

Møteinnkalling

Kontrollutvalget Rakkestad

Møtested: Fjernmøte, grunnet Covid-19. Teams vil bli benyttet for videokonferanse. Kontrollutvalgsmedlemmer vil få tilsendt link via e-post. Publikum bes om å henvende seg til daglig leder Østfold kontrollutvalgssekretariat, Anita Dahl Aannerød, så vil de få tilsendt link for å kunne overvære møtet.

Tidspunkt: 16.02.2021 kl. 09.00

Eventuelle forfall meldes til Anita Dahl Aannerød på telefon 900 867 40 eller til e-post: rona@fredrikstad.kommune.no

Varamedlemmer møter etter nærmere avtale.

Rakkestad, 08.02.2021

Finn Kultorp
Leder (s.)

Sakliste

PS 21/1	Godkjenning av innkalling og sakliste	3
PS 21/2	Valg av representant til å signere protokoll	4
PS 21/3	Forvaltningsrevisjonsrapport "Kvalitet og sykefravær i pleie og omsorgstjenesten"	5
PS 21/4	Etterlevelseskontroll: Overordnet risiko- og vesentlighetsvurdering og valg av kontrollområde	87
PS 21/5	Kontrollutvalgets Årsmelding 2020	115
PS 21/6	Østre Viken Kommunerevisjon IKS - Engasjement brev	123
PS 21/7	Uavhengighetserklæring fra oppdragsansvarlig revisorer	131
PS 21/8	Referater og meldinger	138
PS 21/9	Eventuelt	146

ØSTFOLD KONTROLLUTVALGSSEKRETARIAT

Saksnr.: 2021/116
Dokumentnr.: 1
Løpenr.: 5275/2021
Klassering: 3016-191
Saksbehandler: Caroline Klæboe Roos

Møtebok

Behandlet av Kontrollutvalget Rakkestad	Møtedato 16.02.2021	Utvalgssaksnr. 21/1
---	-------------------------------	-------------------------------

Godkjenning av innkalling og saksliste

Sekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

Innkalling og saksliste godkjennes

Fredrikstad, 08.01.2021

Vedlegg

Ingen

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)

Ingen

Saksopplysninger

Saksliste er fremlagt og godkjent av kontrollutvalgets leder

Vurdering

Innkalling og saksliste godkjennes

ØSTFOLD KONTROLLUTVALGSSEKRETARIAT

Saksnr.: 2021/116
Dokumentnr.: 2
Løpenr.: 5279/2021
Klassering: 3016-191
Saksbehandler: Caroline Klæboe Roos

Møtebok

Behandlet av Kontrollutvalget Rakkestad	Møtedato 16.02.2021	Utvalgssaksnr. 21/2
---	-------------------------------	-------------------------------

Valg av representant til å signere protokoll

Sekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

Til å signere protokollen sammen med leder av utvalget, velges

Fredrikstad, 08.01.2021

Vedlegg

Ingen

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)

Ingen

Saksopplysninger

I henhold til kontrollutvalgets rutine som ble behandlet i kontrollutvalgets møte 12.05.2020 skal det ved hvert møte settes opp en sak i hvert møte om «Valg av en representant til signering av protokoll». Den som leder møtet skal alltid signere protokollen.

Vurdering

Ingen

ØSTFOLD KONTROLLUTVALGSSEKRETARIAT

Saksnr.: 2021/114
Dokumentnr.: 2
Løpenr.: 25508/2021
Klassering: 3016-188
Saksbehandler: Anita Rovedal

Møtebok

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Kontrollutvalget Rakkestad	16.02.2021	21/3

Forvaltningsrevisjonsrapport "Kvalitet og sykefravær i pleie og omsorgstjenesten"

Sekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak og innstilling som legges frem for kommunestyret:

1. Kontrollutvalget tar forvaltningsrevisjonsrapport «Kvalitet og sykefravær i pleie og omsorgstjenesten» samt rådmannens uttalelse til rapporten til etterretning, og slutter seg til revisjonens anbefalinger.
2. Kontrollutvalgets innstilling til kommunestyret:

1: Kommunestyret tar forvaltningsrevisjonsrapport «Kvalitet og sykefravær i pleie og omsorgstjenesten» til etterretning, og ber administrasjonen følge opp de 12 anbefalinger som fremkommer av rapporten. Herunder skal administrasjonen:

- Sikre at kommunen har oversikt over risiko i tjenestene, at det er utarbeidet tilstrekkelige beskrivelser og/eller prosedyrer for hvordan risikofaktorene kan minimaliseres og en beskrivelse /rutine for årlig gjennomgang.
- Øke ansattes kjennskap og medvirkning i kvalitetsarbeidet.
- Opprette arena for brukermedvirkning og rutiner som beskriver hvordan erfaringer fra beboere og pårørende kan benyttes i kvalitetsarbeidet.
- Sikre at avvik ikke lukkes før eventuelle tiltak er iverksatt og fungerer.
- Vurdere ytterligere tiltak for å bedre tilbudet til beboere med demens og andre som har vansker med å formulere sine behov.
- Vurdere ytterligere tiltak for å bedre aktivitetstilbudet ved omsorgsboligene og sykehjemmet.
- Utarbeide et HMS-system tilpasset seksjonenes og enhetenes aktiviteter og risiko.
- Sikre at HMS-tiltak nedfelt i kommunens internkontroll for HMS følges opp i praksis.
- Kartlegge sykefraværet i større grad, slik at kommunen får et bedre kunnskapsgrunnlag for å drive forebyggingsarbeid på en mer treffsikker måte.
- Vurdere ytterligere tiltak for å legge til rette for et godt fysisk og psykososialt arbeidsmiljø med mål om å styrke nærværskultur og det forebyggende sykefraværsarbeidet.
- Sikre at fristene i rutinen for sykefraværsoppfølgingen overholdes, slik at det utarbeides oppfølgingsplan og at alle sykemeldte følges opp med dialog og tiltak på et tidlig tidspunkt.
- Sikre at de ansatte er kjent med kommunens rutine for sykefraværsoppfølging.

2: Kommunestyret viser til kontrollutvalgets ansvar for å påse at kommunestyrets vedtak i forbindelse med forvaltningsrevisjon blir fulgt opp. Kommunestyret ber kontrollutvalget om å følge opp vedtaket med en oppfølgingsrapport fra revisjonen ett år etter kommunestyrets behandling av saken. Denne oppfølgingsrapporten skal også sendes til kommunestyret.

ØKUS KOF, 02.02.2021

Vedlegg

Forvaltningsrevisjonsrapport «Kvalitet og sykefravær i pleie og omsorgstjenesten», datert 2. februar 2021.

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)

- KU-sak 19/21, 18.09.2019 (revidert Forvaltningsrevisjonsplan 2019-2020)

Saksopplysninger

Prosjektets bakgrunn og avgrensning:

Forvaltningsrevisjonsprosjektet er gjennomført på bakgrunn av plan for forvaltningsrevisjon 2019-2020 vedtatt av kommunestyret i Rakkestad kommune. Basert på delegert myndighet ble revidert revisjonsplan vedtatt av kontrollutvalget i sak 19/21 (18.09.19). Dette forvaltningsrevisjonsprosjektet er et sammenslått prosjekt bestående av prosjektene «Sykefraværsoppfølging innen helse og omsorg» (opprinnelig i planen for 2018) og «Kvalitet i sykehjemstjenesten» (opprinnelig i planen for 2020). Forvaltningsrevisjonen er avgrenset til å omhandle kvalitet i sykehjemstjenestene (Skautun rehabiliterings- og omsorgssenter) og de heldøgnbemannede omsorgsboligene. Når det gjelder sykefravær er revisjonen avgrenset til å omhandle seksjon Skautun rehabiliterings- og omsorgssenter og seksjon hjembaserte tjenester.

Prosjektets problemstillinger, revisjonskriterier, konklusjoner og anbefalinger:

I prosjektplanen ble det vedtatt fire problemstillinger og for å kontrollere og besvare problemstillingene har revisjonen utledet revisjonskriterier (kontrollkriterier) for hver problemstilling. På bakgrunn av funn har revisjonen så kommet med en konklusjon og anbefalinger.

Problemstilling 1: Har Rakkestad kommune etablert rutiner og systemer som er egnet til å sikre kvalitet på sykehjemstjenestene og i de bemannede omsorgsboligene som er tilknyttet Skautun?

Revisjonskriterier:

- Kommunen skal ha etablert styringssystem for sykehjemstjenesten og heldøgns bemannede omsorgsboligene som er i tråd med kravene til dokumentasjon og innhold.
- Dokumentasjonen i styringssystemet skal være tilgjengelig og oppdatert.
- Arbeidstakere skal medvirke i kvalitetsarbeidet.
- Det skal gjøres bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.
- Sykehjemstjenesten og heldøgns bemannede omsorgsboliger skal ha oversikt over avvik og gjennomgå disse for å forebygge lignende forhold.

Revisjonens konklusjon og anbefalinger:

Styringssystemene til Skautun og de heldøgns bemannede omsorgsboligene tilfredsstiller mange av kravene til dokumentasjon og innhold stilt i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting, men systemet har etter revisjonens vurdering noen mangler. Dette gjelder at det ikke er foretatt tilstrekkelig risikokartlegginger, at ikke alle

dokumenter er oppdaterte, at det ikke foreligger en rutine/beskrivelse for årlig gjennomgang og at det i liten grad er beskrevet hvordan erfaringer fra brukere, pårørende og ansatte benyttes i kvalitetsarbeidet.

Med bakgrunn i våre funn og vurderinger anbefaler revisjonen kommunen om å:

- Sikre at kommunen har oversikt over risiko i tjenestene, at det er utarbeidet tilstrekkelige beskrivelser og/eller prosedyrer for hvordan risikofaktorene kan minimaliseres og en beskrivelse /rutine for årlig gjennomgang.
- Øke ansattes kjennskap og medvirkning i kvalitetsarbeidet.
- Opprette arena for brukermedvirkning og rutiner som beskriver hvordan erfaringer fra beboere og pårørende kan benyttes i kvalitetsarbeidet.
- Sikre at avvik ikke lukkes før eventuelle tiltak er iverksatt og fungerer.

Problemstilling 2: hvilken grad opplever ansatte, beboere og pårørende at kvaliteten ved sykehjemstjenestene, samt ved de bemannende omsorgsboligene, er god?

Revisjonskriterier:

- Kommunen skal tilstrebe at beboerne får riktig tjeneste til rett tid.
- Kommunen skal sikre at det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud der beboerne får medvirke.
- Beboerne ved Skautun og omsorgsboligene ved Skautun skal få dekket sine fysiologiske behov.
- Beboerne ved Skautun og omsorgsboligene ved Skautun skal få dekket sine sosiale og psykologiske behov.

Revisjonens konklusjon og anbefalinger:

Revisjonens funn og vurderinger viser at både pårørende som revisjonen intervjuet, beboerne ved omsorgsboligene og en stor andel av de ansatte som deltok i spørreundersøkelsen i hovedsak er fornøyde med kvaliteten på tjenestene. Det fremkommer likevel noen forbedringsområder. Flere respondenter mener at beboerne ikke får riktig tjeneste til riktig tid, at det ikke tilrettelegges godt nok for at beboerne kan styre egne liv og at det ikke legges godt nok til rette for beboere med demens eller beboere med andre vansker med å formulere sine behov. Flere er heller ikke fornøyde med aktivitetstilbudet som tilbys.

Med bakgrunn i våre funn og vurderinger anbefaler revisjonen kommunen om å:

- Vurdere ytterligere tiltak for å bedre tilbudet til beboere med demens og andre som har vansker med å formulere sine behov.
- Vurdere ytterligere tiltak for å bedre aktivitetstilbudet ved omsorgsboligene og sykehjemmet.

Problemstilling 3: Har Rakkestad kommune etablert systemer og tiltak for å forebygge sykefravær blant ansatte i de hjembaserte tjenestene og ved Skautun rehabiliterings- og omsorgssenter?

Revisjonskriterier:

- Kommunen skal forebygge sykefraværet ved å sørge for at det utføres systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid på Skautun og i hjembaserte tjenester.
- På Skautun og i de hjembaserte tjenestene skal arbeidsmiljøet være godt ivaretatt slik at det bidrar til at sykefraværet i kommunen ikke overstiger 6,5 prosent.

Revisjonens konklusjon og anbefalinger:

Revisjonens funn og vurderinger viser at Rakkestad kommune har et overordnet internkontrollsystem for kommunen som setter rammer og krav til underliggende seksjoner

og enheter. Våre undersøkelser har imidlertid også avdekket at de hjembaserte tjenestene og Skautun rehabiliterings- og omsorgssenter ikke har et tilfredsstillende HMS-system, og at medarbeidersamtaler ikke blir utført systematisk.

Revisjonen vurderer det som uheldig at flere ansatte oppgir å ha vært/er sykemeldte på grunn av arbeidsrelaterte forhold. Det rapporteres om et godt arbeidsmiljø, men resultatene fra undersøkelsen viser at begge seksjonene kan bli bedre på å arbeide aktivt med det fysiske og psykososiale arbeidsmiljøet for å forebygge sykefravær. Det er høyt fokus på å ha hjelpemidler, men de blir ikke alltid be-nyttet på grunn av tidspress. Det rapporteres om høyt arbeidspress i begge seksjonene i perioder, og det er gjort noen grep for å styrke bemanningen. Sjansen for langtidsfriskhet øker hvis tidspresset i arbeidet ikke er for høyt, og hvis man opplever å være fornøyd med kvaliteten i det arbeidet man utfører.

Med bakgrunn i våre funn og vurderinger anbefaler revisjonen kommunen om å:

- Utarbeide et HMS-system tilpasset seksjonenes og enhetenes aktiviteter og risiko.
- Sikre at HMS-tiltak nedfelt i kommunens internkontroll for HMS følges opp i praksis.
- Kartlegge sykefraværet i større grad, slik at kommunen får et bedre kunnskapsgrunnlag for å drive forebyggingsarbeid på en mer treffsikker måte.
- Vurdere ytterligere tiltak for å legge til rette for et godt fysisk og psykososialt arbeidsmiljø med mål om å styrke nærværskultur og det forebyggende sykefraværarbeidet.

Problemstilling 4: I hvilken grad følges sykmeldte, i de hjembaserte tjenestene og ved Skautun rehabiliterings- og omsorgssenter, opp i henhold til lovverk og avtaleverk?

Revisjonskriterier:

- Sykmeldte skal følges opp i tråd med lovverket og kommunens retningslinjer for oppfølging av sykefravær.

Revisjonens konklusjon og anbefalinger:

Flertallet av de ansatte som er/ har vært sykemeldt opplever oppfølgingen fra arbeidsgiver som god. Lederne har fokus på tett oppfølging i form av jevnlig kontakt med de sykemeldte, og prøver å tilrettelegge innenfor de økonomiske rammene de har. Revisjonen ser likevel at de hjembaserte tjenestene og Skautun rehabilitering- og omsorgssenter har et forbedringspotensial knyttet til de lovpålagte kravene til oppfølging av sykemeldte. Gjennomgangen av dokumentasjonen i åtte sykefraværssaker og resultater fra spørreundersøkelsen viser at de hjembaserte tjenestene og Skautun rehabilitering- og omsorgssenter i liten grad utarbeider oppfølgingsplaner og gjennomfører dialogmøter innenfor de lovpålagte fristene. I noen av sykefraværssakene er det ikke utarbeidet oppfølgingsplaner eller avholdt dialogmøter i det hele tatt.

Med bakgrunn i våre funn og vurderinger anbefaler revisjonen kommunen om å:

- Sikre at fristene i rutinen for sykefraværsoppfølgingen overholdes, slik at det utarbeides oppfølgingsplan og at alle sykemeldte følges opp med dialog og tiltak på et tidlig tidspunkt.
- Sikre at også de ansatte er kjent med kommunens rutine for sykefraværsoppfølging.

Rådmannens høringsuttalelse:

Rådmannen har gitt sine kommentarer til rapporten 2. februar 2021 (vedlegg 7 i rapporten). Rådmannen skriver at etter at revisjonen har korrigert rapporten etter rådmannens tilbakemeldinger 23. november 2020, har han ingen ytterligere kommentarer.

Vurdering

Det ligger til kontrollutvalget å forsikre seg om at revisors gjennomføring og rapportering skjer i henhold til god kommunal revisjonsskikk og etablerte og anerkjente standarder på området. Rapportens utforming, innhold, vurderinger og konklusjoner faller imidlertid inn under revisors selvstendige, faglige ansvar.

Revisjonen oppgir at prosjektet er gjennomført i tråd med «Standard for forvaltningsrevisjon» (RSK 001). Sekretariatet vurderer at rapporten gir svar på problemstillingene og kontrollutvalgets bestilling via prosjektplan.

Videre vurderer sekretariatet at valg av revisjonskriterier er relevante for å kunne besvare problemstillingen. Vi finner at undersøkelsen bygger på data innsamlet ved hjelp av flere metoder, herunder dokumentanalyse, intervjuer samt spørreundersøkelse. Gjennom bruk av ulike metoder sikrer revisjonen rapportens validitet (gyldighet) og reliabilitet (pålitelighet). Samlet sett anser også sekretariatet at dataene som er benyttet er tilstrekkelig som grunnlag for rapportens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger. Revisors vurderinger er basert på innsamlet materiale, revisjonskriterier og de metodiske avgrensingene.

Sekretariatet vurderer at rådmannen slutter seg til revisjonens anbefalinger ved at han ikke har noen kommentarer til rapporten.

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å ta rapporten og rådmannens uttalelse til rapporten til etterretning.

Sekretariatet anbefaler at kontrollutvalget legger revisjonens vurderinger og anbefalinger til grunn i sitt forslag til vedtak i kommunestyret, og videre at kontrollutvalget innstiller til kommunestyret at rapportens anbefalinger skal tas til følge og gjennomføres.

FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT
RAKKESTAD KOMMUNE
2020

Kvalitet og sykefravær i pleie og omsorgs- tjenesten

Innhold

1	Forord og prosjektmandat	4
2	Sammendrag	5
3	Gjennomføring av prosjektet.....	10
	3.1 Problemstilling	10
	3.2 Avgrensning av prosjektet	11
	3.3 Revisjonskriterier	11
	3.4 Revisjonsmetoder.....	11
	3.5 Bakgrunnsopplysninger	13
4	Rutiner og systemer for å sikre kvalitet på sykehjemstjenestene og de bemannede omsorgsboligene	15
	4.1 Revisjonskriterier	15
	4.2 Revisors undersøkelse - overordnet styringssystem	17
	4.3 Revisors undersøkelse - Skautun rehabiliterings- og omsorgssenter.....	18
	4.3.1 Styringssystemet	18
	4.3.2 Styringssystemet til omsorgsboligene.....	22
	4.4 Revisors vurderinger	27
	4.5 Revisors konklusjon og anbefalinger.....	30
5	Kvalitet på sykehjemstjenestene og de bemannede omsorgsboligene	31
	5.1 Revisjonskriterier	31
	5.2 Revisors undersøkelse	32
	5.2.1 Kvalitet i sykehjemstjenesten	32
	5.2.2 Kvalitet i de heldøgnsbemannede omsorgsboligene	36
	5.3 Revisors vurderinger	40
	5.4 Revisors konklusjon og anbefalinger.....	42
6	Sykefravær blant ansatte i de hjembaserte tjenestene og ved Skautun rehabiliterings- og omsorgssenter	43
	6.1 Innledning	43
	6.2 Revisjonskriterier	44
	6.3 Revisors undersøkelse	46
	6.3.1 Systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid på Skautun og i hjembaserte tjenester	46
	6.3.2 Arbeidsmiljøet på Skautun og i de hjembaserte tjenester.....	49
	6.3.3 Revisors vurderinger	58
	6.4 Revisors konklusjon og anbefalinger.....	60
7	Oppfølging av sykemeldte	62

7.1	Revisjonskriterier	62
7.2	Revisors undersøkelse	63
7.2.1	Sykmeldte skal følges opp i tråd med lovverket og kommunens retningslinjer for oppfølging av sykefravær.	63
7.3	Revisors vurderinger	68
7.4	Revisors konklusjon og anbefalinger.....	69
8	Rådmannens uttalelse.....	70
9	Kildehenvisninger.....	71
10	Vedlegg	72

1 Forord og prosjektmandat

Revisjonen skal i henhold til kommuneloven¹ utføre forvaltningsrevisjon. Etter loven innebærer forvaltningsrevisjon å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets vedtak og forutsetninger. Østre Viken kommunerevisjon IKS gjennomfører forvaltningsrevisjon i tråd med god kommunal revisjonsskikk. God kommunal revisjonsskikk er å følge RSK 001; Standard for forvaltningsrevisjon, utarbeidet av Norges kommunerevisorforbund (NKRF). Dette innebærer blant annet at rapporten skal skille klart mellom hva som er innsamlet data og hva som er revisjonens vurderinger. Det skal være en tydelig sammenheng mellom problemstillinger, faktaopplysninger², vurderinger, konklusjoner og eventuelle anbefalinger.

Prosjektet er gjennomført på bakgrunn av plan for forvaltningsrevisjon 2019-2020 vedtatt av kommunestyret i Rakkestad kommune. Basert på delegert myndighet ble revidert revisjonsplan vedtatt av kontrollutvalget i sak 19/21 (18.09.19). Dette forvaltningsrevisjonsprosjektet er et sammenslått prosjekt bestående av prosjektene «Sykefraværsoppfølging innen helse og omsorg» (opprinnelig i planen for 2018) og «Kvalitet i sykehjemstjenesten» (opprinnelig i planen for 2020).

Etter kommuneloven skal revisor rapportere resultatene av sin revisjon til kontrollutvalget. Prosjektet er gjennomført etter vedtatt prosjektbeskrivelse i tidsrommet august - desember 2020.

Vi har kvalitetssikret faktagrunnlaget underveis gjennom verifisering av intervjuer. I tillegg er rapportens faktaopplysninger i sin helhet verifisert av kommunen, slik at eventuelle feil eller misforståelser er rettet opp. Rådmannens uttalelse fremgår av vedlegg 7.

Prosjektet er gjennomført av forvaltningsrevisor Elin Fagerheim Bjerke og forvaltningsrevisor Frøy Losnedal. Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor er Casper Støten. Revisorenes habilitet og uavhengighet er vurdert opp mot kommunen og den undersøkte virksomheten, og revisjonen finner de habile til å utføre prosjektet.

Revisor vil takke kontaktpersoner og andre som har deltatt i prosjektet, for hyggelig samarbeid i forbindelse med prosjektarbeidet.

Østre Viken Kommunerevisjon IKS
Rolvøy, 02.02.2021

Casper Støten (sign.)
oppdragsansvarlig revisor

Elin Fagerheim Bjerke (sign.)
forvaltningsrevisor

¹ Kommunelovens kapittel 23 jfr. § 23-3, samt kapittel 24, jfr. § 24-2.

² Fakta er en gjengivelse av informasjonen vi har fått tilgang til gjennom datainnsamlingen.

