AV MØTEBOK FRA 03.02.25
SAK 06/25 BESTILLING AV FORVALTNINGSREVISJON 2025
SAK 07/25 RAPPORT FORVALTNINGSREVISJON SYKEFRAVÆR - ettersendes
SAK 08/25 FORENKLET ETTERLEVELSESKONTROLL – ETTERLEVELSE AV
REGLENE OM KOMPENSASJON AV MERVERDIAVGIFT PÅ
UTGIFTER TIL UTEIEBOLIGER

FASTE POSTER/

Nytt fra revisor:

Videre arbeid i kontrollutvalget:

EVENTUELT

Underskrift

Roar Lindland
Leder

SAK 05/25 GODKJENNING AV MØTEPROTOKOLL FRA MØTE 03.02.25

Behandling i møtet:

Forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Kontrollutvalget fattet følgende vedtak:

1. *Møteprotokoll fra kontrollutvalgets møte 03.02.25 godkjennes.*
2. *Leder gis fullmakt til å undertegne møteprotokollen.*

Saksfremstilling:

Saksbehandler: Willy Gill

Vedlegg:

Forslag til møteprotokoll fra møte 03.02.25

Bakgrunn for saken:

Forslag til protokoll fra møte 03.02.25 legges frem for godkjenning.

Forslag til vedtak:

1. Møteprotokoll fra kontrollutvalgets møte 03.02.25 godkjennes.
2. Leder gis fullmakt til å undertegne møteprotokollen.

SAK 06/25 BESTILLING AV FORVALTNINGSREVISJON 2025

Behandling i møtet:

Kontrollutvalget drøftet mulige problemstillinger med forvaltningsrevisor.

Utvalgssekretær fremmet endret forslag til vedtak:

Kontrollutvalget bestiller forvaltningsrevisjonsprosjektet Korrupsjon og basert på drøftelsen i møtet bes revisjonen utarbeide forslag til prosjektplan som fremlegges kontrollutvalget for godkjenning.

Korrigert forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Kontrollutvalget fattet følgende vedtak:

Kontrollutvalget bestiller forvaltningsrevisjonsprosjektet Korrupsjon og basert på drøftelsen i møtet bes revisjonen utarbeide forslag til prosjektplan som fremlegges kontrollutvalget for godkjenning.

Saksfremstilling:

Saksbehandler: Willy Gill

Vedlegg:

Vedtatt plan for forvaltningsrevisjon 2024 – 2027

Vedtatt plan for eierskapskontroll 2024 – 2027

Plan for forvaltningsrevisjon 2024 – 2027, revidering - kommunestyrevedtak av 13.02.25

Særutskrift KU-sak 04/25

Saksopplysninger:

I forbindelse med bestillingssak i forrige møte i kontrollutvalget 3. februar, orienterte forvaltningsrevisor om at Lyngdal kommune i 2024 har vedtatt handlingsplaner på områdene «Forebygging av vold og overgrep og Trygg oppvekst og tidlig innsats.

På denne bakgrunn fattet kontrollutvalget følgende enstemmige vedtak:

1. Forvaltningsrevisjonsprosjekt med prioritet nr. 2 *Folkehelse/Vold i nære relasjoner/Tidlig innsats* synes etter kontrollutvalgets oppfatning ikke å være like aktuelt nå som følge av at kommunen i 2024 har vedtatt handlingsplaner på områdene Forebygging av vold og overgrep og Trygg oppvekst og tidlig innsats.

Kontrollutvalget ber derfor om kommunestyrets tilslutning til å sette i gang prosjekt nr. 3 *Korrupsjon* i tråd med vedtatt plan for forvaltningsrevisjon.

2. Kontrollutvalget bestiller gjennomføring av eierskapskontroll i følgende selskap:
Q43 - Q Fire Tre AS.

Dette vedtaket ble sendt til kommunestyret som behandlet saken i møte 13.02.25, sak 15/25.