2 Sammendrag

Tema for denne forvaltningsrevisjonen er kvalitet og sykefraværsoppfølging i pleie og omsorgstjenesten. Forvaltningsrevisjonen er avgrenset til å omhandle kvalitet i sykehjemstjenestene (Skautun rehabiliterings- og omsorgssenter) og de heldøgnbemannede omsorgsboligene. Når det gjelder sykefravær er revisjonen avgrenset til å omhandle seksjon Skautun rehabiliterings- og omsorgssenter og seksjon hjembaserte tjenester.

Revisjonens gjennomføring

Revisjonskriteriene er utledet av relevante lovverk og forskrifter på området og Rakkestad kommune sin retningslinje for oppfølging av sykefravær. Fakta er innhentet fra 26 intervjuer og spørreundersøkelse sendt ut til alle ansatte i seksjon Skautun rehabiliterings- og omsorgssenter og seksjon hjembaserte tjenester (svarprosent 68,3 prosent). Det er også foretatt dokumentgjennomgang av dokumenter tilknyttet styringssystemet og internkontroll for HMS-systemet. Revisjonen har gjennomgått dokumentasjon i åtte sykefraværssaker.

De fire problemstillingene er besvart i kapittel 4 – 7. Hovedfunnene og konklusjonene er gjengitt i dette sammendraget.

Har Rakkestad kommune etablert rutiner og systemer som er egnet til å sikre kvalitet på sykehjemstjenestene og i de bemannede omsorgsboligene som er tilknyttet Skautun?

Styringssystemene til Skautun og de heldøgnbemannede omsorgsboligene tilfredsstillende i hovedsak kravene til dokumentasjon og innhold stilt i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting, men systemet har etter revisjonens vurdering noen mangler.

Både Skautun og de heldøgnbemannede omsorgsboligene har foretatt risikokartlegginger, men revisjonen kan ut fra den dokumentasjonen vi har blitt forelagt, ikke se at det er foretatt tilstrekkelig risikokartlegging knyttet til svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav. Skautun har kommet lenger i dette arbeidet enn enheten heldøgnbemannede omsorgsboliger. Kommunen har utarbeidet noen rutiner og sjekklister som skal bidra til å sikre at brukerne får tilfredsstillende grunnleggende behov, og har for eksempel døgnrytmeplaner, tiltaksplaner for den enkelte beboer, prosedyrer knyttet til ernæring og tilgang til sykepleiefaglige prosedyrer. 54 prosent av respondentene fra heldøgnbemannede omsorgsboliger og 64 prosent ved Skautun oppga i spørreundersøkelsen at prosedyrene og instruksene er gode verktøy for å sikre god kvalitet i tjenesten. Dette indikerer at prosedyrene og instruksene ikke er fullt ut tilstrekkelige. Samtidig er det heller ikke slik at alle rutiner og gjøremål kan nedfelles skriftlig, da det vil bli et for omfattende styringssystem.

Ikke all dokumentasjon i styringssystemet er oppdatert. Dette gjelder for eksempel legemiddelhåndtering og «Kvalitet i pleie og omsorgstjenesten» som blant annet inneholder en beskrivelse av kvalitetsmål. Det savnes en beskrivelse av hvordan den årlige gjennomgangen av systemet skal gjennomføres.

Både respondentene fra Skautun og de heldøgnbemannede omsorgsboligene gir noe lav skår på spørsmål om kjennskap til styringssystemet og om dokumentasjonen til styringssystemet er tilgjengelig, på tross av at alle ansatte skal ha tilgang til IKT programmet QM+, QM+ er et styringsverktøy for kvalitet og HMS.

Styringssystemene for både omsorgstjenesten og sykehjemstjenesten fremstår for revisjonen som noe uoversiktlig slik det er bygget opp i QM+, og det er noe vanskelig å få den fulle oversikten over systemenes innhold. Dette skyldes at dokumentasjon er plassert på ulike plasser og at det i enkelte «mapper» ligger dokumentasjon som ikke inngår direkte i styringssystemet. Dette kan gå utover brukervennligheten.

Verken styringssystemet til Skautun og omsorgsboligene har en beskrivelse/rutine for hvordan de skal hente inn erfaringer i fra beboere og pårørende og hvordan erfaringer skal benyttes i kvalitetsarbeidet.

En stor andel av respondentene (75 prosent fra Skautun og 79 prosent fra heldøgnsbemannede omsorgsboligene), oppgir at de registrerer avvik. Utover dette er det i styringssystemet i liten grad beskrevet hvordan erfaringer fra medarbeidere benyttes i kvalitetsarbeidet.

Skautun og heldøgnsbemannede omsorgsboliger har oversikt over avvik. 57 prosent av respondentene ved Skautun og 63 prosent ved de heldøgnsbemannede omsorgsboligene oppga at avvik blir fulgt opp og korrigert. Lederne er av en annen oppfatning og oppgir at de har stort fokus på å følge opp alle avvikene. Gjennomgangen vår har avdekket at noen avvik blir lukket uten at tiltak har blitt gjennomført. Dette er ikke i tråd med kommunens prosedyre der det fremkommer at saken skal lukkes når tiltaket er gjennomført og fungerer. Når avvik lukkes før tiltaket er gjennomført, kan det gi et inntrykk til melder at avvik ikke blir korrigert, samtidig som det innad i kommunen ser ut som avviket er rettet opp.

I hvilken grad opplever ansatte, beboere og pårørende at kvaliteten ved sykehjemstjenestene, samt ved de bemannede omsorgsboligene, er god?

75 prosent av respondentene ved de heldøgnsbemannede omsorgsboligene og 67 prosent av respondentene på sykehjemmet er fornøyde med kvaliteten på tjenestene de leverer. Ved både sykehjemmet og omsorgsboligene var det høy skår på at det legges til rette for en verdig livsavslutning i trygge omgivelser, og på at beboerne får tilpasset pleie. De ansatte ved de heldøgnsbemannede omsorgsboligene og Skautun mener i all hovedsak at beboerne får dekket sine fysiologiske behov, og det er spesielt god skår på at beboerne får et tilstrekkelig, godt og variert kosthold og får nødvendig hjelp til av- og påkledning hvis behov. De pårørende ved sykehjemmet som ble intervjuet var i hovedsak fornøyde med tjenestene som ble levert. Brukerundersøkelsen som kommunen gjennomførte i 2019 for beboerne i de heldøgnsbemannede omsorgsboligene viste også stor grad av fornøydhets.

Det er likevel noen forbedringsområder. Dette gjelder blant annet at ikke alle respondenter mener at beboerne får riktig tjeneste til riktig tid, at det ikke tilrettelegges godt nok for at beboerne kan styre egne liv og at det ikke legges godt nok til rette for beboere med demens eller beboere med andre vansker med å formulere sine behov. I Helsedirektoratets «Diagnosestatistikk for kommunale helse og omsorgstjenester. Tema: Demenssykdom. Data fra IPLOS registeret» fremkommer det at en forventer at antall personer med demens sannsynligvis vil fordoble seg de nærmeste 30-40 årene, slik at det er viktig at kommunen bygger opp et godt tilbud til innbyggere med demens.

Både i intervjuer med pårørende ved sykehjemmet og i spørreundersøkelsen med ansatte, fremkommer det at aktivitetstilbudet til beboerne på sykehjemmet kan forbedres. Respondentene ved de heldøgnsbemannede omsorgsboligene er også av samme oppfatning. Tilpassede aktiviteter kan bidra til å stimulere beboere, bidra til å redusere ensomhet og passivitet. Her må det bemerkes at aktivitetstilbudet siden mars 2020 har vært redusert på grunn av Covid-19, noe som kan ha påvirket svarene.

12,5 prosent av respondentene ved de heldøgnsbemannede omsorgsboligene svarte at beboerne i svært liten grad får tilpasset rehabilitering. I pårørendeundersøkelsen svarte 71 prosent at beboeren i liten grad fikk fysioterapi når det var behov for det. Fokus på rehabilitering på et tidlig tidspunkt kan blant annet bidra til at innbyggere kan bo lenger hjemme.

Gjennomgangen vår har avdekket at det ikke avholdes faste pårørendesamtaler med pårørende til sykehjemspasienter, utover inntakssamtaler. Dette er i og for seg ikke et krav, men som en del av sykehjemets kvalitetsarbeid skal det gjøres bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende. Pårørendesamtaler og beboersamtaler kan bidra både til informasjonsutveksling mellom pårørende og sykehjemmet, medvirkning i tjenestetilbudet og kan også gi nyttig informasjon som kan vurderes knyttet til endringer i kvalitetssystemet.

Har Rakkestad kommune etablert systemer og tiltak for å forebygge sykefravær blant ansatte i de hjembaserte tjenestene og ved Skautun rehabiliterings- og omsorgssenter?

Rakkestad kommune har et overordnet internkontrollsystem for kommunen som setter rammer og krav til underliggende seksjoner og enheter. Gjennomgangen vår har avdekket at det på seksjonsnivå og enhetsnivå ikke er et tilstrekkelig HMS-system. Det mangler etter revisjonens vurdering en tilstrekkelig risikovurdering knyttet til fysiske og psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet. Skautun har kommet lenger i arbeidet med risikokartlegging enn seksjon hjembaserte tjenester. Det er i liten grad utarbeidet skriftlige rutiner for eksempel i form av prosedyrer, instruksjoner og andre tiltak som skal bidra til å redusere risikoforholdene i enhetene.

Revisjonens undersøkelse avdekker at medarbeidersamtaler ikke blir utført systematisk.

Spørreundersøkelsen revisjonen har utført viser at 28,6 prosent av respondentene som oppga å ha vært sykemeldt i hjembaserte tjenester mente at fraværet helt eller delvis skyldtes arbeidsrelaterte forhold. Tilsvarende svarte 47,3 prosent det samme på Skautun. Revisjonen vurderer det som uheldig at mange blir sykemeldte på grunn av forhold som er arbeidsrelatert. Både ledere og verneombud rapporterer om et godt arbeidsmiljø, men resultatene fra undersøkelsen viser at begge seksjonene kan bli bedre på å arbeide aktivt med det fysiske og psykososiale arbeidsmiljøet for å forebygge sykefravær.

Revisjonens undersøkelser viser at det er et høyt fokus på å ha hjelpemidler tilgjengelig for de ansatte på Skautun og hjembaserte tjenester. I intervjuene ble revisjonen imidlertid opplyst om at de ansatte ikke alltid er like gode på å bruke de hjelpemidlene som er tilgjengelige, blant annet på grunn av tidspress. Samtidig viser gjennomgangen at en stor andel av de sykemeldte respondentene oppgir fysiske skader i forbindelse med arbeidet som årsak.

I intervjuer kommer det fram at bemanningen stort sett er tilstrekkelig, men at arbeidsmengden varierer mye. Revisjonens funn viser at det rapporteres om høyt arbeidspress i begge seksjonene i perioder, og dette illustreres ytterligere ved at en høy andel av de sykemeldte respondentene oppgir høyt arbeidspress/stress som årsak til sykefraværet. Revisjonen vurderer det som positivt at seksjonene allerede har gjort noen grep i løpet av 2020 for å styrke bemanningen i de fleste enhetene. En metastudie av forskningsinstituttet Fafo (Lien 2013) viser at det er en sammenheng mellom sykefravær og opplevelse av stress. Sjansen for langtidsfriskhet øker hvis tidspresset i arbeidet ikke er for høyt, og hvis man opplever å være fornøyd med kvaliteten i det arbeidet man utfører.

Flere ledere forteller at selv om de prøver å ha en kultur for at ansatte skal komme til dem *før* en sykemelding, er det likevel flere som ikke gjør dette. I Fafo-rapportene blir dette understreket som et av suksesskriteriene for vedvarende lavt sykefravær. Det kommer fram at virksomhetene i studien kartlegger sykefraværet og årsakene til dette bedre enn tidligere, og at det er viktig at lederne er tilgjengelige og nærme de ansatte i hverdagen. Dersom kommunen kartlegger sykefraværet i større grad, vil kommunen derfor få et bedre kunnskapsgrunnlag for hvordan kommunen som arbeidsgiver skal kunne oppfylle sin tilretteleggingsplikt på en best mulig og treffsikker måte.

Spørreundersøkelsen viser at seksjonene kan ha et potensial når det kommer til nærværarbeid og kultur, og resultatene fra spørreundersøkelsen indikerer at hjembaserte tjenester i større grad enn Skautun har klart å implementere en nærværskultur. Mens 42 prosent i hjembaserte tjenester mente at det å komme på jobb og ikke kunne yte 100 prosent i svært liten grad ville føre til misnøye eller irritasjon blant kolleger, mente 15 prosent tilsvarende på Skautun.

Revisjonen vurderer at mange ledere gjør en god jobb for å forebygge sykefravær gjennom fokus på hjelpemidler og tilbud om tilrettelegging, men ser samtidig at begge seksjonene kan arbeide mer systematisk med HMS-arbeid, forebygging av sykefravær og fokus på nærvær.

I hvilken grad følges sykmeldte, i de hjembaserte tjenestene og ved Skautun rehabiliterings- og omsorgssenter, opp i henhold til lovverk og avtaleverk?

Av kommunens rutine for sykefraværsoppfølging fremgår det at leder skal kontakte den sykemeldte innen fire dager i egenmeldingsperioden. Gjennomgangen vår viser at samtlige ledere har en rutine hvor de sykemeldte skal ringe til leder ved første fraværstidspunkt. I denne samtalen avklares videre oppfølging og neste samtale/møte ut fra den sykemeldtes situasjon og behov.

Gjennomgangen av dokumentasjonen i åtte sykefraværssaker viser at de lovpålagte fristene for utarbeidelse av oppfølgingsplaner og gjennomføring av dialogmøter ikke har blitt overholdt. Spørreundersøkelsen avdekker at en del sykemeldte ikke har mottatt oppfølgingsplan eller deltatt i dialogmøte innen fristen på henholdsvis fire og syv uker.

Resultatene fra spørreundersøkelsene viser at flertallet av de sykemeldte respondentene opplevde å ha blitt fulgt opp på en god måte, men det er også noen som ikke opplevde det. Resultatene tyder på at oppfølgingen som gis er lederavhengig, i form av at hvor tett oppfølging som gis til den sykemeldte vil avhenge av den enkelte leders prioritering og kapasitet. Samtidig har vi mottatt signaler på at oppfølgingen som gis også er personavhengig på to enheter. Dette vurderer revisjonen som uheldig, ikke bare fordi de ansatte det gjelder opplever at de får «dårligere» oppfølging enn andre, men fordi det også kan forringe relasjonen mellom leder og øvrige ansatte.

I Fafo-rapporten fra 2015 kommer det fram at et av suksesskriteriene for vedvarende lavt sykefravær var tett oppfølging av sykefravær og de sykemeldte ved at de ble fulgt opp tidlig i sykefraværsløpet. Et økt fokus på å overholde fristene for oppfølgingsplan og dialogmøte vil føre til at sykefraværet følges opp tidlig, noe som kan bidra til å redusere langtidssykefraværet i kommunen.

I denne sammenheng vurderer revisjonen det som positivt at Skautun nå har alle enhetslederne på plass, samtidig som de har ansatt fagsykepleiere som kan avlaste lederne. Dette frigjør kapasitet, slik at forholdene nå legger bedre til rette for at sykefraværsoppfølgingen kan bli prioritert.

En felles utfordring lederne har er at det er vanskelig å tilrettelegge over en lengre periode, og for flere samtidig. I verste fall kan dette føre til at sykefraværet dras ut mer enn nødvendig. Revisjonens vurdering er likevel at lederne forsøker å tilrettelegge så langt det er mulig innenfor rammen av budsjett, bemanningsfaktor og forsvarlig drift. Samtidig vurderer revisjonen at alle enheter bør etterstrebe å tilrettelegge for at sykemeldte ansatte skal få mulighet til å stå i noe arbeid. Å gå i dialog med NAV tidlig for å finne gode løsninger kan være hensiktsmessig i denne sammenheng. Her har kommunen en fordel i form at de har innført en virksomhetsorganisering etter NED-prosjektet. Denne virksomhetsorganiseringen innebærer at kommunen forholder seg til en og samme saksbehandler hos NAV for alle sykemeldte arbeidstakere, uavhengig av deres bostedskommune.

Revisjonen anbefaler Rakkestad kommune å:

- Sikre at kommunen har oversikt over risiko i tjenestene, at det er utarbeidet tilstrekkelige beskrivelser og/eller prosedyrer for hvordan risikofaktorene kan minimaliseres og en beskrivelse /rutine for årlig gjennomgang.
- Øke ansattes kjennskap og medvirkning i kvalitetsarbeidet.
- Opprette arena for brukermedvirkning og rutiner som beskriver hvordan erfaringer fra beboere og pårørende kan benyttes i kvalitetsarbeidet.
- Sikre at avvik ikke lukkes før eventuelle tiltak er iverksatt og fungerer.
- Vurdere ytterligere tiltak for å bedre tilbudet til beboere med demens og andre som har vansker med å formulere sine behov.
- Vurdere ytterligere tiltak for å bedre aktivitetstilbudet ved omsorgsboligene og sykehjemmet.
- Utarbeide et HMS-system tilpasset seksjonenes og enhetenes aktiviteter og risiko.
- Sikre at HMS-tiltak nedfelt i kommunens internkontroll for HMS følges opp i praksis.
- Kartlegge sykefraværet i større grad, slik at kommunen får et bedre kunnskapsgrunnlag for å drive forebyggingsarbeid på en mer treffsikker måte.
- Vurdere ytterligere tiltak for å legge til rette for et godt fysisk og psykososialt arbeidsmiljø med mål om å styrke nærværskultur og det forebyggende sykefraværsarbeidet.
- Sikre at fristene i rutinen for sykefraværsoppfølgingen overholdes, slik at det utarbeides oppfølgingsplan og at alle sykemeldte følges opp med dialog og tiltak på et tidlig tidspunkt.
- Sikre at de ansatte er kjent med kommunens rutine for sykefraværsoppfølging.

3 Gjennomføring av prosjektet

3.1 Problemstilling

Problemstilling 1: *Har Rakkestad kommune etablert rutiner og systemer som er egnet til å sikre kvalitet på sykehjemstjenestene og i de bemannede omsorgsboligene som er tilknyttet Skautun?*

Den første problemstillingen innebærer at det gjennomføres en systemrevisjon. Dette betyr at revisjonen vil belyse i hvilken grad kommunen har etablert systemer, prosedyrer, rutiner og instruksjoner som bidrar til å sikre kvalitet i tjenesteproduksjonen. Revisjonen vil også trekke inn om ledere/ansatte opplever at styringsdokumentasjonen er gode verktøy for å sikre kvaliteten i tjenesten og hvordan kommunen gjør bruk av erfaringer i bra beboere, pårørende og ansatte i kvalitetsarbeidet.

Skautun rehabiliterings- og omsorgssenter (sykehjemstjenesten) og de bemannede omsorgsboligene hører til to ulike seksjoner, og seksjonene har to forskjellige styringssystemer. Denne problemstillingen blir derfor besvart i to kapitler.

Problemstilling 2: *I hvilken grad opplever ansatte, beboere og pårørende at kvaliteten ved sykehjemstjenestene, samt ved de bemannede omsorgsboligene, er god?*

Problemstillingen innebærer en vurdering av om ansatte, beboere og pårørende opplever at kvaliteten ved Skautun rehabiliterings- og omsorgssenter og de heldøgnsbemannede omsorgsboligene er god. Problemstillingen vil belyses gjennom intervjuer, spørreundersøkelse sendt ut til ansatte i de heldøgnbemannede omsorgsboligene og Skautun rehabiliterings- og omsorgssenter, i tillegg til resultat fra brukerundersøkelse som Rakkestad gjennomførte i omsorgsboligene i 2019.

Problemstilling 3: *Har Rakkestad kommune etablert systemer og tiltak for å forebygge sykefravær blant ansatte i de hjembaserte tjenestene³ og ved Skautun rehabiliterings- og omsorgssenter?*

Denne problemstillingen innebærer en systemrevisjon, og vi vil belyse de systemer og tiltak som er iverksatt for å forebygge sykefravær. I tillegg har vi undersøkt hvordan arbeidsmiljøet oppleves, og hvordan en arbeider med for å forebygge sykefravær.

Problemstilling 4: *I hvilken grad følges sykmeldte, i de hjembaserte tjenestene⁴ og ved Skautun rehabiliterings- og omsorgssenter, opp i henhold til lovverk og avtaleverk?*

Her vil vi undersøke hvordan sykefraværet følges opp i praksis ved gjennomgå dokumentasjon i et utvalg sykefraværssaker, intervjuer og resultater fra spørreundersøkelsen besvart av ansatte/ledere ved Skautun rehabiliterings- og omsorgssenter og de hjembaserte tjenestene.

³ Her stod det opprinnelig hjemmebaserte tjenestene, men dette er endret da det i Rakkestad heter hjembaserte tjenestene.

⁴ Her stod det opprinnelig hjemmebaserte tjenestene, men dette er endret da det i Rakkestad heter hjembaserte tjenestene.

3.2 Avgrensning av prosjektet

Problemstilling 1 og 2 er begrenset til Skautun rehabiliterings- og omsorgssenter (sykehjemstjenesten) og de heldøgnbemannede omsorgsboligene. For problemstilling 3 og 4 ser vi i tillegg på hele seksjon hjembaserte tjenester.

3.3 Revisjonskriterier

I henhold til standard for forvaltningsrevisjon må revisor fastsette revisjonskriterier for forvaltningsrevisjonen. Revisjonskriterier er en samlebetegnelse for krav og forventninger som blir brukt til å vurdere ulike sider av kommunens virksomhet og tjenester. Revisjonskriterier fastsettes vanligvis med basis i en eller flere av følgende kilder: lover, forskrifter politiske vedtak og føringer, kommunens egne retningslinjer, anerkjent teori på området og andre sammenlignbare virksomheters løsninger og resultater.

I denne rapporten er følgende kilder benyttet til å utlede revisjonskriteriene:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv (helsetilsynsloven).
- Arbeidsmiljøloven.
- Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene.
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.
- Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskriften).
- Retningslinjer for oppfølging av sykefravær.

Revisjonskriteriene til de enkelte problemstillingene er beskrevet i kapittel 4-7. Flere av revisjonskriteriene er ytterligere operasjonalisert med utgangspunkt i krav i forskrifter.

3.4 Revisjonsmetoder

Denne forvaltningsrevisjonen er gjennomført i tråd med standard for forvaltningsrevisjon RSK 001. Vi har benyttet data fra ulike kilder, og brukt ulike metoder for innsamling av data, for å sikre et faktagrunnlag med høyest mulig grad av gyldighet og pålitelighet.

Utfordringer og begrensninger i rapportens faktagrunnlag beskrives nedenfor sammen med beskrivelsen av de ulike metodene som er benyttet. Vi tar også hensyn til metodens begrensninger i vurderingene.

I denne forvaltningsrevisjonen har vi brukt flere metoder for å samle inn data (triangulering). Vi har benyttet oss av både kvalitativ og kvantitativ metode, og data har vært hentet inn gjennom både intervjuer, spørreundersøkelse og dokumentanalyse. Bruk av metodetriangulering bidrar til å styrke dataenes troverdighet. Vår vurdering er at datagrunnlaget er tilstrekkelig til å kunne gi svar på problemstillingene.