Kommunestyret fattet følgende vedtak:

Kommunestyret endrer plan for Forvaltningsrevisjon med at prioritet nr.3 - korrupsjon gjennomføres i 2025 og foran prioritet nr. 2 - Folkehelse/Vold i nære relasjoner/tidlig innsats

Vurderinger:

I budsjettet for 2025 er det satt av 350 timer til gjennomføring av eierskapskontroll og forvaltningsrevisjon. Det vil si at utvalget dette året har ressurser til gjennomføring av én forvaltningsrevisjon og én eierskapskontroll.

Kontrollutvalget bestilte eierskapskontroll i **Q43 - Q Fire Tre AS** i forrige møte.

På bakgrunn av kommunestyrets revidering av prosjektrekkefølge, inviteres kontrollutvalget til å bestille forvaltningsrevisjonsprosjektet *Korrupsjon* for gjennomføring i 2025. Utvalget inviteres til sammen med revisor å drøfte aktuelle problemstillinger for prosjektet.

Forslag til vedtak:

Kontrollutvalget bestiller forvaltningsrevisjonsprosjektet *Korrupsjon* og basert på drøftelsen i møtet bes revisjonen utarbeide forslag til prosjektplan som fremlegges for godkjenning på neste møte i utvalget.

SAK 07/25 RAPPORT FORVALTNINGSREVISJON - SYKEFRAVÆR

Behandling i møtet:

Forvaltningsrevisor presenterte hovedtrekkene i rapporten.

Forslag til innstilling ble enstemmig vedtatt.

Kontrollutvalget vedtok følgende innstilling:

1. Kommunestyret takker for utarbeidelsen av forvaltningsrevisjonsrapporten *Sykefravær*.
2. Kommunestyret konstaterer at revisjonen mener at kommunen i noen grad jobber systematisk med å forebygge og redusere sykefravær.
3. Kommunestyret ber kommunedirektør om å følge opp anbefalingene i rapporten gjengitt nedfor for å forbedre kommunens arbeid på området.
 - Kommunen bør vurdere om måltallene for sykefravær er realistiske og oppnåelige, spesielt i lys av historiske fraværstall. Kommunen bør vurdere tiltak for å gjøre måltallene bedre kjent blant de ansatte.
 - Kommunen bør sikre at alle avdelinger gjennomfører og rapporterer kartlegging og risikoreduserende tiltak for å forebygge sykefravær.
 - Kommunen bør vurdere tiltak for å forankre det forebyggende arbeidet mot sykefravær hos de ansatte. Herunder vurdere innspill fra de ansatte som har kommet frem i undersøkelsen.
 - Kommunen bør gjøre tallene for alle kategorier i sykefraværstatistikken tilgjengelig.
 - Kommunen bør vurdere tiltak for å sikre arbeidsmiljø hvor ansatte opplever at det er trygt å ta opp fysiske og psykiske belastninger i jobben og diskutere hjelp eller tilpasninger dersom de står i fare for å bli sykemeldt.
 - Kommunen må sikre at krav til dokumentasjon av sykefraværsoppfølgingen blir etterlevd.
 - Kommunen bør vurdere tiltak for å sikre en mer enhetlig oppfølging av sykemeldte ansatte.
4. Skriftlig tilbakemelding til kontrollutvalget om hvordan anbefalingene i rapporten er fulgt opp bes oversendt innen 15. oktober 2025.

Saksfremstilling:

Saksbehandler: Willy Gill

Vedlegg:

Rapport fra Sørlandet kommunerevisjon IKS datert 28.02.25

Saksopplysninger:

Generelt.

Forvaltningsrevisjon er et verktøy som kommunestyret og kontrollutvalget skal bruke for å sikre at kommunen drives på en måte som ivaretar innbyggernes behov og rettigheter best mulig. Forvaltningsrevisjon er en av de pålagte oppgavene til kontrollutvalget. Gjennom forvaltningsrevisjon undersøker kontrollutvalget om kommunen etterlever regelverk, om kommunen når fastsatte mål, og om ressursene forvaltes på en effektiv måte. Å bidra til forbedring er et viktig aspekt ved gjennomføring av forvaltningsrevisjoner.

Kommunestyret i Lyngdal vedtok i møte 01.02.2024 plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2024 – 2027. I planen er en forvaltningsrevisjon om sykefravær prioritert som det første prosjektet kommunestyret vil ha gjennomført.