Systemgjennomgang

Rakkestad kommune benytter QM+ som styringsverktøy for kvalitet og HMS. Systemet benyttes både til å oppbevare planer, rutiner o.l. som inngår i systemet og til å rapportere avvik og kartlegge risiko. Revisjonen fikk tilgang til systemet, men det var utfordringer med at tilgangen ble «stengt» hvert døgn. Revisjonen har derfor gjennomgått retningslinjer, prosedyrer, instruksjer, rutiner, avvik og risikoanalyser o.l. i den grad det har latt seg gjøre.

Dokumentanalyse

Vi har gjennomgått sentrale dokumenter på området. Blant annet har retningslinjen for oppfølging av sykefravær vært sentral for revisors undersøkelse. Dokumentene er oversendt fra kommunen/hentet ut fra kommunens styringssystem. Fullstendig oversikt over dokumentene fremgår av kildehenvisningene.

Intervjuer

Det er totalt gjennomført 26 intervjuer:

- 2 seksjonsledere
- 5 enhetsledere
- 1 assisterende rådmann
- 6 verneombud
- 1 hovedverneombud
- 6 pårørende
- 3 medlemmer av eldrerådet
- Veileder NAV Rakkestad
- HMS-rådgiver i Stamina Helse

Med unntak av ett intervju med en pårørende, ett intervju med et verneombud⁵ og intervju med Stamina Helse er alle intervjuer verifisert. Det betyr at den som er intervjuet, har fått lese gjennom referatet fra intervjuet og rette opp eventuelle misforståelser. De tre intervjuene som ikke er verifisert har ikke vært utslagsgivende for funnene/vurderingene i denne rapporten.

Spørreundersøkelse blant ansatte

Alle ansatte og ledere ved hjembaserte tjenester og Skautun rehabiliterings- og omsorgstjenester fikk tilsendt en spørreundersøkelse som omhandlet kvalitet i tjenesten, HMS og sykefraværsoppfølging. Spørsmål som omhandlet kvalitet i tjenesten, ble kun gitt til ansatte ved Skautun og ansatte i de heldøgns bemannede omsorgsboligene.

Før spørreundersøkelsen ble sendt ut, sendte revisjonen spørsmålene over til kommunen for gjennomgang. Kommunen hadde ingen innspill til spørsmålene.

Skalaen i spørreundersøkelsen går fra 1 til 5, der 1 står for i svært liten grad og 5 i svært stor grad. Svaralternativ 3 har vi i rapporten omtalt som middels grad.

Et utvalg av grafer blir presentert i rapporten, og som hovedregel viser disse gjennomsnittlig svar blant alle respondenter. I den grad vi har funnet det relevant å vise hvor mange som har svart de ulike svarkategoriene, så fremkommer dette i hovedsak i teksten.

Undersøkelsen inneholdt også to åpne spørsmål:

- «Dersom du ønsker å trekke frem noe du mener Rakkestad kommune er spesielt gode eller svake på i tilknytning til kvalitet i tjenestene kan du beskrive dette i korte trekk nedenfor.»
- «Dersom du ønsker å trekke frem noe du mener Rakkestad kommune er spesielt gode eller svake på i tilknytning til forebygging, reduksjon og oppfølging av sykefravær, eller har andre kommentarer, kan du beskrive dette i korte trekk nedenfor.»

⁵ Revisjonen har ikke mottatt svar fra verneombudet etter purring.

35 av respondentene skrev en kommentar under spørsmålet om kvalitet i tjenesten og 21 av respondene skrev en kommentar under spørsmålet om sykefravær. Ikke alle kommentarene gjaldt direkte det vi spurte om. Revisjonen har tatt inn kommentarer/sitater i rapporten for å underbygge og konkretisere funn.

Undersøkelsen er gjennomført ved hjelp av det nettbaserte spørreundersøkelsesverktøyet Questback, og ble sendt til 202 ansatte/ledere. 138 respondenter svarte på undersøkelsen, noe som gir en svarprosenten på 68,3 prosent.

Brukerundersøkelse beboer og pårørende

I 2019 ble det gjennomført en bruker- og pårørendeundersøkelse ved de heldøgnsbemannede omsorgsboligene. Siden dette er relativt kort tid siden, har revisjonen valgt å ta utgangspunkt i resultatene i fra denne når problemstilling to besvares. Selv om det har vært noe utskiftning av beboere siden undersøkelsen ble gjennomført opplyser enhetsleder for omsorgsboligene at undersøkelsen er representativ. Svarprosenten blant pårørende var noe lav, med syv svar. Det er ikke sikkert at svarene er representative for alle pårørende, og resultatene må tolkes med forsiktighet i lys av dette.

For sykehjemmet er det ikke gjennomført en bruker- eller pårørendeundersøkelse siden 2016, men revisjonen har fått oppgitt at det skal gjennomføres en pårørendeundersøkelse i oktober i år. For å unngå at det kom to undersøkelser rett etter hverandre, avtalte revisjonen med kommunen å gjennomføre intervjuer av pårørende istedenfor. Revisjonen valgte ut seks tilfeldige pårørende som vi intervjuet. Det er for få til å utgjøre et representativt utvalg, men kan likevel gi indikasjoner på hvordan de pårørende oppfatter kvaliteten i tjenestene.

Mappegjennomgang/stikkprøvekontroll

For å undersøke hvordan sykmeldte blir fulgt opp, har vi sett på den skriftlige dokumentasjonen i et tilfeldig utvalg på åtte langtidssykmeldte i perioden 2019 – 2020.

3.5 Bakgrunnsopplysninger

Skautun rehabiliterings- og omsorgssenter er kommunens sykehjem og består av fire enheter:

- Korttidsenhet
- Langtidsenhet
- Demensenhet
- Enhet kjøkken/vaskeri

Rehabiliterings- og omsorgssenteret hadde i 2019 65 sykehjemsplasser fordelt på⁶:

- 22 korttidsplasser
- 33 langtids plasser
- 10 demens plasser

Sykehjemmet har 73,07 årsverk.

⁶ Rakkestad kommune. Årsberetning 2019.

De heldøgnsbemannede omsorgsboligene er en del av seksjon hjembaserte tjenester, og består av 43 boliger fordelt på tre enheter⁷:

- Fiolen
- Andebo
- Bjørkebo

I seksjon hjembaserte tjenester er det totalt 66,86 årsverk, herav 25,69 årsverk tilknyttet de heldøgnsbemannede omsorgsboligene.

⁷ <https://www.rakkestad.kommune.no/informasjon-om-boligertjenester.486152.no.html> (06.11.20)

4 Rutiner og systemer for å sikre kvalitet på sykehjemstjenestene og de bemannede omsorgsboligene

Problemstilling 1: Har Rakkestad kommune etablert rutiner og systemer som er egnet til å sikre kvalitet på sykehjemstjenestene og i de bemannede omsorgsboligene som er tilknyttet Skautun?

4.1 Revisjonskriterier

Krav til et styringssystem/internkontrollsystem innenfor helse- og omsorgstjenesten er forankret i flere lover og forskrifter.

Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv (helsetilsynsloven) stiller krav om at enhver som yter helse- og omsorgstjenester, skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter (§ 5). Som en del av internkontrollsystemet skal virksomheten ha prosedyrer for legemiddelhåndtering og rutiner for opplæring knyttet til legemiddelhåndtering (forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp § 5)

Ett av formålene til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er å sikre tjenestetilbudets kvalitet (§ 1-1), og at kommunen⁸ sørger for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring (§ 4-2). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting stiller krav til at kommunen skal etablere et system av prosedyrer som:

- Tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes.
- Gir et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten.
- Lar brukere av pleie- og omsorgstjenester eller pårørende medvirke ved utforming av tjenestetilbudet og gir brukere medbestemmelse i daglig utførelse av tjenestene.

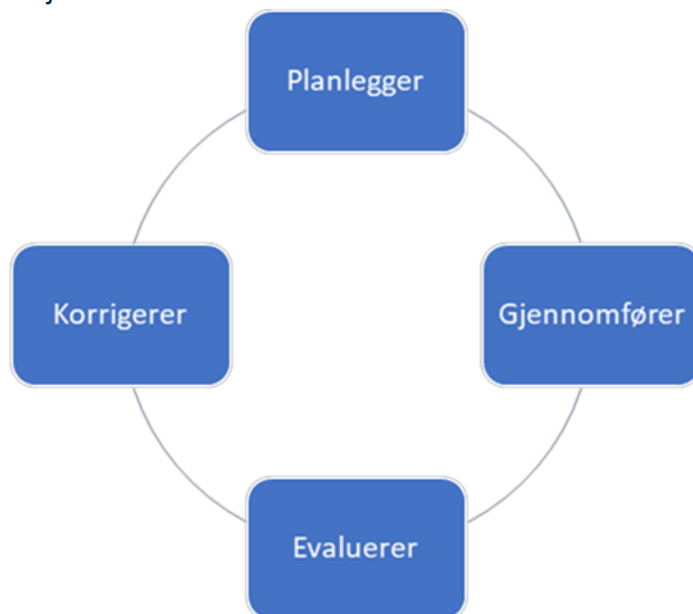
I § 3 i nevnte forskrift fremkommer det at kommunen skal utarbeide skriftlige prosedyrer som søker å sikre at brukerne får tilfredsstillende grunnleggende behov. De grunnleggende behovene omtales nærmere i kapittel 5.1.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 3 stiller krav om at den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette. Det er også krav til at det skal sørges for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende (§ 7e).

I § 4 er det definert at et styringssystem er den delen av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen.

⁸ Dette er i § 4-1 formulert som «enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven»

Figur: 1 Kvalitetshjulet



Kravene til innholdet i styringssystemet finnes i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 –§ 9 og forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene §3.

Styringssystemet skal inneholde:

- Oversikt og beskrivelse av mål, oppgaver, aktiviteter og organisering
- Ansvars og oppgavefordeling
- Oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere
- Oversikt over risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav
- Oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring
- Beskrivelser og/eller prosedyrer for hvordan risikofaktorene kan minimaliseres
- Prosedyrer, instruksjoner o.l. som søker å sikre at brukerne får tilfredsstillende grunnleggende behov.
- Prosedyrer som sikrer at kommunen tilstreber at brukere får de tjenester vedkommende har behov for og i henhold til individuell plan.
- Prosedyre/Rutine/Instruksjoner for å avdekke, rette opp og forebygge avvik.
- Årlig gjennomgang av styringssystemet for å sikre at det fungerer som forutsatt.

Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig (forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten § 3).

I tillegg skal avvik gjennomgås (§8e), og minst en gang årlig skal det foretas en systematisk gjennomgang og vurdering av styringssystemet (§8f).

Revisjonen har utledet følgende revisjonskriterier:

- Kommunen skal ha etablert styringssystem for sykehjemstjenesten og heldøgnsbemannede omsorgsboligene som er i tråd med kravene til dokumentasjon og innhold.
- Dokumentasjonen i styringssystemet skal være tilgjengelig og oppdatert.
- Arbeidstakere skal medvirke i kvalitetsarbeidet.
- Det skal gjøres bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.
- Sykehjemstjenesten og heldøgnsbemannede omsorgsboliger skal ha oversikt over avvik og gjennomgå disse for å forebygge lignende forhold.

Operasjonalisering av revisjonskriteriet (første kulepunkt) fremkommer i vedlegg 1.

4.2 Revisors undersøkelse - overordnet styringssystem

Rakkestad kommune har ikke et overordnet styringssystem (internkontroll/kvalitetssystem).

Men kommunen har, som en del av HMS-systemet, en overordnet prosedyre for avvik og uønskede hendelser: «Melding og oppfølging av avvik og uønskede hendelser». Prosedyren gjelder også for avvik knyttet til tjenestekvalitet.

Kommunen benytter «QM+» som styringsverktøy for kvalitet og HMS, og prosedyrer, instruksjoner o.l. skal arkiveres der. Systemet brukes også til melding av avvik og uønskede hendelser og til å kartlegge risiko.

Innenfor helse og sosialområde er det noen prosedyrer som er felles for seksjon Skautun rehabiliterings- og omsorgssenter- og rehabiliteringssenter (sykehjemstjenesten) og seksjon hjembaserte tjenester. Prosedyrene for legemiddelhåndtering er et eksempel på slike felles prosedyrer. Prosedyrene for legemiddelhåndtering ble utarbeidet i 2010. Seksjonsleder ved sykehjemmet har oppgitt at det i 2016 og 2018 ble vurdert å revidere prosedyrene, men prosedyrene ble i hovedsak prolongert videre⁹. Planen var at legemiddelprosedyrene skulle oppdateres i 2020, men på grunn av Covid-19 har arbeidet stoppet opp.

Skautun rehabiliterings- og omsorgssenter (sykehjemstjenesten) og de heldøgnsbemannede omsorgsboligene har til dels to ulike styringssystem. Den delen som gjelder styringssystemet for Skautun er omtalt i kapittel 4.3 og den delen som gjelder de heldøgnsbemannede omsorgsboligene er omtalt i kapittel 4.4.

⁹ Det ble foretatt noen mindre endringer.

4.3 Revisors undersøkelse - Skautun rehabiliterings- og omsorgssenter

4.3.1 Styringssystemet

Oversikt over mål, oppgaver, aktiviteter, organisering, ansvarsfordeling og regelverk

Skautun har en virksomhetsplan som inneholder en beskrivelse av mål, oppgaver, aktiviteter, organisering, ansvar og oppgavefordeling. I tillegg er det utarbeidet funksjonsbeskrivelser for stillingene.

Seksjonsleder har utarbeidet et regneark betegnet «styringssystem». Dette er tilgjengelig i QM+ og finnes også i flere utgaver (historikk). Dokumentet inneholder blant annet oversikt over relevante lover og forskrifter. Det er også satt inn en vurdering av hvilke krav de mener at de tilfredsstillter og hvilke krav i forskriftene som krever endringer på sikt.

Risikovurdering

Risikovurderinger som er gjennomført er tilgjengelig i QM+, og per 23.10.20 er det opprettet 17 registreringer (17 risikofaktorer). Ti av registreringene er foretatt i løpet av de siste månedene. Syv av risikovurderingene gjelder Covid-19. ROS-analysene omhandler også risiko knyttet til HMS. Dette omtales i kapittel 6.2.1.

Ved sykehjemmet er det utarbeidet sikkerhetsrutiner for utvalgte risikofaktorer knyttet til pasient. Det er i tillegg utarbeidet tiltakskort, for tretten uønskede hendelser. Seks av hendelsene er ekstraordinære tiltakskort knyttet til korona/covid-19.

Enhetslederne ved langtidsenheten oppgir at det ligger en risikovurdering i mye av det de gjør, men at ikke alt er nedsatt i skriftlige rutiner. Enhetsleder ved korttidsenheten oppgir at det er mange risikofaktorer, men at de nok ikke har full oversikt over alle. De siste årene har enheten hatt fokus på smittevern, hvor de har et internsertifiseringsprogram. De har også fokus på fag og pasientsikkerhet, og har utviklet egne pasientsikkerhetstavler.

Prosedyrer for grunnleggende behov og prosedyrer som sikrer at kommunen tilstreber at bruker får de tjenester vedkommende har behov for

Kommunen har utarbeidet rutiner og sjekklister som brukes ved opplæring av ansatte, og som også fokuserer på å dekke grunnleggende behov. Enhetene har utarbeidet døgnrytmeplaner som benyttes. Det er utarbeidet tiltaksplaner for den enkelte pasient som skal sikre at pasienten får det de skal. Personalet på vakt benytter seg av nettbrett med et e-rom, der det fremkommer når noe skal gjøres og det kvitteres for at det er utført.

VAR-prosedyrer¹⁰ som er sykepleiefaglige prosedyrer finnes i Gerica¹¹. Kommunen kjøper i tillegg «smittevernprogrammet» i fra sykehuset, og seksjonsleder oppgir at enkelte prosedyrer blir tilpasset lokalt.

Enhetsleder for langtid oppgir at de nok ikke har tilstrekkelige prosedyrer når det gjelder grunnleggende behov. I regnearket «styringssystem» er kravene satt opp og det er kommentert hvordan status er i dag.

¹⁰ VAR Healthcare er en database med nærmere 400 prosedyrer (<https://www.varhealthcare.no/var/no/hva-er-var-healthcare/index.action>)

¹¹ Elektronisk pasientjournalssystem tilpasset pleie, rehabiliterings- og omsorgstjenesten i kommuner.

Det fremkommer blant annet at når det gjelder døgnrytmen kan være behov for individuelle ønsker, utover det sykehjemmet tilrettelegger for i dag. Det er også satt opp at beboerne sitt behov for å kunne komme ut, kunne vært satt mer i system, men at det også handler om ressurser.

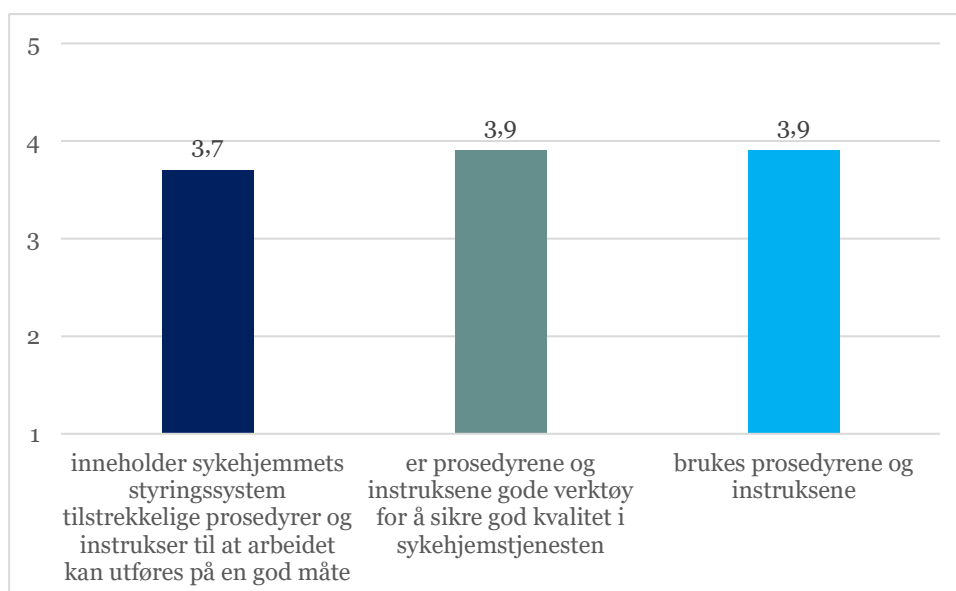
Seksjonsleder oppgir at de i større grad fokuserer på beboernes livskvalitet. I styringssystemet til Skautun står det: «Den systematiske tilnærmingen skal sikre et kontinuerlig kvalitetsforbedrende arbeid. Sentralt i dette står arbeid med pasientsikkerhet, arbeid som retter seg mot økt livskvalitet og brukervedvirkning.»

Seksjonsleder oppgir at de har begynt å ha fokus på «Leve hele livet», men at dette så langt ikke er direkte fastlagt i prosedyrer. Seksjonsleder ser i pasientdokumentasjonen at det likevel har blitt en endring der en går fra en dagligdags dokumentasjon til dokumentasjon som henges på tiltaksplaner.

Seksjon hjembaserte tjenester¹² har rutine som gjelder for alle individuelle planer i Rakkestad. Seksjonsleder oppgir at det er sjelden at beboere på sykehjem har behov for en individuell plan.

Tre av spørsmålene i spørreundersøkelsen omhandlet prosedyrer.

Figur 2 Prosedyrer – svar oppgitt i gjennomsnitt. (Skala fra 1 til 5, der 5 er best. N=76.)



21 prosent av respondentene svarte at de ikke vet om sykehjemmets styringssystem inneholder tilstrekkelige prosedyrer og instruksjoner til at arbeidet kan utføres på en god måte. 8 prosent av de ansatte svarte i liten grad.

62 prosent av respondentene svarte at prosedyrene brukes i stor grad eller i svært stor grad. 11 prosent svarte at de ikke vet.

Avviksrapportering og håndtering av avvik

Prosedyren «Melding og oppfølging av avvik og uønskede hendelser» gjelder for alle ansatte i kommunen. Respondentene ble spurt to spørsmål om avviksrapportering om kvalitet i tjenesten. 75 prosent av

¹² Forvaltningsenheten helse.

respondentene oppga at de fyller ut avviksmelding når de oppdager avvik i forbindelse med tjenestekvalitet. 10,6 prosent svarte i liten eller i svært liten grad. Snitt var totalt på 4.

Tabellen nedenfor gir en oversikt over antall avvik meldt ved Skautun rehabiliterings- og omsorgstjenester i 2018 og 2019. Avvik som omhandler HMS fremkommer i kapittel 6.2.1.

Tabell 1 Oversikt over avvik

	Antall 2018	Antall 2019
Informasjonssikkerhet	6	3
Legemiddelhåndtering	192	207
Omsorgsmelding	214	180
Internkontroll Skautun	0	12
Sum	412	402

I perioden 01.01.20 – 31.08.20 er det meldt 267 avviksmeldinger i de overnevnte kategorier.

I Rakkestad kommunes prosedyre: «Melding og oppfølging av avvik og uønskede hendelser» fremgår det at meldinger (avvik) ikke skal avvises med mindre meldingen skyldes en feil/misforståelse. Gjennomgangen vår avdekker at det i 2019 ble avvist tolv avviksmeldinger/uønskede hendelser. Tre av avvikene ble avvist fordi de var meldt inn feil, og ble deretter riktig registrert. Ett avvik ble avvist da det var meldt til sykehjemmet og ikke til hjemmetjenesten.

I rutinen står det: «Når tiltak er gjennomført og fungerer, lukkes/avsluttes saken». Revisjonen ser at i noen tilfeller er det på avviket satt opp frist for gjennomføring, men avviket har blitt lukket før oppgitt tiltak er gjennomført. Fire avvik i fra 2018 og syv avvik fra 2019 er ikke lukket¹³.

56,6 prosent av de ansatte svarer at avvik i stor grad eller svært stor grad blir fulgt opp og korrigert, og snittet var på 3,8.

Seksjonsleder oppgir at det kommer an på type avvik og alvorlighetsgraden om avviket tas opp med ansatte. Noen ganger finner en ikke ut hvem som har begått feilen. Enhetsleder korttid oppgir at hun prøver å snakke med ansatte innen en uke, og at de prøver å gjennomføre avvikshåndtering så raskt som mulig. Enhetsleder langtid oppgir at de har snakket med de ansatte om hvordan de ønsker å få tilbakemeldinger om avvik. Enhetsleder langtid oppgir at fagsykepleierne også involveres i arbeidet med å iverksette tiltak etter avvik.