Sykefraværs-prosjektet ble bestilt av kontrollutvalget i Lyngdal kommune 11.03.24, prosjektplan ble godkjent 14.05.24, mens endelig rapport ble levert fra Sørlandet kommunerevisjon IKS 28.02.25.

Nærmere om prosjektet.

Formålet med dette forvaltningsrevisjonsprosjektet har vært å gjennomføre en evaluering av Lyngdal kommunes systematiske arbeid med oppfølging og forebygging av sykefravær innen utvalgte virksomheter.

Problemstilling:

I hvilken grad arbeider Lyngdal kommune systematisk for å forebygge og redusere sykefraværet ved virksomhetene institusjon og hjemmetjenester og stab/støtte?

For å besvare problemstillingen har revisor undersøkt:

- Er det utarbeidet mål for sykefraværsarbeidet?
- Er det innført planer, rutiner og tiltak for å forebygge, kartlegge og redusere sykefraværet?
- Blir kommunens arbeid med å forebygge og redusere sykefraværet evaluert?
- Blir sykemeldte ansatte fulgt opp i samsvar med regelverket og egne rutiner?

Forvaltningsrevisjonen er avgrenset til å undersøke perioden 2022-2024

Revisors konklusjon.

Vår undesøkelse viser at kommunen i noen grad jobber systematisk med å forebygge og redusere sykefravær.

Kommunen har etablert konkrete mål for sykefraværsarbeidet og har flere tiltak for å kartlegge og redusere risiko for sykefravær. De overordnede HMS-systemet gjør at kommunen kan holde oversikt over HMS og sykefraværsarbeidet i den enkelte avdeling. Det er imidlertid rom for forbedring når det gjelder å sikre at alle avdelinger gjennomfører og rapporterer på tiltakene. Videre er det behov for bedre forankring av tiltakene blant de ansatte. For å forebygge sykefravær er det viktig å skape et trygt psykososialt arbeidsmiljø hvor ansatte opplever at de kan være åpne og diskutere tilpasninger og få hjelp dersom de står i fare for å bli sykemeldt. Når det gjelder oppfølging av sykemeldte ansatte har kommunen rutiner for hvordan dette skal gjøres, men det er behov for bedre etterlevelse av kravene til dokumentasjon. Ansattes erfaring med oppfølging under sykemelding er sprikende; fra de som har opplevd god oppfølging som har bidratt til at de kom raskt tilbake på jobb, til de som har opplevd manglende eller fraværende oppfølging. Variasjonen i erfaringen til ansatte som har vært sykemeldt tyder på at det er behov for mer opplæring og kompetanse hos ledere med ansvar for sykefraværsoppfølging for å sikre en mer enhetlig oppfølging.

Konklusjonen bygger på følgende funn:

5.1.1 Mål for sykefraværsarbeid

Kommunen oppfyller i stor grad revisjonskriteriet om fastsettelse av mål for sykefraværsarbeidet. De har fastsatt konkrete tidfestede og differensierte mål for sykefraværsarbeidet. Kommunen bør vurdere om måltallene er realistiske da fraværet de siste

årene har ligget vesentlig høyere enn måltallene. Kommunen har et forbedringspotensial når det gjelder å gjøre måltallene bedre kjent blant de ansatte.

5.1.2 Systematisk forebygging av sykefravær

Kommunen oppfyller delvis kriteriene om å ha skriftlige system for å kartlegge og redusere risiko for sykemelding. Kommunen har etablert et systematisk arbeid for å forebygge sykefravær som inkluderer kartlegging av risikoforhold, utarbeidelse av skriftlige planer og tiltak for å redusere risiko, og tilknytning til en bedriftshelsetjeneste. Likevel viser HMS-rapporteringene at ikke alle avdelinger har gjennomført eller rapportert alle tiltak. Dette viser at kommunen har et forbedringspotensial når det gjelder å sikre at kartlegging og risikoreduserende tiltak blir gjennomført i alle avdelinger. Kommunen har også et forbedringspotensial når det gjelder å forankre det forebyggende arbeidet hos de ansatte, da under halvparten kjenner til avdelingens mål for sykefravær eller HMS-rutiner. Over 80 % av de ansatte opplever at de trygt kan snakke med sin nærmeste leder dersom de står i fare for å bli sykemeldt, men det er fortsatt nesten 1 av 5 som ikke opplever dette som trygt. 1 av 3 ansatte opplever ikke at de trygt kan snakke med sin leder om psykiske eller emosjonelle utfordringer de møter i sin arbeidshverdag. For å forebygge sykefravær er det viktig å skape et trygt psykososialt arbeidsmiljø hvor ansatte opplever at de kan være åpne og diskutere tilpasninger og få hjelp dersom de står i fare for å bli sykemeldt. Ansatte har også gitt tilbakemeldinger om behov for økt bemanning, bedre tilrettelegging og oppfølging, samt mer oppmerksomhet på psykisk helse. Kommunen oppfyller kriteriet om å være tilknyttet en bedriftshelsetjeneste, og flere avdelingsledere nevner bruk av bedriftshelsetjenesten som en del av deres tiltak for å redusere risikoen for sykefravær.

5.1.3 Evaluering av HMS-arbeidet

Kommunen oppfyller kriteriet om ha løpende oppfølging av eget HMS-arbeid, og minst en gang i året foreta en mer omfattende gjennomgang av det systematiske HMS-arbeidet og vurdere om det fungerer i praksis. Kommunen har et system for løpende oppfølging av HMS-arbeidet. Kommunen gjennomfører årlige HMS-evalueringer hvor planlagte aktiviteter og mål sammenlignes med oppnådde resultater. I spørreundersøkelsen som ble gjennomført har mange ansatte brukt anledningen til å komme med innspill til kommunens sykefraværarbeid. Kommunen bør ta hensyn til disse innspillene i videre evaluering av sykefraværarbeidet. Kommunen fører sykefraværstatistikk i henhold til folketrygdloven og forskrift om statistikk over sykefravær, men det er rom for forbedring når det gjelder å gjøre informasjonen tilgjengelig. Per i dag er det i Framsikt kun mulig å få oversikt over langtidsfravær og korttidsfravær, samt aldersgrupper. Kommunen planlegger å ta i bruk en ny modul i Framsikt fremover som vil gjøre mer informasjon tilgjengelig. Bedre tilgang til informasjon om statistikken vil kunne bidra til bedre evaluering av HMS-arbeidet.

5.1.4 Oppfølging av sykemeldte

Revisjonskriteriene om oppfølging av sykemeldte ansatte er delvis oppfylt. Kommunen har etablert rutiner og systemer for oppfølging, men det er behov for bedre etterlevelse av kravene til dokumentasjon av oppfølgingen. Ansattes erfaring med oppfølging er sprikende, og det kan tyde på at det er behov for mer opplæring eller oppfølging av ledere for å sikre en bedre og mer enhetlig oppfølging av sykemeldte

Rapportens anbefalinger.

I lys av konklusjonen presentert ovenfor, vil vi (revisor) gi følgende anbefalinger til kommunen:

- Kommunen bør vurdere om måltallene for sykefravær er realistiske og oppnåelige, spesielt i lys av historiske fraværstall. Kommunen bør vurdere tiltak for å gjøre måltallene bedre kjent blant de ansatte.
- Kommunen bør sikre at alle avdelinger gjennomfører og rapporterer kartlegging og risikoreduserende tiltak for å forebygge sykefravær.
- Kommunen bør vurdere tiltak for å forankre det forebyggende arbeidet mot sykefravær hos de ansatte. Herunder vurdere innspill fra de ansatte som har kommet frem i undersøkelsen.
- Kommunen bør gjøre tallene for alle kategorier i sykefraværstatistikken tilgjengelig.
- Kommunen bør vurdere tiltak for å sikre arbeidsmiljø hvor ansatte opplever at det er trygt å ta opp fysiske og psykiske belastninger i jobben og diskutere hjelp eller tilpasninger dersom de står i fare for å bli sykemeldt.
- Kommunen må sikre at krav til dokumentasjon av sykefraværsoppfølgingen blir etterlevd.
- Kommunen bør vurdere tiltak for å sikre en mer enhetlig oppfølging av sykemeldte ansatte.

Høring.