Årlig gjennomgang

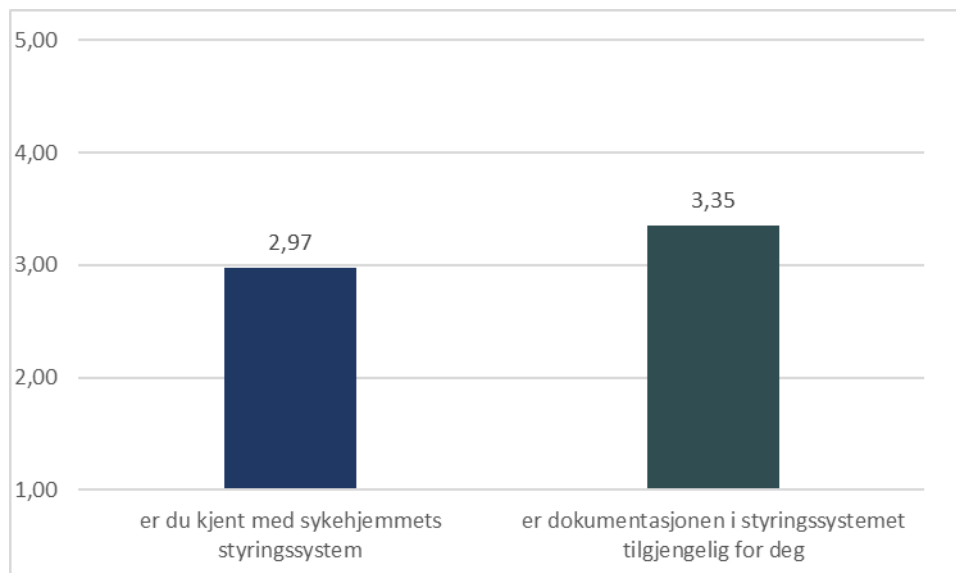
Sykehjemmet har et årshjul og en oversikt over når dokumenter sist var revidert og når de skal revideres. Noen dokumenter skulle vært revidert i 2020, men arbeidet er utsatt til 2021 på grunn av Covid-19. I regnearket fremkommer det at styringssystemet til Skautun skal gjennomgås minst en gang årlig. Kommunen hadde tidligere en prosedyre for årlig gjennomgang, som omhandlet både lovpålagt gjennomgang av HMS-systemet og andre styringssystemer. Personalsjef oppgir at prosedyren er «deaktivert», og at kommunen deltar i KS sitt program for internkontroll, men at dette arbeidet har stoppet opp som følge av Covid-19.

¹³ Undersøkt i september 2020.

Kjennskap til styringssystemet og tilgjengelighet

Ledere og ansatte ble i spørreundersøkelsen spurt om de var kjent med sykehjemmets styringssystem og om dokumentasjonen er tilgjengelig.

Figur 3 Kjennskap til sykehjemmets styringssystem – svar oppgitt i gjennomsnitt. (Skala fra 1 til 5, der 5 er best. N=75.)



Resultatene viser at ikke alle respondenter er kjent med sykehjemmets styringssystem. 35 prosent av respondentene svarte i svært liten grad eller i liten grad på dette spørsmålet. 8 prosent svarte at de ikke vet om de er kjent med systemet.

På spørsmålet «I hvilken grad er dokumentasjon i styringssystemet tilgjengelig for deg», svarte 31 prosent at de ikke vet, og 15 prosent svarte i svært liten grad eller i liten grad.

Erfaring fra beboere og pårørende

Helse- og omsorgsutvalget vedtok 22.05.19 å opprette et brukerutvalg for Skautun rehabiliterings- og omsorgstjenester bestående av tre representanter for brukere/pårørende og en ansattrepresentant. Seksjonsleder for Skautun oppgir at brukerrådet ikke har blitt opprettet.

De to enhetslederne ved sykehjemmet oppgir at beboerne medvirker i for liten grad. Det er ikke etablert faste samtaler med sykehjemmet, beboere og pårørende, utover samtaler ved inntak. Seksjonsleder oppgir at det ikke fremkommer godt nok i styringssystemet hvordan erfaringer fra beboere og pårørende brukes i kvalitetsarbeidet, og at dette er et forbedringspunkt.

Den forrige brukerundersøkelsen ved Skautun var i 2016, men den omhandlet ikke korttidsavdelingen. Revisjonen har fått oppgitt at det skal gjennomføres en brukerundersøkelse ved sykehjemmet i 2020.

Involvering og medvirkning av ansatte

Seksjonsleder oppgir at det er korte «veier» fra ansatt til leder, men at de har mer å hente på å være mer strukturerte med tanke på involvering og medvirkning fra ansatte. Enhetsleder ved korttid oppgir at fagsykepleiere og andre ressurspersoner er involvert i kvalitetsarbeidet. I funksjonsbeskrivelsen til fagsykepleierne står det blant annet at fagsykepleierne skal bidra til å utvikle styringssystemet.

Kompetanse

Det har vært arbeidet med en overordnet kompetanseplan i kommunen, og ifølge personalsjef var planen at den skulle vært til politisk behandling i juni. På grunn av Covid-19 har den blitt utsatt, og planen er at den skal behandles politisk i desember 2020.

Skautun dokumenterer kurs i «Gat», som er et system for bemanningsplanlegging og personalstyring. De har en oversikt over hva ansatte er internsertifisert i, som for eksempel medisin håndtering og smittevern. Fra systemet kan de ta ut lister over når ansatte må fornye sertifiseringen.

I spørreundersøkelsen ble ansatte spurt: «Har du tilstrekkelig kompetanse til å utføre arbeidet ditt på en god måte». Den gjennomsnittlige skåren var på 4,3. 88 prosent svarte i stor grad eller i svært stor grad.

Leder av korttidsenheten oppgir at kompetansen blant de ansatte er god. Leder av langtidsenheten oppgir at de har ubesatte sykepleierstillinger og at det i perioder gjør at kompetansen ikke er god nok. Dersom alle stillingene er besatt er kompetansen god, men hun oppgir også at det varierer blant de ansatte hvor interessert de er å ta videreutdanning.

4.3.2 Styringssystemet til omsorgsboligene

Oversikt over mål, oppgaver, aktiviteter, organisering, ansvarsfordeling og regelverk

Seksjon hjembaserte tjenester har dokumentet «Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten» utarbeidet i 2013. Dokumentet inneholder blant annet 15 kvalitetsmål, som er tett knyttet opp til de grunnleggende behov som kommunen ifølge forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester skal søke å sikre at brukerne får tilfredsstillt. Til hvert kvalitetsmål er det en beskrivelse av hvordan kvalitetsmålet skal oppnås. Dokumentet er ikke revidert etter at forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten ble erstattet av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene i 2017.

Seksjon hjembaserte tjenester har ikke utarbeidet en virksomhetsplan, og styringssystemet ser ut til å mangle en samlet beskrivelse av organiseringen. Det er utarbeidet funksjonsbeskrivelser for de ulike stillingene, og seksjonsleder hjembaserte tjenester oppgir at fordelingen av ansvar og oppgaver også fremkommer i arbeids- og døgnrytmeplaner. Regelverk finnes i QM+ og ledere og ansatte har tilgang til veilederen.no, der en blant annet har tilgang til regelverket og kurs.

Seksjonsleder hjembaserte tjenester oppgir at «Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten» skal revideres samtidig med utarbeidelse av helse- og omsorgsplan planlagt i 2021.

Seksjon hjembaserte tjenester har to informasjons-/opplæringshefter for nyansatte i helse- og omsorgsseksjonen. Det ene er for syke- og vernepleiere, og det andre er for helsefagarbeidere og assistenter. Opplæringsheftene beskriver blant annet rutiner og retningslinjer knyttet til brukere og pasienter.

Enhetsleder ved omsorgsboligene oppgir at hun ved opplæring av nyansatte benytter «introduksjonsprogram for nyansatte i Rakkestad kommune», og ikke «Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten», da det ikke er oppdatert.

Risikovurderinger

I QM+ er det foretatt risikovurderinger for to risikofaktorer. Begge risikovurderingene omhandler risiko for bakterier fra stell til mat. I seksjon hjembaserte tjenester sin årsplan er det satt opp at det i 2020 er utarbeidet ROS-analyser¹⁴ for:

- Brann og elsikkerhet i omsorgsbolig.
- Dokumentsikkerhet i Gericca.
- Dokumentsikkerhet i GAT.
- Makt og tvang PBRL kap. 4A.

I forbindelse med prosjektet «drift omsorgsbolig» er det gjennomført ROS-analyse for selve gjennomføringen av prosjektet.

Enhetsleder omsorgsboliger oppgir at de har full oversikt over risikofaktorer, men at lite er dokumentert skriftlig. Enhetsleder oppgir at i de har gjennomført ROS-analyse med risiko for fall for den enkelte beboer, som er dokumentert i beboerens tiltaksplan.

Prosedyrer for grunnleggende behov og prosedyrer som sikrer at kommunen tilstreber at bruker får de tjenester vedkommende har behov for

Omsorgsboligene har som rutine at enhetsleder og assisterende enhetsleder har en innflyttingssamtale med ny beboer. De teamansvarlige og assisterende enhetsleder har en inntakssamtale der det blant annet fokuseres på hva som er viktig for beboerne og pårørende. Eksempler på dette kan være om beboer ønsker å få maten inn i boligen, vil hente posten selv o.l.

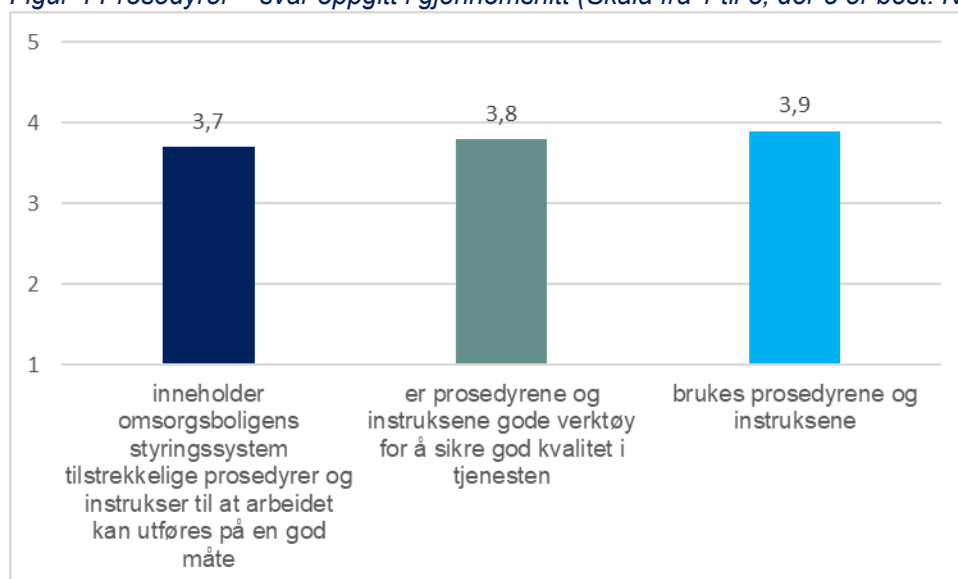
Som nevnt er kvalitetsmålene i «kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten», tett knyttet opp til de grunnleggende behov og det fremkommer noen punkter om hvordan målene kan oppnås. Når det gjelder om brukeren får tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet vedrørende mat, fremkommer det blant annet at prosedyre for vekt og ernæringsstatus følges. I QM+ ligger det prosedyrer knyttet til ernæring.

Det er utarbeidet døgnrytmeplaner som benyttes av personalet der det fremkommer hvilke oppgaver som skal utføres og en fordeling av arbeids- og ansvarsområde i oppfølgingen av den enkelte beboer. Det er utarbeidet tiltaksplaner som inneholder områder for de ulike grunnleggende behov hos den enkelte beboer. Personalet bruker e-rom.

Tre av spørsmålene i spørreundersøkelsen omhandlet prosedyrer. Disse fremkommer av figur 4 på neste side.

¹⁴ ROS-analyse er en risiko- og sårbarhetsanalyse

Figur 4 Prosedyrer – svar oppgitt i gjennomsnitt (Skala fra 1 til 5, der 5 er best. N=24).



Ca. 17 prosent av respondentene svarte at omsorgsboligens styringssystem ikke inneholder tilstrekkelige prosedyrer og instruksjoner til at arbeidet kan utføres på en god måte. Ca. 8 prosent svarte «vet ikke».

54 prosent av respondentene oppga at prosedyrene og instruksene er gode verktøy for å sikre god kvalitet i tjenesten, herav 42 prosent som svarte i svært stor grad. 67 prosent oppga at prosedyrene brukes i stor grad eller svært stor grad. 8 prosent svarte at de ikke vet om prosedyrene brukes.

Seksjon hjembaserte tjenester har en rutine/skjema som de benytter vedrørende kartlegging av brukerbehov. Den benyttes også for beboerne i omsorgsboligene.

Forvaltningsenheten helse har prosedyrer som skal sikre at bruker får de tjenester vedkommende har behov for. I omsorgsboligene gjøres det en individuell behovskartlegging ved vurderingsbesøk. Per i dag har ingen av beboerne ved omsorgsboligen individuell plan, men det finnes rutine for dette som er felles for Rakkestad kommune.

Avviksrapportering

Prosedyren «Melding og oppfølging av avvik og uønskede hendelser» gjelder for alle ansatte i Rakkestad kommune, uavhengig av type avvik.

Tabell 2 viser oversikt over antall avvik meldt ved omsorgsboliger i 2018 og 2019. Dette gjelder også for omsorgsboliger som ikke er heldøgnsbemannede. Avvik som omhandler HMS fremkommer i kapittel 6.2.1.

Tabell 2 Oversikt over avvik

	Antall 2018	Antall 2019
Informasjonssikkerhet	0	1
Legemiddelhåndtering	84	83
Omsorgsmelding	66	41
Sum	150	124

I perioden 01.01.20 – 31.08.20 er det meldt 83 avviksmeldinger i de overnevnte kategorier.

Enhetsleder omsorgsbolig oppgir at hun synes at det generelt meldes for få avvik. Det ble i 2019 avvist et avvik uten at begrunnelsen fremkommer. Alle avvik i fra 2018 og 2019 er lukket.

I rutinen står det: «Når tiltak er gjennomført og fungerer, lukkes/avsluttes saken». Revisjonen ser at flere avvik blir lukket uten at tiltak er gjennomført. Dette gjelder for eksempel for flere avvik som er meldt knyttet til medisinbehandling. I tilbakemelding til meldere fremkommer det at det er avdekket en god del avvik på utdeling av legemidler siden mars måned, og at det skal legges en plan for opplæring i legemiddelbehandlingens rutiner til høsten. Avvikene er likevel lukket, selv om tiltak ikke er gjennomført. Enhetsleder oppgir at hun lukker avvikene når hun har snakket med den det gjelder/som har gjort feilen.

Enhetsleder omsorgsbolig oppgir at i november 2020 skal det tas i bruk medikamenttraller. Tilgangen til medikamenttrallerne er elektronisk, og en vil kunne se når trallen er åpnet. Kun de som har ansvar for medikamentutdelingen vil ha tilgang til trallen, og kun for sin avdeling. Enhetsleder omsorgsboliger har tro på at dette vil føre til at antall avvik går ned innen legemiddelbehandling.

Respondentene er stilt noen spørsmål om avviksrapportering. 79 prosent av respondentene svarte at de i stor grad eller i svært stor grad fyller ut avviksmelding når avvik i forbindelse med tjenestekvalitet oppdages. 8 prosent svarte at de i svært liten grad fyller ut avviksmelding.

63 prosent svarte at avvik blir fulgt opp og korrigert, og 17 prosent svarte at de i liten grad blir fulgt opp og korrigert.

En av kommentarene i spørreundersøkelsen omhandler at det sjelden blir sett på underliggende årsaker til avvik som f.eks. stress, underbemanning, for lite faglærte på jobb eller manglende rutiner.

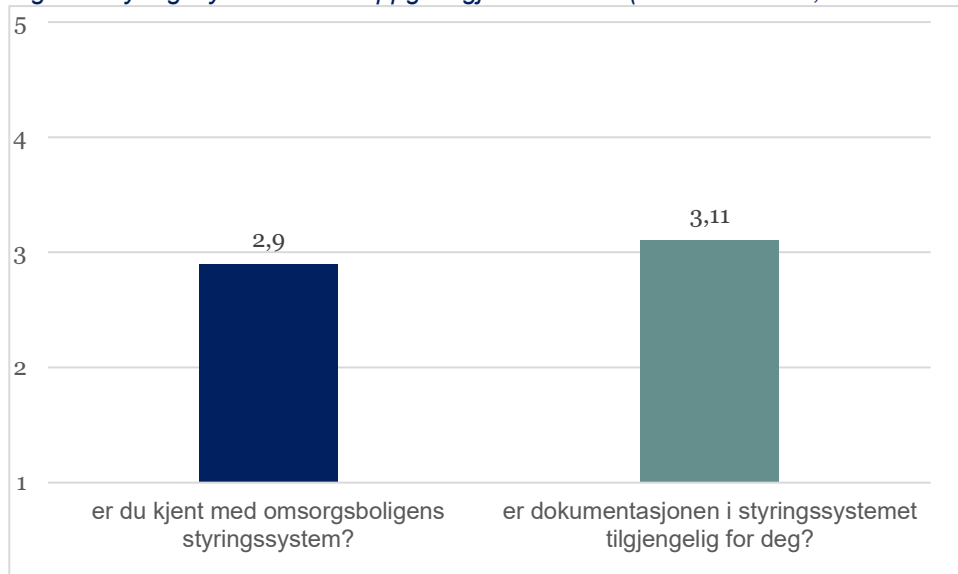
Årlig gjennomgang

Styringssystemet til omsorgsboligen eller seksjon hjembaserte tjenester inneholder ikke en beskrivelse for årlig gjennomgang og vurdering av styringssystemet.

Kjennskap til systemet og tilgjengelighet

Ledere og ansatte ble i spørreundersøkelsen spurt om de var kjent med omsorgsboligens styringssystem og om dokumentasjonen er tilgjengelig. Svarene fremkommer av figur 5 på neste side.

Figur 5 Styringssystem - svar oppgitt i gjennomsnitt. (Skala fra 1 til 5, der 5 er best. N=24).



33 prosent svarte at de i liten grad eller svært liten grad er kjent med styringssystemet og 17 prosent svarte «vet ikke».

På spørsmålet om dokumentasjonen er tilgjengelig for de ansatte svarte 25 prosent i liten grad eller svært liten grad og 25 prosent svarte «vet ikke».

Erfaring fra beboere og pårørende

Omsorgsboligene har ikke noen faste møter med brukere og pårørende utover inntakssamtalen og innflyttingsamtalen. Vi får videre opplyst av seksjonsleder at teamansvarlig sykepleier, etter avtale med bruker og oppsatt plan, skal kontakte pårørende hver sjette uke. Ellers gjennomføres individuelle bruker- og pårørendemøter ved behov. I årsplanen til seksjon hjembaserte tjenester står det at bruker- og pårørendemøte skal iverksettes og organiseres i enhet omsorgsbolig i 2020.

Høsten 2019 gjennomførte omsorgsboligene en brukerundersøkelse og en pårørendeundersøkelse for første gang. Resultatene fra denne fremkommer i kapittel 5.2.2. Enhetsleder oppgir at de har brukt resultatene inn i prosjektet «drift omsorgsboliger¹⁵». Med bakgrunn i undersøkelsen er det innført teamansvarlige, som blant annet skal bidra til at beboerne får mer informasjon. Enheten har søkt om å få ansatte tre serviceverter, men per 22.10.20 er det ikke endelig avklart om det er budsjett til dette.

Revisjonen kan ikke se at det er tatt inn skriftlig i styringssystemet hvordan enhet omsorgsboligene gjør bruk av erfaringer fra beboere og pårørende.

¹⁵ Prosjektet er et utviklingsprosjekt som startet opp høsten 2018. Ifølge «prosjektplan drift omsorgsboliger» var bakgrunnen for prosjektet at det var en betydelig ubalanse i kompetansen som er påkrevd i henhold til grunnbemanningen.

Involvering og medvirkning av ansatte

Tillitsvalgte, verneombud og ledelsen i seksjon hjembaserte tjenester har møter hver 6. uke.

Seksjonsleder hjembaserte tjenester oppgir at det er kort vei mellom de ansatte og de assisterende enhetsledere og enhetsledere. I tillegg har vi teamansvarlig i omsorgsboliger arbeider også med kvalitets-systemet.

Seksjonsleder oppgir også at ansatte får ulike prosedyrer o.l. ut på høring via QM+.

Kompetanse

I årsplanen til seksjon hjembaserte tjenester er det satt opp en årsplan for kompetanse for 2020.

Enhetsleder omsorgsboliger oppgir at kompetansen blant de ansatte er god, og at de ansatte er aktive med å ta kurs. Hun oppgir at de i forbindelse med prosjekt «drift omsorgsboliger» kartla de ansatte sin kompetanse, og at all kompetanse og kurs legges inn i «Gat». Det kommer også frem når eventuell internsertifisering går ut.

Respondentene ble spurt ett spørsmål om kompetanse, og her er gjennomsnittlig skår på 4,57. 62,5 prosent av respondentene svarte at de i svært stor grad har tilstrekkelig kompetanse til å utføre arbeidet på en god måte.

4.4 Revisors vurderinger

Styringssystemene

Styringssystemene til Skautun og de heldøgnsbemannede omsorgsboligene tilfredsstillende i hovedsak kravene til dokumentasjon og innhold stilt i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting, men det er etter revisjonens vurdering noen mangler.

Styringssystemet til Skautun har oversikt og beskrivelse av mål, oppgaver, aktiviteter, organisering, ansvars- og oppgavefordeling og oversikt over relevant regelverk. Styringssystemet til de heldøgnsbemannede omsorgsboligene tilfredsstillende også i stor grad dette, men etter revisjonens vurdering mangler det en beskrivelse av organisering.

Både Skautun og de heldøgnsbemannede omsorgsboligene har foretatt risikokartlegginger, men revisjonen kan ut fra den dokumentasjonen vi har blitt forelagt ikke se at det er foretatt tilstrekkelig risikokartlegging knyttet til svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav. Skautun har kommet lenger i dette arbeidet enn enheten heldøgnsbemannede omsorgsboliger, og har blant annet foretatt risikokartlegginger knyttet til Covid-19.

Skautun og de heldøgnsbemannede omsorgsboligene har en oversikt over ansattes kompetanse, og det arbeides med å ferdigstille en kompetanseplan for hele kommunen.

Kommunen har utarbeidet rutiner og sjekklister som skal bidra til å sikre at brukerne får tilfredsstillende grunnleggende behov. De har for eksempel døgnrytmeplaner og tiltaksplaner for den enkelte beboer. Ansatte har også tilgang til sykepleiefaglige prosedyrer, og det er utarbeidet prosedyrer knyttet til ernæring. Kommunen har en rutine for individuell plan.

54 prosent av respondentene i heldøgnsbemannede omsorgsboligene og 64 prosent ved Skautun oppga at prosedyrene og instruksene er gode verktøy for å sikre god kvalitet i tjenesten. Her kan det bemerkes at 8 prosent i omsorgsboligene og 15 prosent på Skautun svarte «vet ikke». Dette indikerer at prosedyrene og instruksene ikke er tilstrekkelige. I styringssystemet til Skautun (regnearket) fremkommer det at det kan være individuelle behov knyttet til døgnrytmen som sykehjemmet ikke tilrettelegger for i dag. Det fremkommer også at Skautun muligens ikke i tilstrekkelig grad ivaretar beboernes behov for å komme ut i frisk luft.

I veilederen til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten står det: «Oppgaver i virksomheten som er særlig risikofylte krever mer styring i form av skrevne prosedyrer og rutiner enn andre mindre risikofylte oppgaver.» Det følger videre: «Dersom alle rutiner og gjøremål blir nedtegnet skriftlig, blir systemet unødvendig omfattende, uoversiktlig, og det vil kunne inneholde dokumentasjon om selvfølgeligheter som alle kan og alle vet.». Det vil dermed være en avveining i hvor mye som skal dokumenteres skriftlig.

Rakkestad kommune har prosedyre for å melde og korrigere avvik. Prosedyren gjelder uavhengig av type avvik.

I styringssystemet til Skautun fremkommer det at systemet skal gjennomgås én gang årlig. Det savnes likevel en beskrivelse av hvordan dette skal foregå. Systemet til omsorgsboligen mangler en beskrivelse/prosedyre for at systemet skal gjennomgås.

Dokumentasjonen i styringssystemet skal være tilgjengelig og oppdatert

I underkant av 50 prosent av respondentene svarer at dokumentasjonen i styringssystemet ikke er tilgjengelig eller at de ikke vet om dokumentasjonen er tilgjengelig for dem. Revisjonen har fått oppgitt at alle ansatte skal ha tilgang til QM+, så dette kan for eksempel handle om manglende opplæring, liten tid til å sette seg inn i systemet, at systemet er lite brukervennlig eller at ikke alle vet hva som menes med styringssystem.

Styringssystemene for både omsorgstjenesten og sykehjemstjenesten fremstår for revisjonen som noe uoversiktlig slik det er bygget opp i QM+ i dag. Noe ligger felles på «helse og sosial», noe på seksjonsnivå og noe på enhetsnivå. En slik oppbygging er hensiktsmessig med tanke på at dokumenter må tilpasses både risikoforholdene og behovet til den enkelte enhet, men dette kan, kanskje særlig for dem som ikke bruker systemet ofte, fremstå uoversiktlig og lite brukervennlig. Under den enkelte enhet finnes dokumenter som ikke direkte inngår i styringssystemet, som for eksempel referat fra personalmøter og turnuser o.l. Dette gjør at det i QM+ blir en blanding av det som inngår i styringssystemet og andre elementer.

For å øke brukervennligheten kan det være en mulighet å utarbeide et dokument som viser hvilke dokumenter som inngår i styringssystemet og hvor de finnes.

Ikke all dokumentasjon i styringssystemet er oppdatert. Dette gjelder for eksempel legemiddelhåndtering og «Kvalitet i pleie og omsorgstjenesten».

Etter revisjonens vurdering er ikke dokumentene i styringssystemet i tilstrekkelige grad lett tilgjengelig for de ansatte og ikke all dokumentasjon er oppdatert.

Det skal gjøres bruk av erfaringer fra beboere og pårørende

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7e stiller krav om at det i kvalitetsarbeidet skal gjøres bruk av erfaringer fra brukere og pårørende. Dette forutsetter at tjenesteområdene har praksis med å hente inn erfaringer for eksempel gjennom spørreundersøkelser, samtaler eller brukerutvalg. Verken styringssystemet til Skautun eller omsorgsboligene har en beskrivelse/rutine for hvordan og hvor ofte de henter inn erfaringer fra brukere og pårørende og hvordan erfaringer skal benyttes i kvalitetsarbeidet.

Revisjonen vurderer det som positivt at det ble gjennomført en bruker- og pårørendeundersøkelse ved de heldøgnsbemannede omsorgsboligene i 2019, og at resultatene derfra ble brukt i forbedringsarbeidet.

Det er ikke opprettet noen arena for bruker- og pårørendemedvirkning, og revisjonen vurderer det som uheldig at det ved Skautun ikke har blitt opprettet et brukerutvalg på tross for et vedtak i helse- og omsorgsutvalget om at dette skulle opprettes.

Etter revisjonens vurdering blir ikke erfaringer fra beboerne og pårørende i stor nok grad benyttet i kvalitetsarbeidet.

Arbeidstakere skal medvirke i kvalitetsarbeidet

En stor andel av respondentene (75 prosent fra Skautun og 79 prosent fra heldøgnsbemannede omsorgsboligene), oppgir at de registrerer avvik. Dette er positivt. På den måten er de med på å medvirke i kvalitetsarbeidet. Vi får også oppgitt at det er kort «vei» mellom ansatt og leder. I seksjon hjembaserte tjenester har de jevnlig møter mellom ledelsen og ansattrepresentanter. Dette er ikke satt i samme system ved Skautun.

Utover dette er det i styringssystemet i liten grad beskrevet hvordan erfaringer fra medarbeidere benyttes i kvalitetsarbeidet. Etter revisjonens vurdering kan dette forbedres.

Oversikt over avvik og oppfølging av avvik

Revisjonens vurdering er at Skautun og heldøgnsbemannede omsorgsboliger i stor grad har oversikt over avvik. En stor andel respondenter oppga at de registrerer avvik som gjelder kvalitet i tjenesten. Den største andelen avvik som ble meldt i 2018 og 2019 var avvik knyttet til legemiddelhåndtering.

Ved Skautun var det i 2019 avvik som ble avvist, på tross av at det i kommunens prosedyre står at avvik ikke skal avvises med mindre det skyldes enn feil. Etter revisjonens vurdering skulle flere av avvikene ikke vært avvist, da de enten gjaldt et faktisk avvik eller en uønsket hendelse.

Gjennomgangen vår har avdekket at noen avvik blir lukket uten at tiltak har blitt gjennomført. Dette er ikke i tråd med kommunens prosedyre, der det fremkommer at saken skal lukkes når tiltaket er gjennomført og fungerer. Når avvik lukkes før tiltaket er gjennomført, kan det gi et inntrykk til melderer at avvik ikke blir korrigert, samtidig som det innad i kommunen ser ut som avviket er rettet opp i. Når avvik lukkes uten at tiltaket er utført kan det redusere muligheten til å lære av avviket og unngå at tilsvarende avvik forebygges.

4.5 Revisors konklusjon og anbefalinger

Styringssystemene til Skautun og de heldøgnsbemannede omsorgsboligene tilfredsstillende mange av kravene til dokumentasjon og innhold stilt i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting, men systemet har etter revisjonens vurdering noen mangler. Dette gjelder at det ikke er foretatt tilstrekkelig risikokartlegginger, at ikke alle dokumenter er oppdaterte, at det ikke foreligger en rutine/beskrivelse for årlig gjennomgang og at det i liten grad er beskrevet hvordan erfaringer fra brukere, pårørende og ansatte benyttes i kvalitetsarbeidet.

Med bakgrunn i våre funn og vurderinger anbefaler revisjonen kommunen om å:

- Sikre at kommunen har oversikt over risiko i tjenestene, at det er utarbeidet tilstrekkelige beskrivelser og/eller prosedyrer for hvordan risikofaktorene kan minimaliseres og en beskrivelse /rutine for årlig gjennomgang.
- Øke ansattes kjennskap og medvirkning i kvalitetsarbeidet.
- Opprette arena for brukermedvirkning og rutiner som beskriver hvordan erfaringer fra beboere og pårørende kan benyttes i kvalitetsarbeidet.
- Sikre at avvik ikke lukkes før eventuelle tiltak er iverksatt og fungerer.

5 Kvalitet på sykehjemstjenestene og de bemannede omsorgsboligene

Problemstilling 2: I hvilken grad opplever ansatte, beboere og pårørende at kvaliteten ved sykehjemstjenestene, samt ved de bemannede omsorgsboligene, er god?

5.1 Revisjonskriterier

Som nevnt i kapittel 4.1 stiller forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting krav til at kommunen skal etablere et system av prosedyrer som:

- tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes.
- gir et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten.
- lar brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge medvirke ved utforming eller ending av tjenestetilbudet og i daglig utførelse av tjenestene.

I § 3 i forskriften fremkommer det at kommunen skal utarbeide skriftlige prosedyrer som søker å sikre at brukerne får tilfredsstillende grunnleggende behov. De grunnleggende behovene er:

- oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
- selvstendighet og styring av eget liv
- fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold
- mulighet for ro og skjermet privatliv
- få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- mulighet til selv å ivareta egenomsorg
- en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
- nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene
- tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov
- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- tilpasset hjelp ved av- og påkledning
- tilbud om eget rom ved langtidsopphold
- tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter

Revisjonen har utledet følgende revisjonskriterier:

- Kommunen skal tilstrebe at beboerne får riktig tjeneste til rett tid.
- Kommunen skal sikre at det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud der beboerne får medvirke.
- Beboerne ved Skautun og omsorgsboligene ved Skautun skal få dekket sine fysiologiske behov.
- Beboerne ved Skautun og omsorgsboligene ved Skautun skal få dekket sine sosiale og psykologiske behov.

Operasjonalisering av revisjonskriteriene fremkommer i vedlegg 2.

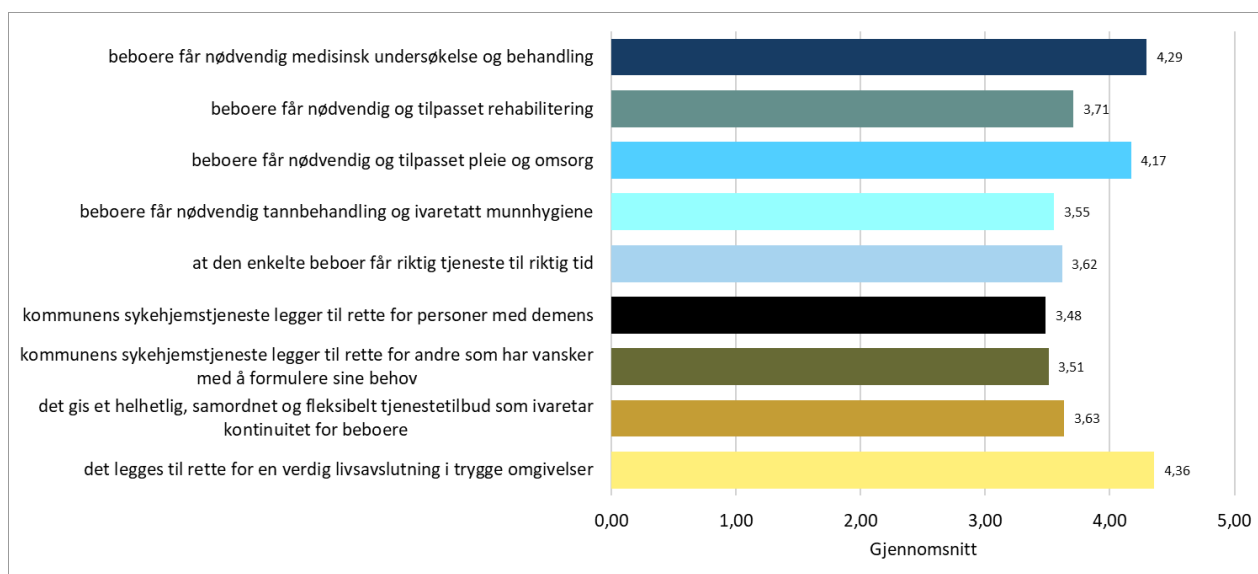
5.2 Revisors undersøkelse

5.2.1 Kvalitet i sykehjemstjenesten

Ansattes opplevelse av kvalitet i sykehjemstjenesten

Spørreundersøkelsen omhandler flere spørsmål som er knyttet til kvalitet i tjenesten:

Figur 6 Kvalitet i tjenesten – svar oppgitt i gjennomsnitt (Skala fra 1 til 5, der 5 er best. N=74-76). «I hvilken grad opplever du at...»



Figuren viser at respondentene i størst grad er fornøyde med at det legges til rette for en verdig livsavslutning i trygge omgivelser, at beboeren får nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, og at de får nødvendig og tilpasset pleie og omsorg.

I overkant av 80 prosent av beboere på langtidsplasser i Norge har demens eller kognitiv svikt¹⁶. Spørsmålene om kommunens sykehjemstjeneste legger til rette for personer med demens og andre som har

¹⁶<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>

vansker med å formulere sine behov, fikk lavest skår. I spørreundersøkelsen ble ikke respondentene spurt om hvilken avdeling de arbeidet på. Dette gjør at vi ikke vet om det er forskjell i svarene blant respondenter som arbeider i demensavdelingen kontra respondenter som arbeider i andre avdelinger. Seksjonsleder Skautun oppgir at han tror at det er forskjeller mellom avdelingene, og at for eksempel korttid er dårlig tilrettelagt for beboere med demens. To av kommentarene i spørreundersøkelsen omhandlet at det var vanskelig å ivareta demente pasienter på korttidsavdelingen på grunn av blandingen av pasienter med ulike behov.

Seksjonsleder oppgir også at demente på de ordinære somatiske avdelingene kan være vanskelig å følge opp fordi sykehjemmet har en noe lav bemanningsfaktor.

Spørsmålet om i hvilken grad «beboerne får nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene» fikk middels skår, og her var det 45 prosent som mente at dette i stor eller svært stor grad ble gjort.

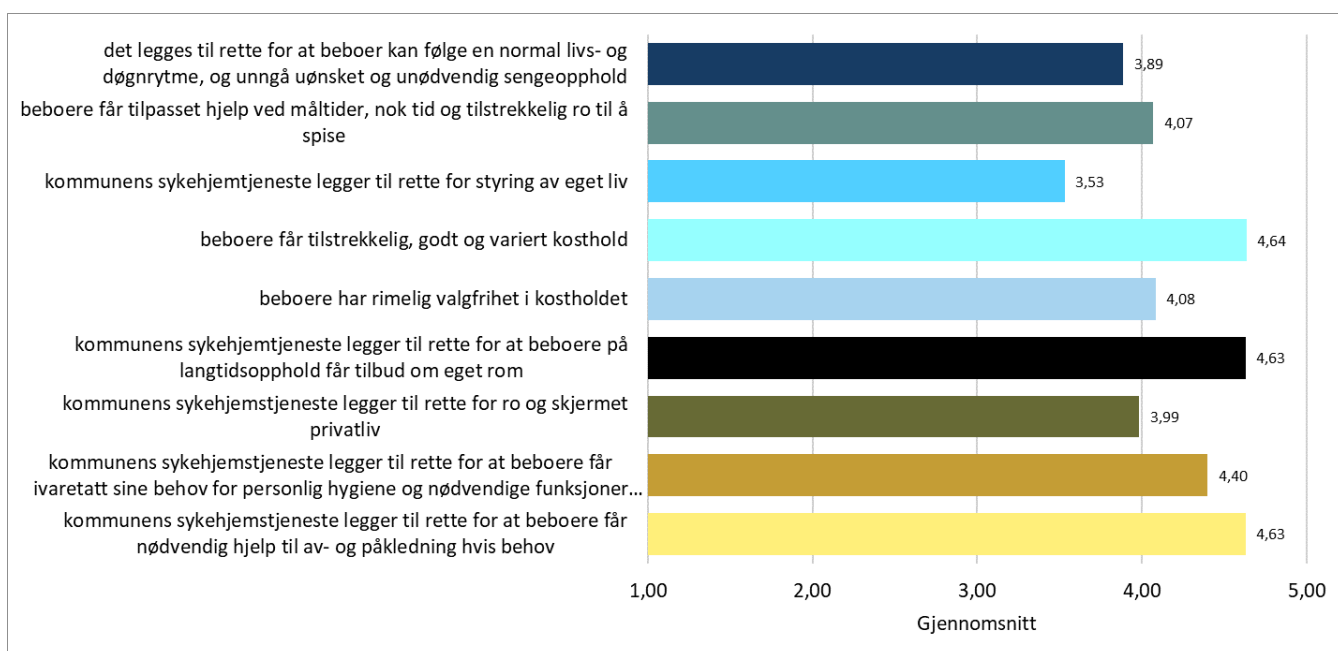
54 prosent av respondentene mente at beboerne i stor eller svært stor grad får riktig tjeneste til riktig tid. 7 prosent av respondentene svarte i liten grad, 31 prosent i middels grad og 8 prosent svarte «vet ikke». Fire av kommentarene i fra spørreundersøkelsen er direkte knyttet til tjenestetilbudet og to av respondentene oppgir at beboerne på sykehjemmet er godt dekket med gode tilbud. Én respondent oppgir at de kan bli flinkere til å finne riktig tilbud og plass til beboere med økt behov, og én annen oppgir at det er for dårlig fysioterapitilbud for rehabiliteringspasienter spesielt i helg, helligdager og ferier.

Seksjonsleder Skautun oppgir at han hadde trodd at skåren ville være høyere, men tror at ansatte vil si at det har med arbeidspress og ressurser å gjøre.

Fysiologiske behov

Respondentene ble spurt om hvordan beboerne får ivaretatt en del fysiologiske behov.

Figur 7 Grunnleggende fysiologiske behov – svar oppgitt i gjennomsnitt (Skala fra 1 til 5, der 5 er best. N=72-76). «I hvilken grad opplever du at...»



Figuren viser at de fleste indikatorene fikk gjennomsnittlig skår på over 4. Respondentene er spesielt fornøyde med:

- At beboere får tilstrekkelig og variert kosthold (skår 4,64).
- Kommunens sykehjemstjeneste legger til rette for at beboere på langtidsopphold får tilbud om eget rom (skår 4,63).
- Kommunens sykehjemstjeneste legger til rette for at beboere får nødvendig hjelp til av- og påkledning hvis behov (skår 4,63).

Her kan det bemerkes at Skautun har et eget kjøkken hvor maten lages i fra bunnen av. Kjøkkenet leverer mat til sykehjemmet, omsorgsboliger, hjemmeboende og til noen i bo- og aktivitetstjenester for utviklingshemmede. Tre av respondentene kommenterte at mattilbudet var bra.

Tre av indikatorene har en skår under 4:

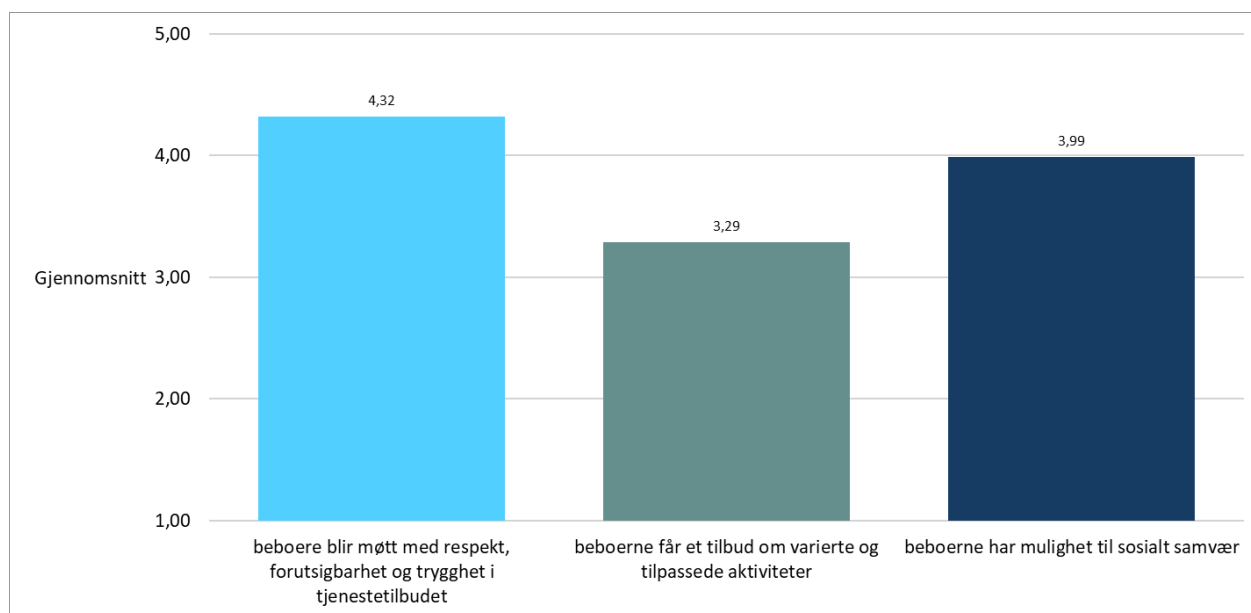
- At kommunens sykehjemstjeneste legger til rette for styring av eget liv (skår 3,53).
- Det legges til rette for at beboer kan følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødvendig sengeopphold (3,89)
- Kommunens sykehjemstjeneste legger til rette for ro og skjermet privatliv (3,99).

Seksjonsleder Skautun oppgir at de arbeider med å bli bedre på å kartlegge hva som er beboernes eget behov. I intervjuer oppgis det at langtidsenheten har et innkomstmøte med nye beboere og eventuelt pårørende, og at de kartlegger nå mer dyptgående hva som er viktig for beboeren og omsetter dette i tiltak. Som nevnt i kapittel 4.3.1 fremkommer det i styringssystemet til Skautun (regnearket) at når det gjelder døgnrytmen, kan det være behov for individuelle ønsker utover det sykehjemmet tilrettelegger for i dag.

Sosiale og psykologiske behov

Respondentene fikk også spørsmål knyttet til hvordan de mener at beboere får ivaretatt sosiale og psykologiske behov.

Figur 8: Grunnleggende sosiale og psykologiske behov – svar oppgitt i gjennomsnitt (Skala fra 1 til 5, der 5 er best. N=75-77). «I hvilken grad opplever du at...»



34 prosent av respondentene svarte at beboerne i stor eller svært stor grad får et tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter, mens 69 prosent mente at beboerne i stor eller svært stor grad har mulighet til sosialt samvær.

Totalt ga fem av tilbakemeldingene i spørreundersøkelsen uttrykk for at de synes at det var for lite aktivitet for beboerne, og noen av kommentarene er:

«Skulle ønske det var mer tilpassede aktivitetstilbud for pasientene i form av en aktivitør. Eventuelt øke bemanningen slik at det hadde vært mulig å ta med pasientene ut på trilletur.»

Jeg mener at de trenger mer fokus på trening og aktiviteter, for å unngå at beboere sitter for mye alene og blir deprimerte.»

Helhetsinntrykk kvalitet

Respondentene fikk følgende spørsmål: «Alt i alt, hvor fornøyd er du med kvaliteten på tjenesten som sykehjemmet leverer?» Gjennomsnittsskåren var på 3,8. 55 prosent svarte i middels grad, og 29 prosent svarte at de i stor eller svært stor grad var fornøyd med kvaliteten på tjenestene.

Eldrerådets opplevelse av kvalitet i sykehjemstjenesten

Rakkestad kommune har et eldreråd som består av fem representanter, inkludert en folkevalgt. Tre av representantene i eldrerådet er intervjuet. Etter valget i september 2019 har det¹⁷ vært avholdt to møter i eldrerådet, og det har ikke vært behandlet noen konkrete saker om sykehjemstjenesten eller de heldøgns-bemannede omsorgsboligene.

I 2019 fikk det tidligere eldrerådet fremlagt en orienteringssak som gjaldt «Framtidige helse- og omsorgstjenester», og eldrerådet ble informert om arbeidet som er i gang knyttet til nytt sykehjem.

De intervjuede i eldrerådet har lite å bemerke knyttet til kvaliteten av sykehjemstjenesten, men det uttrykkes at de har fått tilbakemeldinger om at pårørende har savnet informasjon om hvordan sykehjemstjenesten håndterer pandemien.