Rapporten er på vanlig måte sendt på høring til kommunedirektør. Kommunedirektøren opplyser blant annet følgende i sitt høringssvar:

«Lyngdal kommune takker Sørlandet Kommunerevisjon IKS for en grundig kartlegging i tråd med bestillingen fra Kontrollutvalget. Vi anser dette som et viktig ledd i vårt kontinuerlige forbedringsarbeid knyttet til oppfølging og strukturering av sykefravær. Kommunen har de siste årene stått overfor betydelige utfordringer med høyt fravær, og har ligget vesentlig høyere enn sammenlignbare kommuner. Dette har blitt særlig tydelig etter koronapandemien. Til tross for implementeringen av flere nye tiltak, har vi ikke oppnådd ønskede resultater. Videre har kommunen opplevd betydelig turnover blant ledere og rekruttering av nye ledere siden 2020, noe som krever kontinuerlig opplæring og kompetanseheving.»

Når det gjelder oppfølging av anbefalingene skriver kommunedirektør videre at noen av forbedringspunktene allerede er adressert, mens andre temaer krever ytterligere arbeid.

Avslutningsvis sier kommunedirektør følgende:

«Oppsummert kjenner vi oss igjen i mange av rapportens resultater og er allerede i gang med forbedringsarbeidet. I tillegg vil kommunen rette økt fokus mot enkelte punkter i fremtidig arbeid for å forbedre sykefraværsoppfølging og struktur, med mål om høyere nærvær blant våre ansatte i Lyngdal kommune.»

Det vises ellers til komplett høringsuttalelse gjengitt på side 57 og 58 i rapporten.

Administrasjonen er invitert til møtet og det vil bli gitt anledning til å kommentere rapporten.

Departementet har kommet med en fortolkning av kommunelovens § 23-5 når det gjelder kommunedirektørens høringsrett til saker som skal fra kontrollutvalget til kommunestyret.

Slik jeg forstår det, betyr dette at kommunedirektør skal gis mulighet til å uttale seg til *saken/saksutredningen* før behandlingen i kontrollutvalget.

Denne retten kommer i tillegg til høringsretten til selve rapporten. På denne bakgrunn er sak 07/25 derfor sendt til kommunedirektør for uttalelse.

Vurderinger:

Å arbeide målrettet for å forebygge og redusere sykefraværet er en viktig oppgave for kommunen. Rapporten konkluderer med at Lyngdal kommune i noen grad jobber systematisk med å forebygge og redusere sykefravær ved virksomhetene institusjon og hjemmetjenester og stab/støtte.

Dersom revisors anbefalinger følges opp, vil det ytterligere forbedre kommunens arbeid på området.

Det er kommunestyret som fatter vedtak i saken etter innstilling fra kontrollutvalget. Jeg råder kontrollutvalget til å anbefale kommunestyret å be kommunedirektøren om å følge opp revisjonens anbefalinger.

Forslag til innstilling:

1. Kommunestyret takker for utarbeidelsen av forvaltningsrevisjonsrapporten *Sykefravær*.
2. Kommunestyret konstaterer at revisjonen mener at kommunen i noen grad jobber systematisk med å forebygge og redusere sykefravær.
3. Kommunestyret ber kommunedirektør om å følge opp anbefalingene i rapporten gjengitt nedfor for å forbedre kommunens arbeid på området.
 - Kommunen bør vurdere om måltallene for sykefravær er realistiske og oppnåelige, spesielt i lys av historiske fraværstall. Kommunen bør vurdere tiltak for å gjøre måltallene bedre kjent blant de ansatte.
 - Kommunen bør sikre at alle avdelinger gjennomfører og rapporterer kartlegging og risikoreduserende tiltak for å forebygge sykefravær.
 - Kommunen bør vurdere tiltak for å forankre det forebyggende arbeidet mot sykefravær hos de ansatte. Herunder vurdere innspill fra de ansatte som har kommet frem i undersøkelsen.
 - Kommunen bør gjøre tallene for alle kategorier i sykefraværstatistikken tilgjengelig.
 - Kommunen bør vurdere tiltak for å sikre arbeidsmiljø hvor ansatte opplever at det er trygt å ta opp fysiske og psykiske belastninger i jobben og diskutere hjelp eller tilpasninger dersom de står i fare for å bli sykemeldt.
 - Kommunen må sikre at krav til dokumentasjon av sykefraværsoppfølgingen blir etterlevd.
 - Kommunen bør vurdere tiltak for å sikre en mer enhetlig oppfølging av sykemeldte ansatte.
4. Skriftlig tilbakemelding til kontrollutvalget om hvordan anbefalingene i rapporten er fulgt opp bes oversendt innen 15. oktober 2025.

**SAK 08/25 RAPPORT FRA FORENKLET ETTERLEVELSESKONTROLL 2024 –
ETTERLEVELSE AV REGLENE OM KOMPENSASJON AV
MERVERDIAVGIFT PÅ UTGIFTER TIL Utleieboliger**

Behandling i møtet:

Revisor presenterte attestasjonsuttalelsen.

Forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Kontrollutvalget fattet følgende vedtak:

Kontrollutvalget tar revisors attestasjonsuttalelse fra forenklet etterlevelseskontroll 2024 – kompensasjon av merverdiavgift på utgifter til utleieboliger – til orientering.

Saksfremstilling:

Saksbehandler: Willy Gill

Vedlegg:

Sørlandet Kommunerevisjon IKS - Revisoruttalelse FEK datert 29.01.25

Bakgrunn for saken:

Revisor har utført et attestasjonsoppdrag i forbindelse med Lyngdal kommunes etterlevelse av reglene om kompensasjon av merverdiavgift på utgifter til utleieboliger.

Uttalelsen gir moderat sikkerhet for konklusjonen, altså er det ikke like strenge beviskrav som til en revisjonsberetning.

Saksopplysninger:

Kommunestyret skal se til at uavhengig instans med kunnskap om økonomiforvaltningen vurderer rutineene. Kommunestyret skal også se til at slike rutiner er etablert og overholdt. Kontrollutvalget er kommunestyrets kontrollorgan og det ligger til utvalget å føre tilsyn med kommunens forvaltning på kommunestyrets vegne.

Revisor har kontrollert følgende:

- Kommunen har en oversikt over utleieboligene de mener er kompensasjonsberettigede for merverdiavgift.
- Kommunen kan framvise gyldige enkeltvedtak på tildeling av særskilt tilrettelagte boliger i de tilfeller kommunen krever kompensasjon av merverdiavgift på utgifter knyttet til utleiebolig.
- Det er samsvar mellom kommunens liste over boliger som er kompensasjonsberettigede for merverdiavgift og avgiftsbehandling i regnskapet.

Revisors konklusjon på kontrollen er som følger:

Basert på de utførte handlingene og innhentede bevis er vi ikke blitt oppmerksomme på noe som gir oss grunn til å tro at Lyngdal kommune ikke i det alt vesentlige har etterlevd reglene om kompensasjon av merverdiavgift på utgifter til utleieboliger.

Denne uttalelsen er utelukkende utarbeidet for å gi kontrollutvalget et bedre grunnlag for å ivareta sitt påseansvar med økonomiforvaltningen og til Lyngdal kommunes informasjon, og er ikke nødvendigvis egnet til andre formål.

Vurderinger:

Forenklet etterlevelseskontroll erstatter ikke den ordinære regnskapsrevisjon eller forvaltningsrevisjon, men kan sees på som et supplement. For kontrollutvalgets del er ansvaret begrenset til å påse at det gjennomføres, og holde seg orientert om risiko- og vesentlighetsvurderingen, samt resultatene fra kontrollen.

Forenklet etterlevelseskontroll styrker kontrollutvalgets grunnlag for å ivareta sitt ansvar for å føre kontroll med at økonomiforvaltningen foregår i samsvar med bestemmelser og vedtak.

Revisor vil i møtet orientere om resultatet av forenklet etterlevelseskontrollen og svare på eventuelle spørsmål.

Forslag til vedtak:

Kontrollutvalget tar revisors attestasjonsuttalelse fra forenklet etterlevelseskontroll 2024 – kompensasjon av merverdiavgift på utgifter til utleieboliger – til orientering.

FASTE POSTER/

Nytt fra revisor:

Regnskapet er avlagt og levert før fristen. Revisjonsarbeidet er i rute.