I mai 2019 vedtok Helse- og omsorgsutvalget om at det skulle opprettes et brukerutvalg for Skautun rehabiliterings- og omsorgssenter¹⁸. Brukerutvalget skal være et rådgivende organ som skal styrke brukermedvirkning. Deler av vedtaket lyder: «Brukerutvalget ved Skautun rehabiliterings- og omsorgssenter er på fire medlemmer, tre bruker-/pårørenderepresentanter og en representant for de ansatte ved institusjonen.»

Brukerutvalget har ikke blitt opprettet.

¹⁷ Per 02.10.20

¹⁸ Sak 08/19 Brukerutvalg – Skautun rehabiliterings- og omsorgssenter

Pårørendes opplevelse av kvalitet i sykehjemstjenesten

I 2016 gjennomførte Skautun en spørreundersøkelse blant pårørende. Revisjonen har fått oppgitt at kommunen skal gjennomføre en ny spørreundersøkelse blant pårørende i oktober 2020.

De pårørende revisjonen har intervjuet er jevnt over godt fornøyde med sykehjemstjenesten. Spesielt får mattilbudet skryt, og enkelte beskriver det som fantastisk. Det uttrykkes også at det virker som den personlige hygienen blir godt ivaretatt. Flere trekker også frem at ansatte som arbeider der er hyggelige.

I intervjuene fremkommer det at det ikke gjennomføres faste samtaler mellom sykehjemmet og pårørende, bortsett fra inntakssamtale, og noen pårørende uttrykker at det i stor grad er de som pårørende som må ta kontakt for å få informasjon. Noen av de intervjuede uttrykker at aktivitetstilbudet til pasientene kunne vært bedre.

Andre enkeltkommentarer er:

- Det savnes en aktivitør.
- Beboerne blir i liten grad tatt med ut.
- Det kan føres til ensomhet for beboerne dersom de sitter mye alene på rommet.
- Det kunne vært flere tjenester for beboerne enn frisør og fotpleie.
- Det er uheldig at kommunen ikke har et annet tilbud til unge pasienter enn sykehjem.

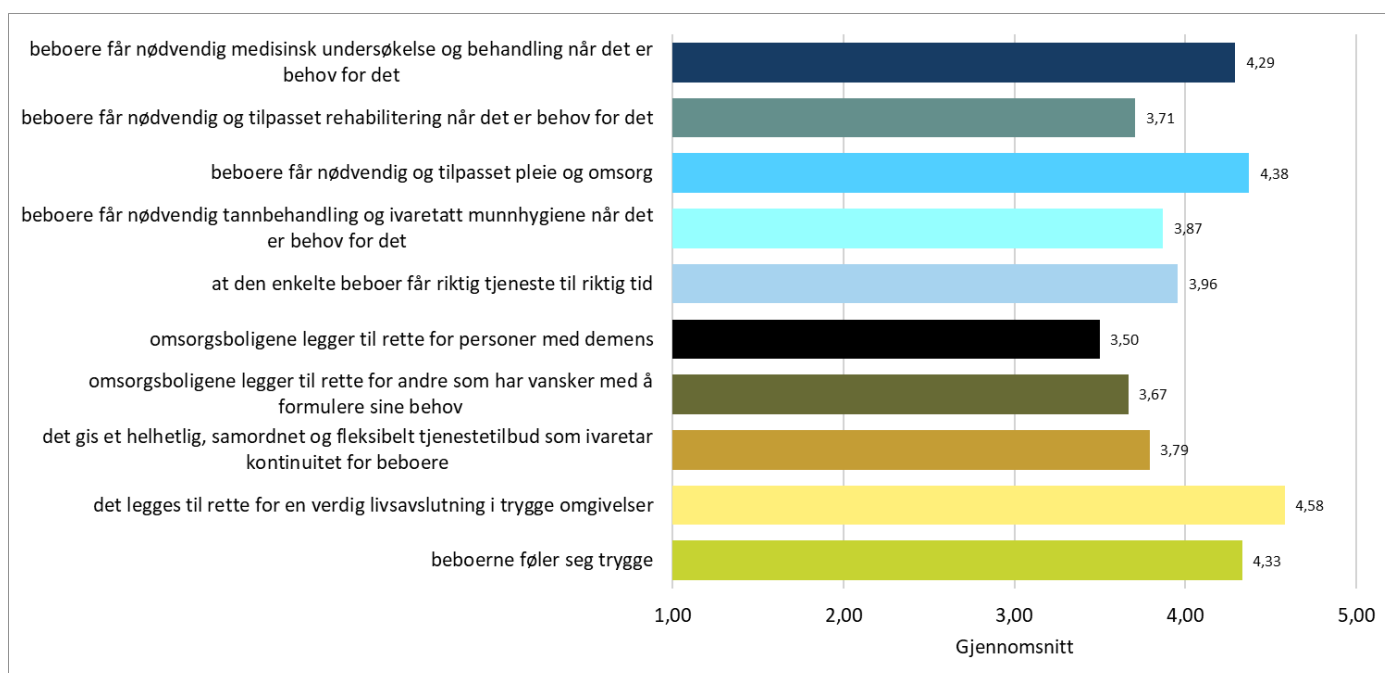
To av tilbakemeldingene er knyttet til helsetilstanden til beboeren der én pårørende oppga å ha reagert på at de ansatte ikke hadde fått med seg at beboerens helsetilstand var endret, før den pårørende uttrykte det, og én annen har opplevd at beboeren ble dehydrert og ønsker at sykehjemmet hadde bedre rutiner for å sikre at beboerne får tilstrekkelig drikke på varme dager.

5.2.2 Kvalitet i de heldøgnsbemannede omsorgsboligene

Ansattes opplevelse av kvalitet i omsorgsboligene

Spørreundersøkelsen omhandlet flere spørsmål som er knyttet til kvalitet i tjenesten:

Figur 9 Tjenester – svar oppgitt i gjennomsnitt (Skala fra 1 til 5, der 5 er best. N=24). «I hvilken grad opplever du at...»



Respondentene oppga at det i størst grad blir tilrettelagt for er verdig livsavslutning i trygge omgivelser (4,58), at beboere får tilpasset pleie og omsorg (4,38) og at beboere føler seg trygge (4,33).

Lavest skår får om omsorgsboligene legger til rette for beboere med demens eller andre som har vansker med å uttrykke seg. Seksjonsleder hjembaserte tjenester oppgir at hun tenker at det først og fremst handler om den fysiske utformingen av omsorgsboligene, og at bygningsmassen ikke er godt nok tilrettelagt for beboere med demens. Seksjonsleder oppgir at ansatte som arbeider i enheten med demens har fått kompetanseheving og at enheten med demens har den høyeste bemanningen i omsorgsboligene. I årsrapporten til hjembaserte tjenester i 2019, fremkommer det at det er et økende antall søkere til omsorgsboliger med demens diagnose og alderspsykiatriske utfordringer, og at det er behov for å øke antall boliger som er øremerket disse to gruppene, og at det bør tilstrebtes å ha ulike boenheter. Kommunen har en demensplan for 2008 – 2020.

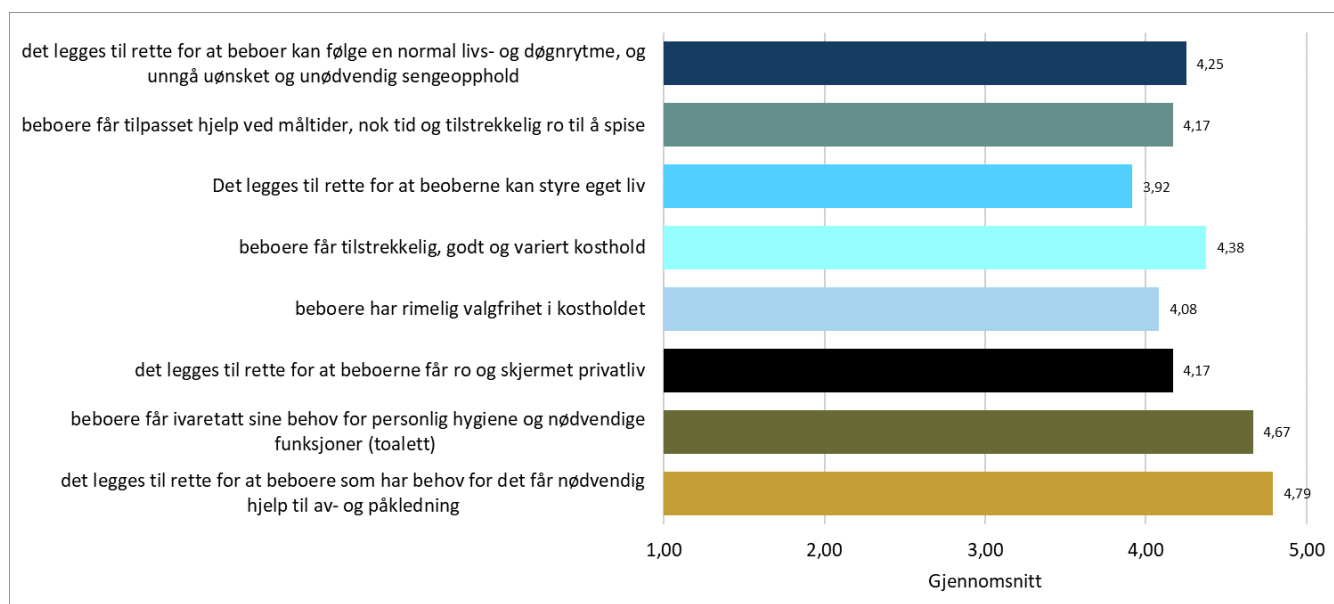
Spørsmålet om hvorvidt beboerne får nødvendig og tilpasset rehabilitering når det er behov for det fikk en skår på 3,71, og her var det 12,5 prosent av respondentene som svarte i svært liten grad. Seksjonsleder hjembaserte tjenester oppgir at beboerne får fysioterapi og ergoterapeut på lik linje som andre hjemmeboende. Samtidig krever for eksempel gåtøring og balansetrening oppfølging fra de ansatte, og det kan hende at de opplever å ikke ha tid til det.

To av respondentene oppga at beboerne i omsorgsboligene kan være for dårlig til å kunne bo i omsorgsbolig sett i lys av bemanningsfaktoren.

Fysiologiske behov

Respondentene ble spurt om hvordan beboerne får ivaretatt en del fysiologiske behov.

Figur 10 Respondentenes svar knyttet til grunnleggende behov – svar oppgitt i gjennomsnitt (Skala fra 1 til 5, der 5 er best. N=24). «I hvilken grad opplever du at...»



Figuren viser at respondentene i stor grad oppga å være fornøyde med hvordan det tilrettelegges for ulike fysiologiske behov. Respondentene svarte høyest på:

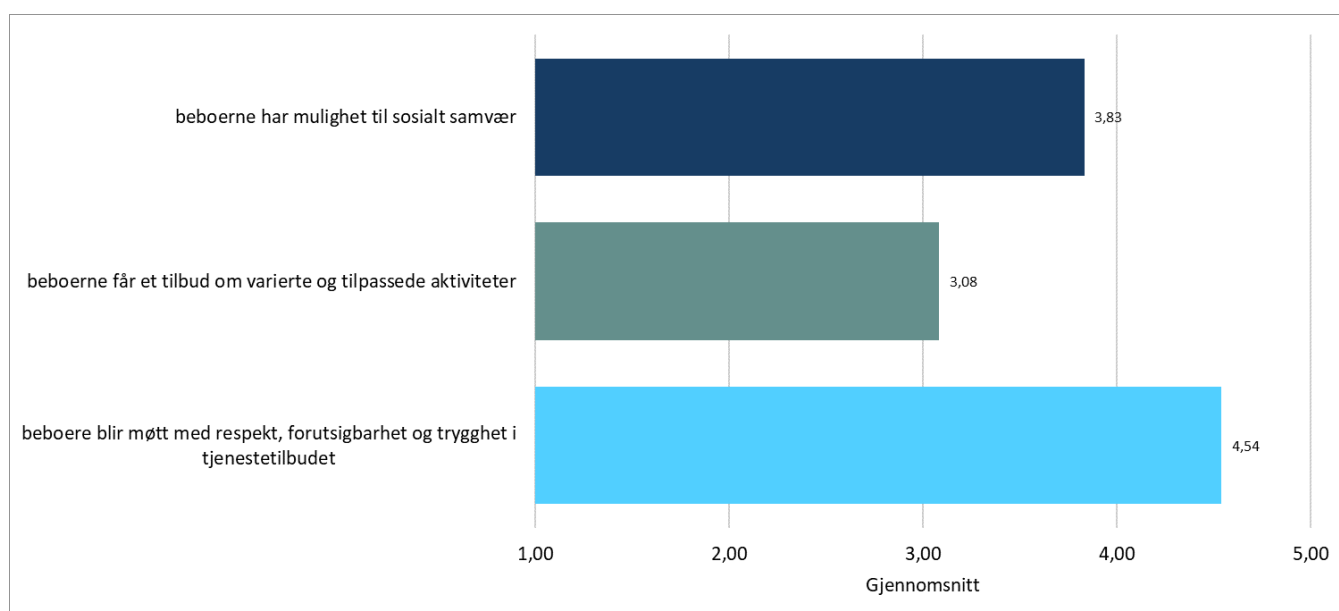
- At det legges til rette for at beboere som har behov for det får nødvendig hjelp til av- og påkledning (skår 4,79)
- At beboere får ivaretatt sine behov for personlig hygiene og nødvendige funksjoner (toalett) (skår 4,67)
- At beboere får tilstrekkelig, godt og variert kosthold (skår 4,38)

Ett spørsmål fikk en skår under 4 og det var om det legges til rette for at beboerne kan styre eget liv (3,92). Seksjonsleder oppgir at den spesielle situasjonen med Covid-19 kan ha påvirket resultatet, ved at kommunen har anbefalt at omfanget av besøk ble mindre.

Sosiale og psykologiske behov

Respondentene fra omsorgsboligen ble spurt om beboerne får ivaretatt sine sosiale og psykologiske behov. Svarene fremgår av figur 11.

Figur 11 Respondentenes svar knyttet til grunnleggende sosiale behov – svar oppgitt i gjennomsnitt (Skala fra 1 til 5, der 5 er best. N=24). «I hvilken grad opplever du at...»



92 prosent av respondentene oppga at beboerne i stor eller svært stor grad blir behandlet med respekt, forutsigbarhet og trygghet. 67 prosent av de ansatte svarte at beboerne i stor eller svært stor grad har mulighet til sosialt samvær. Resultatet er noe lavere på om beboerne får et tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.

Beboerne i de heldøgnsbemannede omsorgsboligene kan delta på aktiviteter i miljøbasen¹⁹. På avdelingen Bjørkebo arrangeres det trim. Før korona kom elever fra ungdomsskolen til omsorgsboligene hver mandag og elever/studenter fra helsefagskolen fra Mysen arrangerte aktiviteter. Én respondent oppga at beboerne trengte mer sosial omgang, og at de ønsker at pleiere har bedre tid til dem.

¹⁹ Tilsvarende som dagsenter

Seksjonsleder hjembaserte tjenester tror at Covid-19 har påvirket resultatene, på grunn av begrensede aktiviteter og besøk. Denne sommeren hadde de inne serviceverter, noe enheten har søkt om å få innvilget på mer permanent basis.

Helhetsinntrykk kvalitet

Respondentene fikk også spørsmålet: «Alt i alt, hvor fornøyd er du med kvaliteten på tjenestene som dere i omsorgsboligene på Skautun leverer?». Snittet var på 4, og 75 prosent svarte at de stor eller svært stor grad var fornøyd.

Eldrerådets opplevelse av kvalitet i de heldøgnsbemannede omsorgsboligene

De intervjuede i eldrerådet har lite å bemerke knyttet til kvaliteten i de heldøgnsbemannede omsorgsboligene utover at de er kjent med at det i brukerundersøkelse for omsorgsboligene kom frem at beboerne ikke får lufteturer, og at enkeltpersoner ikke er fornøyd med aktivitetstilbudet. Det uttrykkes også at de har fått tilbakemeldinger om at pårørende har savnet informasjon om hvordan sykehjemstjenesten håndterer pandemien.

Brukere og pårørendes opplevelse av kvalitet i de heldøgnsbemannede omsorgsboligene

I 2019 ble det gjennomført en brukerundersøkelse og en pårørendeundersøkelse. Brukerundersøkelsen viste høy grad av fornøydhet, og på en skala fra 1-6, der 6 er høyest, svarte brukerne i gjennomsnitt 5,7. Av svarene fremkom det blant annet at beboere føler seg trygge, at de blir behandlet med respekt og at personalet er hyggelige.

Det som fikk lavest skår var at 43 prosent ikke visste hvem blant personalet som var deres kontaktperson og at 30 prosent av beboerne ikke deltok i aktivitetstilbudet. Det fremkommer ikke om det er fordi de ikke ønsker å delta, eller om de ikke er fornøyd med aktivitetene som tilbys.

Svarandelen blant pårørende var noe lav, med 7 svar. På spørsmålet: «Alt i alt, opplever du at beboerne er fornøyd med sykehjemmet/omsorgsboligen?» var gjennomsnittlig skår på 4,2. Siden svarprosenten er lav er det ikke sikkert at svarene er representative for alle pårørende, og resultatene må tolkes i lys av dette. Pårørende var blant annet misfornøyd med:

- At beboerne i svært liten grad hadde mulighet til å komme ut i frisk luft (57 prosent).
- At beboeren i svært liten, ganske liten eller litt liten grad fikk fysioterapi når det var behov for det (71 prosent).
- At beboeren i svært liten eller ganske liten grad hadde mulighet til å komme til tannlege (57 prosent).
- At de som pårørende ikke var med når det ble utarbeidet planer som angikk beboeren (57 prosent).
- At de pårørende ikke vet hvem som er beboernes kontaktperson (100 prosent).
- At det ikke hadde vært en planlagt samtale med personale det siste året (86 prosent).

Enhetsleder omsorgsbolig oppga i intervju at hun er opptatt av forbedringsarbeid, og at resultatene i fra undersøkelsene blir brukt inn i «prosjekt drift omsorgsbolig». Hun oppga også at en av effektene av resultatene i fra undersøkelsene er at de har opprettet teamansvarlige som blant annet skal bidra til å bedre

informasjonen mellom beboer, pårørende og ansatte i den heldøgnsbemannede omsorgsboligen. De ønsker også å ansette serviceverter som skal bidra under måltider, snakke med beboerne o.l.

5.3 Revisors vurderinger

Kommunen skal tilstrebe at beboerne får riktig tjeneste til rett tid

Jevnt over svarte en stor andel av ansatte både på sykehjemmet og omsorgsboligene at de er fornøyde med kvaliteten på tjenestene de leverer (75 prosent av respondentene ved de heldøgnsbemannede omsorgsboligene og 67 prosent av respondentene på sykehjemmet). Ved både sykehjemmet og omsorgsboligene var det høye skår på at det legges til rette for en verdig livsavslutning i trygge omgivelser, at beboerne får tilpasset pleie og at beboerne får nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling når det er behov for det.

Det er etter revisjonens vurdering likevel noen forbedringsområder. Ett av forbedringsområdene er om beboere får riktig tjeneste til riktig tid. Dette kan handle om at innbyggere får tilbud om plass ved omsorgsbolig og sykehjem på riktig tid eller være knyttet til de tjenestene som beboere får når de har plass. Resultatene fra spørreundersøkelsen viste at kommunen også har et forbedringsområde med tilrettelegging for beboere med demens eller beboere med andre vansker med å formulere sine behov. I årsrapporten til hjembaserte tjenester i 2019, fremkommer det at det er behov for å øke antall boliger som er øremerket disse to gruppene, og at det bør tilstrebases å ha ulike boenheter. Helsedirektoratet forventer at antall personer med demens sannsynligvis vil fordoble seg de nærmeste 30-40 årene²⁰, slik at behovet for tilbud til innbyggere med demens trolig vil bli større. Revisjonen er av den oppfatning at det fremover er viktig at kommunen bygger opp et godt tilbud som ivaretar denne brukergruppens behov.

For sykehjemmet var påstanden om beboere får ivaretatt munnhygiene blant de påstandene som fikk lavest skår. 12,5 prosent av respondentene i de heldøgnsbemannede omsorgsboligene svarte at beboerne i svært liten grad får tilpasset rehabilitering. I pårørendeundersøkelsen svarte 71 prosent at beboeren i liten grad fikk fysioterapi når det var behov for det. Søkelys på rehabilitering på et tidlig tidspunkt kan blant annet bidra til at innbyggere kan bo lenger hjemme²¹.

De pårørende ved sykehjemmet som er intervjuet var i hovedsak fornøyde med tjenestene som leveres.

Kommunen skal sikre at det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuiteten i tjenesten og at beboerne får medvirke

Resultatene fra spørreundersøkelsen tilsier at ansatte i middels til stor grad oppfatter at sykehjemmet og omsorgsboligene gir et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuiteten i tjenesten for beboere. Dette vurderer revisjonen som positivt, samtidig som vi merker oss at resultatene fra Skautun var noe lavere enn ved omsorgsboligene.

Revisjonens undersøkelser har avdekket at det ikke avholdes faste pårørendesamtaler med pårørende til sykehjemspasienter, utover inntakssamtaler. Dette er i og for seg ikke et krav, men som en del av

²⁰ Helsedirektoratet (2017): «Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester. Tema: Demenssykdom. Data fra IPLUS-registeret.»

²¹ Beboere i de heldøgnsbemannede omsorgsboligene regnes som hjemmeboende.

sykehjemmets kvalitetsarbeid skal det gjøres bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende. I de tilfeller der beboere selv ikke er i stand til å uttrykke seg, vil pårørendes synspunkter være særlig viktige.

Pårørendesamtaler og beboersamtaler kan bidra både til informasjonsutveksling mellom pårørende og Skautun, medvirkning i tjenestetilbudet og kan gi nyttig informasjon som kan brukes til kvalitetsforbedring i tjenestetilbudet.

Beboerne ved Skautun og de heldøgnsbemannede omsorgsboligene skal få dekket sine fysiologiske behov

Respondentene ved de heldøgnsbemannede omsorgsboligene og Skautun mener i all hovedsak at beboerne får dekket sine fysiologiske behov. Den gjennomsnittlige skåren i fra respondentene i de heldøgnsbemannede omsorgsboligene er med unntak av påstandene som omhandler kosthold, noe høyere enn gjennomsnittlig skår for Skautun.

Både ved sykehjemmet og ved de heldøgnsbemannede omsorgsboligene fremkommer det at beboerne får et tilstrekkelig, godt og variert kosthold og at beboerne i hovedsak får tilpasset hjelp ved måltider, nok tid og tilstrekkelig ro til å spise. De pårørende revisjonen intervjuet ved sykehjemmet var også fornøyde med kostholdet. Resultatene viser likevel noe lavere skår på om beboerne har rimelig valgfrihet i kosten. Dette kan handle om at beboere i dag, ved mindre de er på en spesiell diett eller for eksempel ikke spiser fisk, ikke får velge mellom to middagsretter.

Revisjonen vurderer det som positivt at det er en høy skår på om beboerne får nødvendig hjelp til av- og påkledning hvis behov og at det legges til rette for at beboere får ivaretatt sine behov for personlig hygiene og nødvendige funksjoner (toalett).

Ved sykehjemmet er det en høy skår på om beboere på langtidsopphold får tilbud om eget rom, men skåren er noe lavere i forhold til om det legges til rette for at beboere kan følge en normal livs- og døgnrytme og unngå uønsket og unødvendig sengeopphold.

Det som får lavest skår ved begge de to tjenesteområdene, er om det tilrettelegges for at beboerne kan styre egne liv. Her har kommunen etter revisjonens vurdering et forbedringspotensial.

Beboerne ved Skautun og de heldøgnsbemannede omsorgsboligene skal få dekket sine sosiale og psykologiske behov

Funn fra undersøkelsene viser at beboerne blir møtt med respekt, forutsigbarhet og trygghet i tjenestetilbudet. I overkant av to tredjedeler av respondentene både ved Skautun og de heldøgnsbemannede omsorgsboligene svarer at beboerne har mulighet til sosialt samvær.

Både i intervjuer med pårørende ved sykehjemmet og i spørreundersøkelsen med ansatte, fremkommer det at aktivitetstilbudet til beboerne på sykehjemmet kan forbedres. Respondentene fra de heldøgnsbemannede omsorgsboligene er også av samme oppfatning. Tilpassede aktiviteter kan bidra til å stimulere beboere, bidra til å redusere ensomhet og passivitet. Her må det bemerkes at aktivitetstilbudet siden mars 2020 har vært redusert på grunn av Covid-19, noe som kan ha påvirket svarene.

5.4 Revisors konklusjon og anbefalinger

Revisjonens funn og vurderinger viser at både pårørende som revisjonen intervjuet, beboerne ved omsorgsboligene og en stor andel av de ansatte som deltok i spørreundersøkelsen i hovedsak er fornøyde med kvaliteten på tjenestene. Det fremkommer likevel noen forbedringsområder. Flere respondenter mener at beboerne ikke får riktig tjeneste til riktig tid, at det ikke tilrettelegges godt nok for at beboerne kan styre egne liv og at det ikke legges godt nok til rette for beboere med demens eller beboere med andre vansker med å formulere sine behov. Flere er heller ikke fornøyde med aktivitetstilbudet som tilbys.

Med bakgrunn i våre funn og vurderinger anbefaler revisjonen kommunen om å:

- Vurdere ytterligere tiltak for å bedre tilbudet til beboere med demens og andre som har vansker med å formulere sine behov.
- Vurdere ytterligere tiltak for å bedre aktivitetstilbudet ved omsorgsboligene og sykehjemmet.

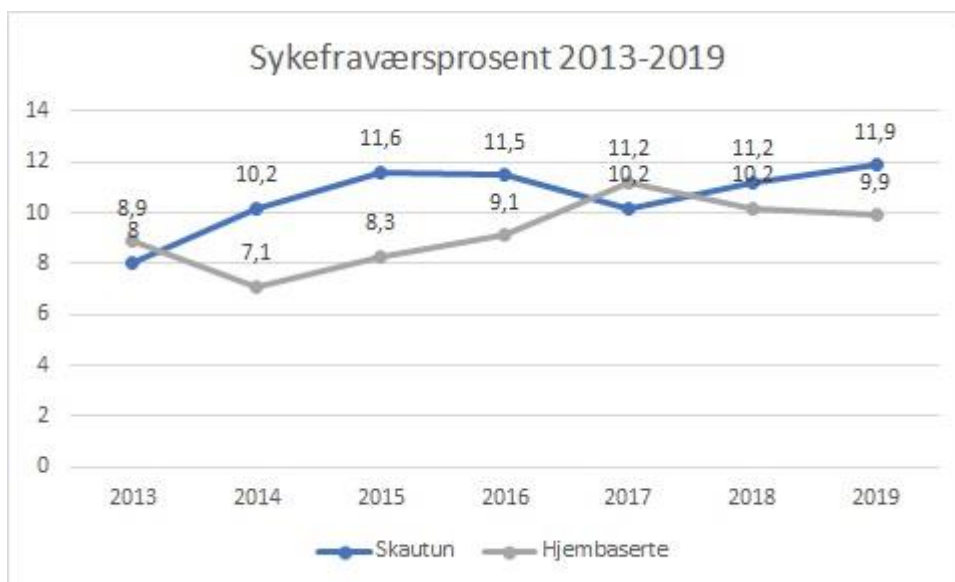
6 Sykefravær blant ansatte i de hjembaserte tjenestene og ved Skautun rehabiliterings- og omsorgssenter

Problemstilling 3: Har Rakkestad kommune etablert systemer og tiltak for å forebygge sykefravær blant ansatte i de hjembaserte tjenestene og ved Skautun rehabiliterings- og omsorgssenter?

6.1 Innledning

Sykefraværsprosenten i hjembaserte tjenester og Skautun har over tid vært høy sammenlignet med andre seksjoner i kommunen:

Figur 12: utvikling i sykefraværsprosent fra 2013 til 2019 for Skautun og hjembaserte tjenester²²



Høyt sykefravær har en høy økonomisk og administrativ kostnad for kommuner ved at det gjerne må leies inn vikarer som trenger opplæring og oppfølging, i tillegg til den kostnaden staten og samfunnet må ta ved langtidsfravær. Eksempelvis får revisjonen opplyst at Skautun har ca. 15 100 vakter i løpet av et kalenderår, og at et fravær på 12 prosent tilsvarer 1812 dagsverk. I tillegg kommer ferie, avspasering og permisjoner. Vi får videre opplyst at et fravær på 1800 dagsverk tilsvarer en kostnad på 3,6 millioner kroner. Selv om staten betaler størsteparten av dette, vil det også være en stor kostnad for kommunen. Arbeidsgiver må fortsatt betale løpende faste utgifter, som forsikringer, arbeidsgiveravgift og pensjonsinnbetalinger for sykmeldte medarbeidere. De første 16 dagene dekker arbeidsgiver også lønnskostnader.

En reduksjon i sykefraværet kan ha mange fordeler, både for den enkelte virksomhet som skal levere kvalitativt gode og stabile tjenester, og for den enkelte syke arbeidstakeren som raskere kan komme

²² Tallene er hentet fra Rakkestad kommune sin årsberetning 2019.

tilbake i jobb dersom gode tiltak settes i verk. Det vil også være fordeler for kollegene og deres arbeidsmiljø at de får sykmeldte kolleger tilbake på jobb. Et lavt sykefravær har dessuten økonomiske fordeler for den enkelte virksomhet og samfunnet for øvrig.

6.2 Revisjonskriterier

Arbeidsmiljøloven har som formål å sikre et godt og helsefremmende arbeidsmiljø som gir trygghet i ansettelsesforholdet. Arbeidsgiver skal legge til rette for individuelle tilpasninger knyttet til den enkelte arbeidstakers forutsetninger og livssituasjon, samt bidra til et inkluderende arbeidsliv.

Arbeidsgiver har etter arbeidsmiljøloven § 3-1 et ansvar for å sikre at hensynet til arbeidstakers helse, miljø og sikkerhet blir ivaretatt. For dette formålet plikter arbeidsgiver å sørge for at det utføres systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid²³ på alle plan i virksomheten. Av arbeidsmiljøloven § 3-1 og internkontrollforskriften § 5 fremgår det at arbeidsgiver skal:

- fastsette mål for helse, miljø og sikkerhet
- ha oversikt over virksomhetens organisasjon og fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet innen HMS
- sørge for systematisk arbeid med forebygging og oppfølging av sykefravær
- vurdere risikoforholdene i virksomheten, og på bakgrunn av dette utarbeide planer og iverksette tiltak for å redusere risikoen
- sørge for løpende kontroll med arbeidsmiljøet og arbeidstakernes helse når risikoforholdene i virksomheten tilsier det
- foreta systematisk overvåking og gjennomgang av det systematiske HMS-arbeidet
- iverksette rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser av krav fastsatt i HMS-lovgivningen

Dette arbeidet skal gjøres i samarbeid med arbeidstakerne og deres tillitsvalgte, jf. Arbeidsmiljøloven § 3-1 (1).

Av arbeidsmiljøloven § 4-1 fremgår det at arbeidsmiljøet i virksomheten skal være fullt forsvarlig ut fra en vurdering av faktorer i arbeidsmiljøet som kan innvirke på arbeidstakernes fysiske og psykiske helse og velferd. Samtidig skal organisering og tilrettelegging av arbeidet utformes slik at arbeidstakerne ikke utsettes for uheldige fysiske eller psykiske belastninger. Organisering og tilrettelegging av arbeidet er en vesentlig faktor i forebygging av sykdom og skader. I utformingen av den enkeltes arbeidssituasjon skal arbeidet organiseres og tilrettelegges under hensyn til den enkelte arbeidstakers arbeidsevne, kyndighet, alder og øvrige forutsetninger (arbeidsmiljøloven § 4-2 (b)).

Kommunen har inngått samarbeidsavtalen om inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen)²⁴, som innebærer både forpliktelser og rettigheter for kommunen. Nøkkelfaktorer for et vellykket IA-arbeid er at arbeidet er forankret i ledelsen, tillitsforholdet mellom ansatte og ledelsen er godt, samarbeidet med bedriftshelsetjenesten er godt og at bedriftshelsetjenestens kompetanse på arbeidsmedisin nyttiggjøres²⁵.

²³ Forskrift om systematisk helse, miljø og sikkerhetsarbeid (internkontrollforskriften).

²⁴ Signert 10.03.2020.

²⁵ Lien, L. 2013. «Saman om» sykefravær – en kunnskapsstatus. Fafo-notat.

Ett av målene til HMS-arbeidet²⁶ i Rakkestad kommune er å ivareta arbeidsmiljøet på en slik måte at sykefravær ikke overstiger 6,5 prosent.

I «Internkontrollsystemet for HMS» som gjaldt frem til august 2020, står det at det skal gjennomføres vernerunder minimum én gang i året og medarbeidersamtaler. Det er ikke spesifisert hvor ofte medarbeidersamtaler skal gjennomføres, men i den reviderte utgaven av «Internkontrollsystem for HMS», gjeldende fra august 2020, står det at medarbeidersamtale skal gjennomføres én gang årlig.

Aktuell forskning/relevante studier

I forbindelse med utviklingsprogrammet «Sammen om en bedre kommune²⁷» ble det utarbeidet en kunnskapsstatus²⁸ som skulle bidra til å belyse kompleksiteten knyttet til sykefraværs-/nærværsarbeid. Litteraturen i denne oversikten viser at en rekke faktorer er viktige å tenke på når man skal jobbe med sykefraværs- og nærværsarbeid. Herunder at fraværs- og nærværsarbeid er en kontinuerlig prosess som krever fokus og forankring, medvirkning av ansatte og verneombud, samt at arbeid tilrettelegges (fullstendig liste i vedlegg 1). Prosjektet viser også at en grundig kartlegging av arbeidsmiljøet og kartlegging av helseplager blant de ansatte er viktig for å lykkes.

I en studie publisert av FAFO i 2018²⁹ undersøkte forfatterne hva som kjennetegnet sykehjem med vedvarende lavt sykefravær, og identifiserte hva ansatte og ledere trekker frem som mulige forklaringer på det lave fraværet. Forskerne vektlegger at til tross for at yrkene innen sykehjem tradisjonelt har blitt beskrevet som fysisk og emosjonelt krevende med liten grad av fleksibilitet og påvirkningsmuligheter i arbeidet, er det virksomheter som klarer å redusere eller fjerne disse typiske risikofaktorene for høyt sykefravær.

Forskerne fant at virksomhetene i studien i stor grad hadde tatt de samme grepene: de har tydelige og kjente sykefraværsrutiner, de følger opp både egenmeldt og legemeldt sykefravær tett, de jobber for å endre sykefraværsatferden gjennom å dra et tydeligere skille mellom sykdom i biomedisinsk forstand og mer subjektivt opplevde plager, de forsøker å redusere kjente risikofaktorer gjennom kompetanseheving av de ansatte, innkjøp av det beste av redskaper og maskiner, opplæring i ergonomisk riktige arbeidsmetoder og oppfølging av at disse faktisk brukes av de ansatte.

I den foregående studien fra 2015³⁰ ble grepene virksomhetene hadde tatt gruppert i tre ulike typer tiltak (se fullstendig liste i vedlegg 2). Ett tiltak lederne trekker fram er godt arbeidsmiljø som et forebyggende sykefraværsiltak. Det vektlegges at fravær kan skape mer-belastning og stress for kollegene, og det jobbes derfor aktivt med en kultur for nærvær og tilstedeværelse.

²⁶ Internkontroll for helse, miljø og sikkerhet – Rakkestad kommune.

²⁷ Nasjonalt lærings- og innovasjonsprogram som kom i stand gjennom et samarbeid mellom Kommunal og moderniseringsdepartementet, KS, LO Kommune, Unio og Akademikerne.

²⁸ Lien, L. 2013. «Saman om» sykefravær – en kunnskapsstatus. Faf-notat.

²⁹ Lien, L og Bogen, H. 2018. *Sykefravær i private og kommunale sykehjem og renholdsvirksomheter*. Faf-rapport.

³⁰ Lien, L og Bogen, H. 2015. *Fra fravær til nærvær. Handlingsrommet for vellykket sykefraværsarbeid i sykehjem*. Faf-rapport.

Revisjonen har utledet følgende revisjonskriterier:

- Kommunen skal forebygge sykefraværet ved å sørge for at det utføres systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid på Skautun og i hjembaserte tjenester.
- På Skautun og i de hjembaserte tjenestene skal arbeidsmiljøet være godt ivare tatt slik at det bidrar til at sykefraværet i kommunen ikke overstiger 6,5 prosent.

Operasjonalisering av revisjonskriteriene fremkommer i vedlegg 3.

6.3 Revisors undersøkelse

6.3.1 Systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid på Skautun og i hjembaserte tjenester

Mål og ansvarsfordeling

Kommunens internkontrollsystem for HMS kom ut som en revidert utgave i august 2020, og erstatter kommunens tidligere internkontrollsystem HMS. Kommunen har utarbeidet fire mål for HMS-arbeidet i Rakkestad. Et av målene er at Rakkestad kommune skal ivareta arbeidsmiljøet på en slik måte at sykefravær ikke overstiger 6,5 prosent.

I årsplanen for hjembaserte tjenester har seksjonen fastsatt at målet med HMS-arbeidet er å skape trygghet, godt arbeidsmiljø og sikkerhet for ansatte. Seksjonen har satt som mål at sykefraværet skal på under ti prosent, og at korttidsfraværet ikke bør overstige én prosent.

I virksomhetsplanen for Skautun er det satt opp et mål for HMS: «Vi skal sikre et godt arbeidsmiljø for våre ansatte.»

I internkontrollsystemet for HMS er det beskrevet hvordan ansvaret er fordelt blant de ulike ledernivåene og øvrige roller i HMS-arbeidet. Seksjonslederne er ansvarlig for at HMS-arbeidet er fullverdig og tilpasset den enkelte seksjon, samt tilfredsstillende kravene i § 5 i internkontrollforskriften, mens en del oppgaver tilligger enhetsleder.

Risikovurderinger

Ifølge HMS-systemet skal risikovurdering med handlingsplan utarbeides/gjennomgås og justeres årlig. Rakkestad kommune har lagt opp til at risikovurderinger kan gjøres i QM+ eller på papirskjema. Alle risikovurderinger skal dokumenteres i QM+.

For de heldøgnsbemannede omsorgsboligene er det i QM+ ikke dokumentert noen risikovurderinger knyttet til helse, miljø og sikkerhet utover smittefare, mens for Skautun er det foretatt noen risikovurderinger som blant annet omhandler belastninger og bemanning.

I årsplanen til hjembaserte tjenester er det satt opp at det skal gjennomføres risikoanalyser for fire områder, herav to områder som gjelder HMS: vold/trussel om vold og bilkjøring for ansatte i hjemmesykepleien.

Planer, prosedyrer og tiltak for å redusere risiko

I det overordnede internkontrollsystemet for HMS i Rakkestad kommune står det at det ut fra risikovurderingen skal lages en handlingsplan med konkrete risikoreduserende tiltak, utpekes en ansvarlig person for tiltakene og settes tidsfrister.

I «Introduksjonsprogrammet for nyansatte i Rakkestad kommune» fremkommer det at det skal informeres om HMS inkludert verneombudsordninger og brannvern, prosedyrer ved skade, rutiner ved sykefravær inkludert oppfølging, varsling og vold og truser.

Ut fra den dokumentasjonen som revisjonen har fått kan vi ikke se at seksjon Skautun og seksjon hjembaserte tjenester har egne rutiner som omhandler risikoreduserende tiltak innen internkontroll for helse, miljø og sikkerhet.

Rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser av krav

Som nevnt i kapittel 4.3.1 har kommunen en prosedyre for avvik som gjelder for alle virksomheter og i internkontrollsystemet for HMS har kommunen en beskrivelse/rutine knyttet til vernerunde.

Tabellen nedenfor viser antall meldte avvik i 2018 og 2019 som omhandler HMS.

Tabell 3: HMS-avvik 2018-2019

HMS-avvik	Antall 2018	Antall 2019
Hjembaserte tjenester	21	81
Skautun	96	82

Det rapporteres på det totale antall avvik innen HMS i HMS-rapporten til Arbeidsmiljøutvalget per halvår. I perioden 01.01.20 – 30.06.20 ble det på Skautun meldt om 38 avvik. I HMS-rapporten fremkommer det at syv meldinger var knyttet til vold/trusler fra brukere. Det står omtalt at det tidligere år har vært rapportert et økende antall tilfeller av seksuell trakassering, og at dette krever oppmerksomhet i tiden fremover.

Første halvår 2020 ble det rapportert 18 HMS-avvik i seksjon hjembaserte tjenester. Fire av sakene i omsorgsboligene gjaldt stress/høyt arbeidspress, og var ifølge HMS-rapporten knyttet til medisinsk krevende pasienter.

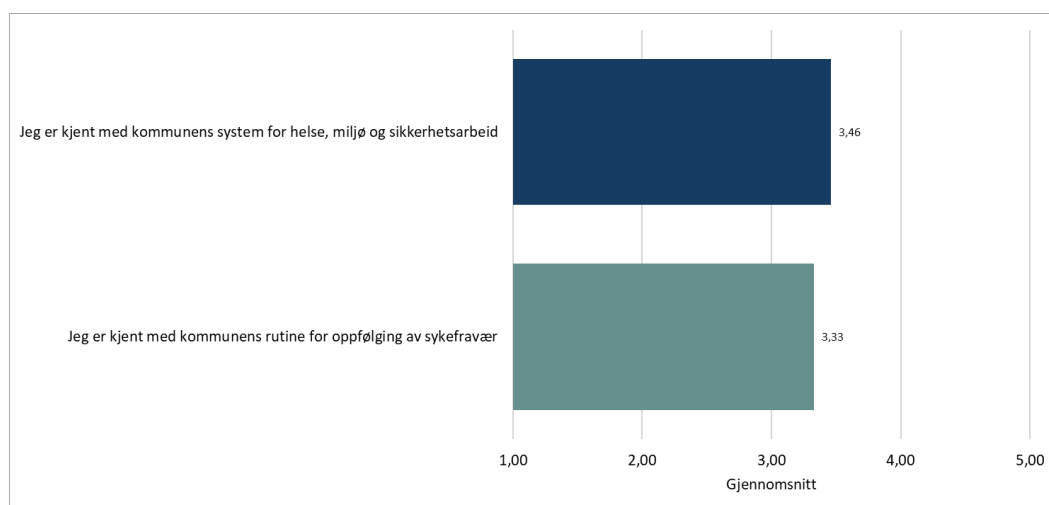
Resultater fra spørreundersøkelsen tyder på at ikke alle respondenter melder inn HMS-avvik. 46 prosent av respondentene på Skautun og 52 prosent av respondentene fra de heldøgnsbemannede omsorgsboligene oppga at de i stor eller svært stor grad melder inn avvik. 40 prosent av respondentene på Skautun og 43 prosent av respondentene fra de heldøgnsbemannede omsorgsboligene svarte at avvik blir fulgt opp i stor grad eller svært stor grad.

Ifølge kommunens internkontrollsystem for HMS skal det gjennomføres årlige vernerunder. Det bekreftes av både ledere og verneombud at dette gjennomføres. Ansatte blir involvert ved at det sendes ut en spørreundersøkelse i forkant.

Systematisk arbeid med forebygging

En sentral del av det systematiske arbeidet med helse, miljø og sikkerhet er at HMS-rutiner er kjent blant de ansatte. Respondentene fikk et spørsmål som omhandlet om de er kjent med kommunens system for helse, miljø og sikkerhet og ett spørsmål om hvorvidt de er kjent med kommunens rutine for oppfølging av sykefravær.

Figur 13: Ansattes kjennskap om HMS-systemet og rutinen for sykefraværsoppfølging – svar oppgitt i gjennomsnitt (Skala fra 1 til 5, der 5 er best. N=137). «Ta stilling til følgende påstander...»



Det er omtrent ingen forskjell i gjennomsnittskåren mellom seksjon Skautun og seksjon hjembaserte tjenester. Ved Skautun er det 14 prosent som har svart at de i svært liten grad eller liten grad er kjent med HMS-systemet, mens 20 prosent svarte tilsvarende i hjembaserte tjenester. Revisjonen ønsker å påpeke at det imidlertid er vesentlige forskjeller mellom enheter innad i hjembaserte tjenester. Mens det i de heldøgnsbemannede omsorgsboligene er 36 prosent som i svært liten eller liten grad er kjent med HMS-systemet, svarer 10 prosent tilsvarende i hjemmesykepleien.

Fra kommunens internkontrollsystem for HMS fremgår det at fra «overordnet nivå gjennomføres medarbeiderundersøkelser hvert 2. år». På spørsmål i spørreundersøkelsen om i hvilken grad det utføres medarbeiderundersøkelser er gjennomsnittet for henholdsvis Skautun og hjembaserte tjenester på 2,3 og 2,7 (på en skala fra 1-5). Enhetslederne bekrefter at dette blir gjort, og revisjonen har fått tilsendt resultatene fra 2018.