Videre arbeid i kontrollutvalget:

Neste møte 12. mai med bl.a. følgende saker: Årsregnskap og årsrapport 2024

Eierskapskontroll Listerhavnene IKS – forsinket behandling.

Sekretær orienterte om utsatt frist for tilbakemelding til kontrollutvalget som følge av sen oversendelse av saken fra sekretariatet til kommunestyret.

EVENTUELT

Agder Sekretariat

Kontrollutvalget i Lyngdal kommune

Sak 10/25

Møtedato: 12.05.25

Saksbehandler: WG

**SAK 10/25 ÅRSREGNSKAP LYNGDAL KOMMUNE 2024,
KONTROLLUTVALGETS UTTALELSE**

Lover, forskrifter:

Lov om kommuner og fylkeskommuner m.m.

Budsjett- og regnskapsforskriften av 2019

Saksdokumenter vedlagt saken:

Revisjonsberetning, datert 4. april 2025

Link til årsregnskap og årsberetning 2024

<https://pub.framsikt.net/2024/lyngdal/mr-202412-regnskap24>

Saksopplysninger:

Kommunens årsregnskap viser et netto driftsresultat på kr 36 209 739. Revisor har avgitt normal revisjonsberetning uten merknader. I revisjonsberetningen uttaler revisor seg om:

Revisjonen av årsregnskapet.

Revisors konklusjon:

Vi har revidert Lyngdal kommunes årsregnskap som viser et netto driftsresultat på kr 36 209 739. Årsregnskapet består av balanse per 31. desember 2024, bevilgningsoversikter drift og investering, økonomisk oversikt drift og oversikt over samlet budsjettavvik og årsavslutningsdisposisjoner for regnskapsåret avsluttet per denne datoen og noter til årsregnskapet, herunder et sammendrag av viktige regnskapsprinsipper.

Etter vår mening

- *oppfyller årsregnskapet gjeldende lovkrav, og*
- *gir årsregnskapet en dekkende fremstilling av den finansielle stillingen til kommunekassen per 31. desember 2024, og av resultatet for regnskapsåret avsluttet per denne datoen i samsvar med kommunelovens regler og god kommunal regnskapsskikk i Norge.*

Årsberetningen.

Revisors konklusjon:

Basert på kunnskapen vi har opparbeidet oss i revisjonen, mener vi at årsberetningen

- *inneholder de opplysninger som skal gis i henhold til gjeldende lovkrav og*
- *at opplysningene om økonomi i årsberetningen stemmer overens med årsregnskapet.*

Øvrige lovmessige krav.

Revisors konklusjon angående registrering og dokumentasjon:

Basert på vår revisjon av årsregnskapet som beskrevet ovenfor, og kontrollhandlinger vi har funnet nødvendig i henhold til internasjonal standard for attestasjonsoppdrag (ISAE) 3000 «Attestasjonsoppdrag som ikke er revisjon eller forenklet revisorkontroll av historisk finansiell informasjon», mener vi at ledelsen har oppfylt sin plikt til å sørge for ordentlig og

oversiktlig registrering og dokumentasjon av kommunens regnskapsopplysninger i samsvar med lov og god bokføringsskikk i Norge.

Revisors konklusjon angående vesentlige budsjettavvik:

Basert på de utførte handlingene og innhentede bevis er vi ikke blitt kjent med forhold som gir grunn til å tro at årsberetningen ikke gir dekkende opplysninger om vesentlige budsjettavvik.

For nærmere informasjon vises det til revisjonsberetningen.

Uttalelser fra kontrollutvalget.

Kontrollutvalget skal avgi uttalelser til følgende:

- Kommunekassens årsregnskap og årsberetning
- Konsolidert årsregnskap
- Kommunale foretak (årsregnskap og årsberetning)
- Lånefondet (årsberetning kan inngå i kommunekassens årsberetning)

Som oftest vil det være hensiktsmessig med en samlet uttalelse til kommunekassens årsregnskap, konsolidert årsregnskap og årsberetning. Kontrollutvalget avgir ikke uttalelse til politisk råd og kommunalt oppgavefelleskap, med mindre revisor har avgitt revisjonsberetning.

Når det gjelder Lyngdal kommune, skal kontrollutvalget kun avgi uttalelse til kommunekassens årsregnskap og årsberetning.

Behandling av årsregnskapet

Behandling av årsregnskap og årsberetning vil være som følger.

- Kommunedirektør avlegger årsregnskapet innen 22.02.25
- Kommunedirektør utarbeider årsberetning innen 31.03.25
- Revisor avgir revisjonsberetning til kommunestyret innen 15.04.25
- Kontrollutvalget avgir uttalelse om årsregnskap og årsberetning til kommunestyret
- Formannskapet innstiller overfor kommunestyret om godkjenning av årsregnskapet
Kontrollutvalgets uttalelse til årsregnskapet og årsberetningen skal foreligge når formannskapet behandler årsregnskapet
- Kommunestyret godkjenner årsregnskapet innen 30.06.25

Vurderinger:

Administrasjonen vil være til stede for å presentere årsregnskap/årsberetning, samt svare på spørsmål. Revisor vil også være til stede i møtet for å orientere/svare på spørsmål.

Sekretariatet vil anbefale kontrollutvalget å vedta en standard uttalelse til årsregnskapet og årsberetningen for 2024.

Forslag til vedtak:

Uttalelse fra kontrollutvalget til kommunestyret:

Kontrollutvalget har behandlet Lyngdal kommunes årsregnskap og årsberetning for 2024 som viser et netto driftsresultat på kr 36 209 739.

Sørlandet kommunerevisjon IKS har avgitt normal revisjonsberetning uten merknader.

Basert på revisjonsberetningen har kontrollutvalget ingen spesielle merknader til kommunens årsregnskap og årsberetning for 2024.

Kontrollutvalget er ikke kjent med andre forhold, framkommet i dialog med revisor, som kunne hatt betydning for utvalgets uttalelse.

Kontrollutvalget anbefaler at kommunestyret godkjenner årsregnskapet og årsberetningen for 2024.

Agder Sekretariat

Kontrollutvalget i Lyngdal kommune

Sak: 11/25

Møtedato: 12.05.25

Saksbehandler: Willy Gill

SAK 11/25 PROSJEKTPLAN EIERSKAPSKONTROLL, Q43 Q FIRE TRE AS

Vedlegg:

Forslag til prosjektplan fra Sørlandet kommunerevisjon IKS, datert 11.04.25

Saksopplysninger:

Kontrollutvalget bestilte i sitt møte 03.02.25 gjennomføring av eierskapskontroll i Q43 - Q FIRE TRE AS. Sørlandet kommunerevisjon IKS har utarbeidet forslag til prosjektplan som legges frem for godkjenning.

Første ledd i prosjektet er utarbeidelse av en prosjektplan som nærmere beskriver bakgrunnen for prosjektet, problemstillinger, datainnhenting, vurdering og rapportering. Eierskapskontrollen har til formål å se på i hvilken grad kommunen har eieroppfølging og utøver et aktivt eierskap overfor Q43 - Q FIRE TRE AS i samsvar med vedtatte prinsipper for eierstyring.

Revisor foreslår følgende hovedproblemstilling i den framlagte prosjektplanen:
I hvilken grad utøves kommunens eierinteresser i Q43 - Q Fire Tre AS i samsvar med kommunestyrets vedtak og forutsetninger, aktuelle lovbestemmelser og etablerte normer for god eierstyring?

Eierskapskontrollen er primært rettet mot kommunen som eier. Eierskapskontrollen er avgrenset til perioden 2024-2025.

Vurdering:

Revisjonen tar sikte å fremlegge rapport fra prosjektet innen utløpet av 2025 innenfor en ressursbruk på 50 timer.

For nærmere detaljer vises det til forslag til prosjektplan og til revisors presentasjon av prosjektplanen i møtet.

I samråd med revisor vil det være mulig å foreta eventuelle justeringer i prosjektplanen dersom utvalget skulle ønske det.

Sekretariatet har ellers ingen merknader til den framlagte prosjektplanen.

Forslag til vedtak:

Kontrollutvalget godkjenner forelagte prosjektplan for eierskapskontroll i Q43 – Q FIRE TRE AS.