Fra kommunens «Internkontrollsystem for HMS» fremgår det også at det skal gjennomføres årlige medarbeidersamtaler. Alle lederne, med unntak av én, forteller imidlertid at dette ikke er noe de klarer å gjennomføre. Det varierer også hvor ofte det gjennomføres. Mens en enhet i hjembaserte tjenester gjennomfører det annethvert år, forteller en enhetsleder på Skautun at det sist ble gjennomført i 2016/17. Lederne forteller at det er ansvarsområde og arbeidsmengde som er grunnen til at medarbeidersamtaler blir nedprioritert. I år har imidlertid Skautun fått inn fagsykepleiere, som i praksis også vil føre til en avlastning hos enhetslederne. Revisjonen får opplyst at dette vil frigjøre mer tid til eksempelvis medarbeidersamtaler,

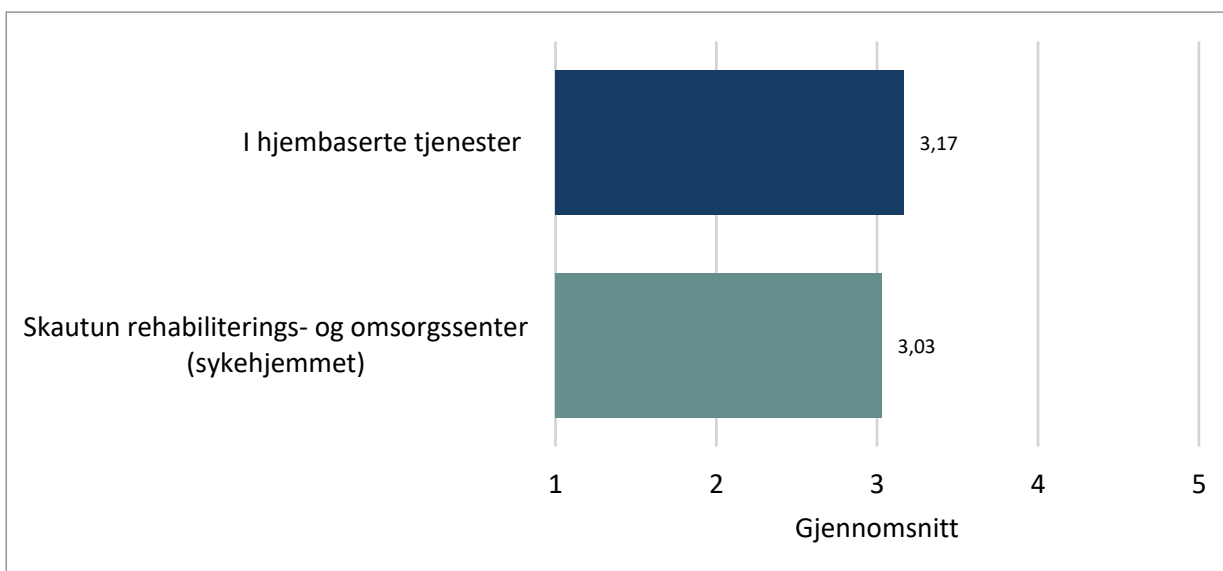
og en av lederne har i den forbindelse som mål å gjennomføre medarbeidersamtaler i løpet av 2020. Resultatene fra spørreundersøkelsen bekrefter også det lederne forteller. På spørsmål om i hvilken grad det blir gjennomført årlige medarbeidersamtaler, får Skautun og hjembaserte tjenester en gjennomsnittlig score på henholdsvis 1,9 og 2,2 (på en skala fra 1-5).

6.3.2 Arbeidsmiljøet på Skautun og i de hjembaserte tjenester

Forebygging av sykefravær

I spørreundersøkelsen stilte vi spørsmål om hvorvidt respondentene mente det aktivt jobbes med å forebygge sykefraværet. Resultatene fremgår av figur 14:

Figur 14: Forebygging av sykefravær – svar oppgitt i gjennomsnitt (Skala fra 1 til 5, der 5 er best. N=61, N=77.).



Gjennomsnittene tilsvarer at respondentene mente det i middels grad jobbes aktivt med å forebygge sykefraværet. Resultatene indikerer imidlertid at respondentene fra hjembaserte tjenester mener dette gjøres i noe større grad enn respondentene fra Skautun. Samtidig er det en høy andel som har svart «vet ikke» på dette spørsmålet – henholdsvis 25 prosent og 10 prosent i hjembaserte tjenester og Skautun. Videre er det store forskjeller innad i hjembaserte tjenester her. Ved de to enhetene med flest respondenter har den ene enheten 18 prosent som svarte «vet ikke», mens i den andre enheten var det 35 prosent som svarte tilsvarende. I førstnevnte enhet var det 32 prosent som mente at det i svært liten og liten grad jobbes aktivt med å forebygge sykefravær, sammenlignet med 3,4 prosent som svarte tilsvarende i den andre enheten. Videre har vi spurt lederne om hvorvidt de opplever at de kan påvirke sykefraværet. Med et gjennomsnitt på 4 mente lederne at de i stor grad opplever at de kan påvirke sykefraværet.

Fysisk arbeidsmiljø og hjelpemidler

Fra Arbeidsmiljøutvalget sin HMS-rapport for 2019 kommer det fram at det gjennom flere år har blitt rapportert om harde gulv, dårlige kontorfasiliteter og manglende toalettfasiliteter for ansatte som jobber ved

omsorgsboligene. Seksjonsleder forteller at dette er utbedret og avviket lukket. Fra intervjuene påpekes det samtidig at innklimaet er dårlig, og at det blir veldig varmt om sommeren. Dette er ikke planlagt utbedret da det skal bygges nytt bygg. Alle skal imidlertid få nytt arbeidstøy som er tynnere.

Når det gjelder sykehjemmet får vi opplyst at det rent bygningsmessig er uheldig utformet. Bygget er gammelt og preget av lange korridorer, små pasientrom, små bad og lange avstander mellom avdelingene. Det er heller ikke alle avdelinger som har takheis. Nytt sykehjem er under planlegging.

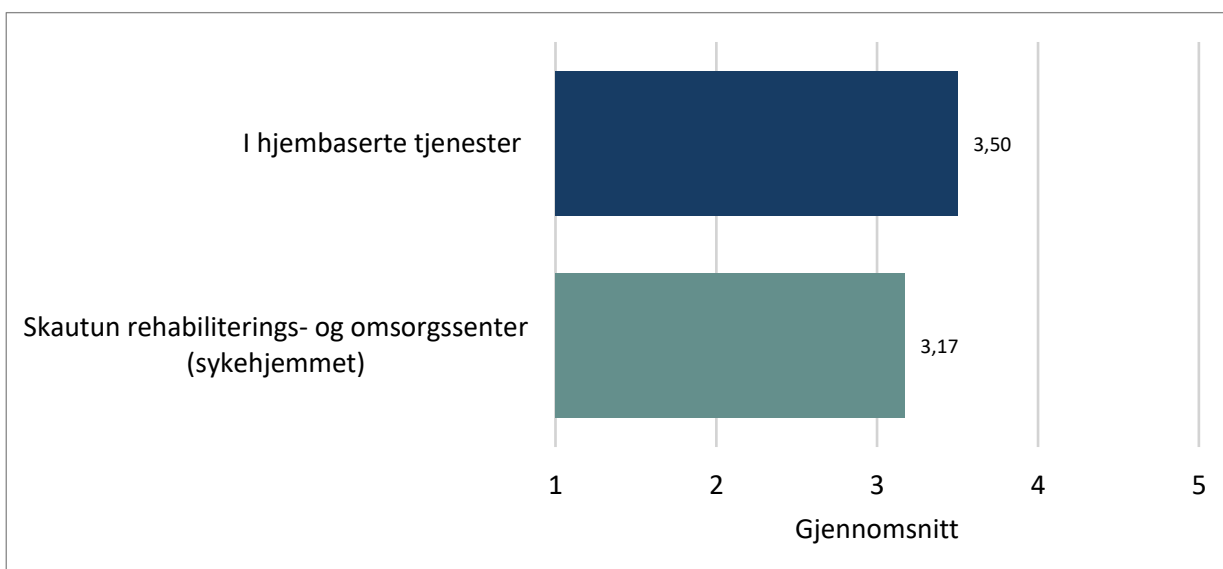
På kjøkkenet er det identifisert flere risikofaktorer, som eksempelvis ensidig arbeid, støy, harde og glatte gulv, samt tunge løft. For å forebygge slitasje som følge av dette er det kjøpt inn flere hjelpemidler. Dette inkluderer passende fottøy, flere traller, samt propper og hørselsvern. Det blir imidlertid påpekt at sistnevnte ikke blir brukt så mye, da de ansatte mener det går på bekostning av det sosiale.

De fleste lederne vi har intervjuet forteller at de er opptatt av hjelpemidler og at de jobber med å gi god opplæring i bruk av disse og ha fokus på det i hverdagen. Det er også lav terskel for å bestille inn mer og nytt utstyr. Det informeres likevel om mange belastningsskader særlig i knær, rygg og nakke, og at dette er noe som særlig går igjen hos eldre arbeidstakere og de med langtidsfravær. Noen ledere forteller at de ansatte ikke alltid er like gode på å bruke de hjelpemidlene som finnes. For eksempel nevnes tidsfaktor som en mulig årsak. Samtidig opplyser et verneombud at hjelpemidler ikke alltid fungerer helt etter hensikten, og at de ikke er egnet for å brukes i alle mulige situasjoner. I forbindelse med vernerundene i 2020 ble det fra alle enhetene på Skautun meldt fra om belastningsskader på ansatte. På grunn av dette ble det bestilt forflytningskurs i regi av Bedriftshelsetjenesten for alle ansatte som jobber over 50 prosent. Dette ble gjennomført i september-oktober 2020. I årsplanen for hjembaserte tjenester fremkommer det at seksjonen arrangerer forflytningskurs årlig for personalet.

I spørreundersøkelsen spurte vi respondentene i hvilken grad de mener at det på arbeidsplassen jobbes aktivt med å legge til rette for et godt fysisk arbeidsmiljø. Resultatene viser at respondentene i hjembaserte tjenester mente at dette jobbes med i større grad enn respondentene fra Skautun.

Mens 54,4 prosent av respondentene i hjembaserte tjenester mente at det i stor eller svært stor grad jobbes aktivt med å legge til rette for et godt fysisk arbeidsmiljø, svarte 35,5 prosent tilsvarende på Skautun.

Figur 15: På min arbeidsplass arbeides det aktivt med å legge til rette for et godt fysisk arbeidsmiljø (f.eks. ergonomi, støy) – svar oppgitt i gjennomsnitt (Skala fra 1 til 5, der 5 er best. N=61, N=77).



Psykososialt arbeidsmiljø

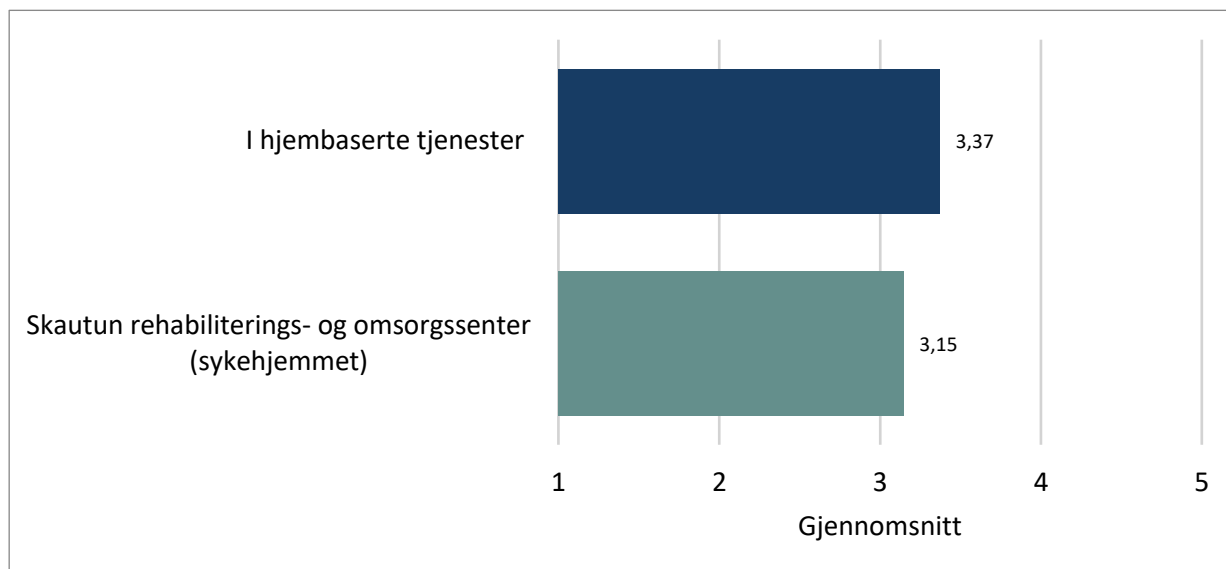
De fleste ledere og verneombud rapporterer om et godt arbeidsmiljø og det vises blant annet til tidligere medarbeiderundersøkelser for å underbygge dette. I intervjuer med ledere og verneombud nevnes flere ting som samlet sett bidrar til et godt arbeidsmiljø:

- De fleste lederne melder om høy trivsel blant de ansatte på deres respektive enheter.
- Flere verneombud forteller at de har et godt samhold på avdelingene, og at de ansatte er gode til å ta vare på hverandre på arbeidsplassen. Kollegene har en raushet og romslighet ovenfor hverandre, og dette oppgis som en viktig faktor for at de ansatte klarer å stå i jobben og yte mer.
- Både ledere og verneombud fremhever viktigheten av å ha en «åpen dør», og at de ansatte blir sett og hørt dersom det skulle være noe.
- Flere enheter forteller også at de forsøker å gjøre noe sosialt både på og utenfor arbeidsplassen.

Ser man på resultatene fra forrige medarbeiderundersøkelser (2018) på Skautun og hjembaserte tjenester, får begge seksjonene høy totalscore på kategorien «fellesskap og samarbeid». Begge seksjoner skårer også høyt på indikatoren «trygghet for at lederen stiller opp». Samtidig identifiserer medarbeiderundersøkelsen flere utviklingsområder. Felles for begge seksjonene er at de skårer relativt lavt på indikatorene «konstruktiv tilbakemelding på innsats», «leder legger merke til god innsats», og «tilstrekkelig tid til å gjøre god jobb». Ser vi på totalscore, er den noe høyere hos hjembaserte tjenester sammenlignet med Skautun. Vi ønsker likevel å påpeke at det er betydelige variasjoner på enhetsnivå innen seksjonene.

I spørreundersøkelsen spurte vi respondentene om i hvilken grad de mente at arbeidsplassen aktivt legger til rette for et godt psykososialt arbeidsmiljø:

Figur 16: På min arbeidsplass arbeides det aktivt med å legge til rette for et godt psykososialt arbeidsmiljø (stress, konflikter, trivsel etc.) – svar oppgitt i gjennomsnitt (Skala fra 1 til 5, der 5 er best. N=61, N=77).



Resultatene viser at flertallet i begge seksjonene mente at det i middels grad arbeides aktivt med å legge til rette for et godt psykososialt arbeidsmiljø. Med en gjennomsnittlig score på 3,37 mente respondentene fra hjembaserte tjenester at dette gjøres i noe større grad, sammenlignet med respondentene fra Skautun som har en gjennomsnittlig score på 3,15.

I Arbeidsmiljøutvalgets HMS-rapporter fra 2019 og 2020 rapporteres det om stort arbeidspress i begge seksjonene. Gjennom intervjuer og spørreundersøkelsen får revisjonen kommentarer på at bemannings-situasjonen og pleietyngden medfører en høy arbeidsbelastning. Revisjonen ønsker her å løfte fram noen kommentarer fra spørreundersøkelsen:

«Det vises ikke tegn til forståelse for at pleietyngden ikke alltid samsvarer med antall pasienter. (...) med altfor få ansatte på jobb går vi hjem som utslitte skurefiller, føler konstant at vi ikke gjør en god jobb»

– Ansatt på Skautun

«Lite fokus på at det må brukes mer ressurser på å øke grunnbemanning for å redusere arbeidsbelastningen»

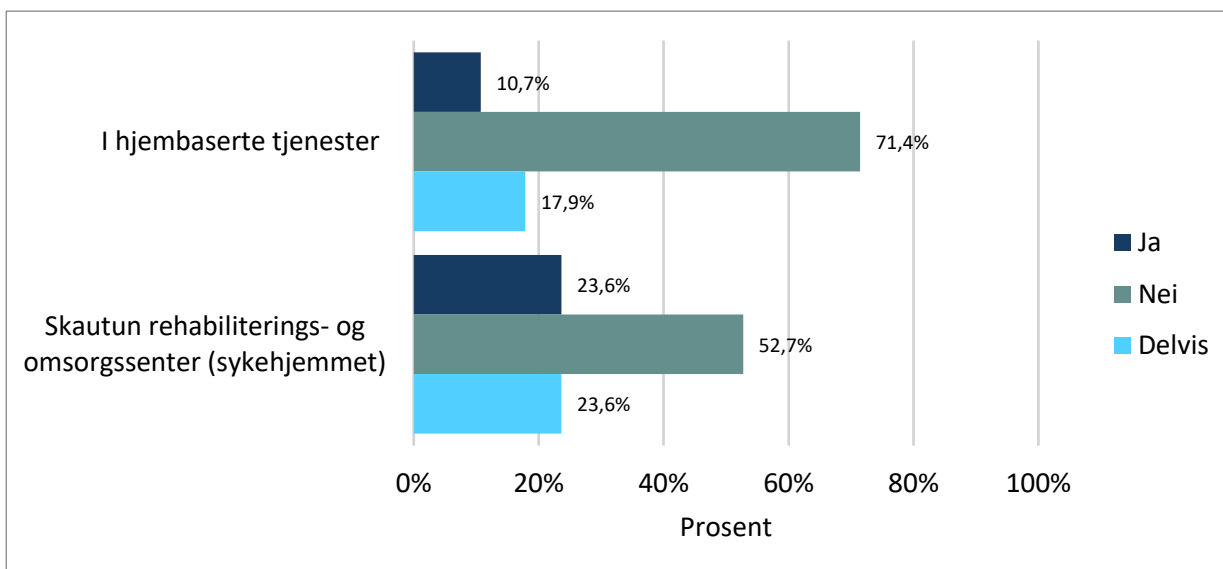
– Ansatt på Skautun

«Flere ansatte jobber dobbeltvakter, ekstravakter og mye overtid. (...) Opplever at det tar tid før det anskaffes flere personell i perioder der det er meget behov. En slik stressende arbeidshverdag er ikke forebyggende for sykefraværet»

– Ansatt i hjembaserte tjenester

I spørreundersøkelsen fremkommer det totalt 13 kommentarer på at det er for lav bemanning når det gjelder pleietyngde og arbeidsbelastning. 10 av disse kommentarene er fra respondenter på sykehjemmet. I en ROS-analyse fra Skautun, datert januar 2020, vurderes det som svært sannsynlig at arbeidsbelastningen over tid vil være en faktor som kan føre til fravær blant ansatte. Revisjonen har i denne forbindelse inkludert spørsmål i spørreundersøkelsen om hvorvidt de sykemeldtes sykefravær var arbeidsrelatert. Fordelingen er illustrert i figur 17:

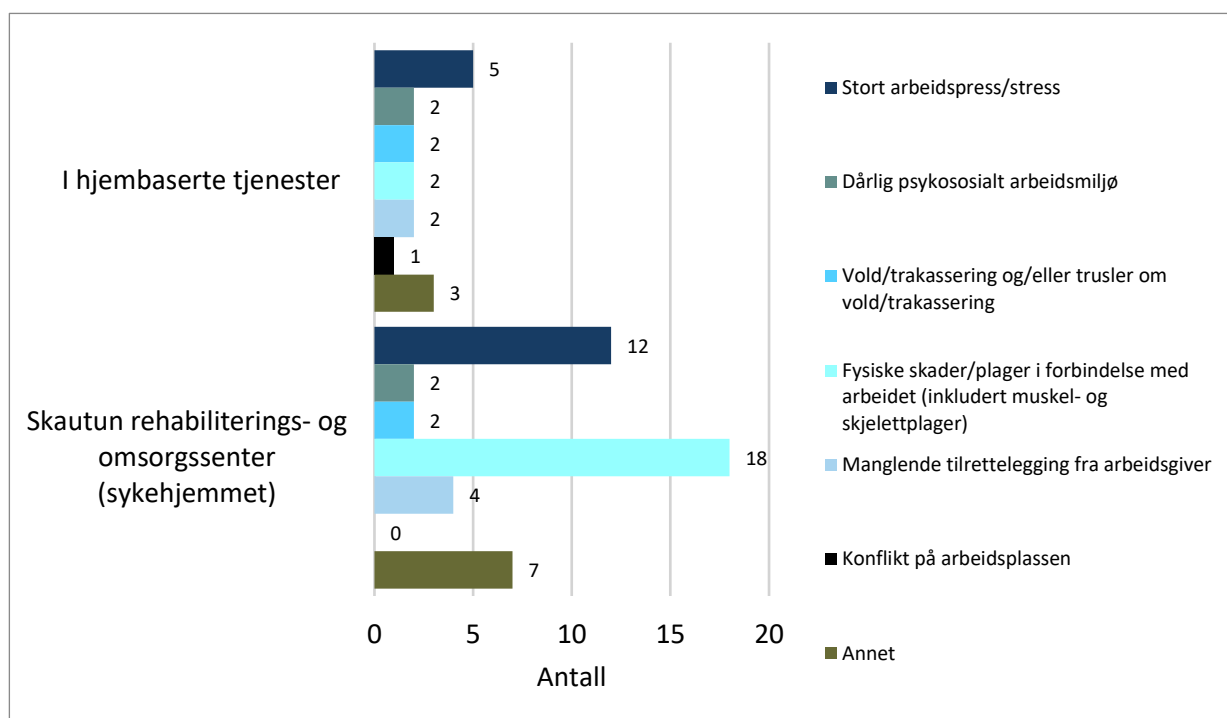
Figur 17: Om sykefraværet i 2018-2020 skyldes arbeidsrelaterte forhold – svar oppgitt i prosent. (N=28, N=55).



Mens det store flertallet av sykemeldingene i hjembaserte tjenester ikke skyldes arbeidsrelaterte forhold, gjelder tilsvarende for nesten halvparten av sykemeldingene på Skautun. Totalt oppga 34 av 83 respondenter at sykefraværet helt eller delvis var arbeidsrelatert. Av disse jobber 8 respondenter i hjembaserte tjenester, og 26 respondenter på Skautun. Disse 34 respondentene fikk mulighet til å presisere årsaken

til det arbeidsrelaterte fraværet nærmere ved å velge mellom flere svaralternativer. Det var mulig å velge flere årsaker. Svarene fremgår av oversikten i figur 18.

Figur 18: Hva skyldtes det arbeidsrelaterte fraværet? Svar oppgitt i antall. (N=8, N=26).



Fra oversikten kommer det frem at en stor overvekt av respondentene som var sykmeldt på grunn av arbeidsrelaterte forhold på Skautun oppga stort arbeidspress og fysiske belastninger som årsak. Et flertall oppga også stort arbeidspress som årsak i de hjembaserte tjenester, mens de andre årsakene har en jevn fordeling.

Fra sykehjemmet får vi opplyst at det allerede er gjort noen grep i forbindelse med bemanningssituasjonen. Etter det revisjonen har fått beskrevet som en kritisk bemanningssituasjon på den ene enheten i sommer, har sykehjemmet eksempelvis satt i gang en evaluering. Ytterligere – og mer etablerte – grep sykehjemmet har foretatt i 2020 er å styrke bemanningen på natt fra fire til fem ansatte, samt ansatt fagsykepleiere på alle enheter. Samtidig har de redusert antall pasienter fra 22 til 20 på korttidsenheten. Likevel opplyser seksjonsleder at de nok ligger i nedre sikt bemanningsmessig på langtidsenheten. Revisjonen har blitt fortalt at arbeidspresset på denne avdelingen er relativt konstant. Dette bekreftes av verneombud, som også forteller at det er et ønske fra personalgruppen at sykepleierne går på topp.³¹

Fra hjembaserte tjenester får revisjonen opplyst at det også her har blitt gjort grep. Eksempelvis har de et pågående prosjekt som omhandler drift av omsorgsbolig for å sikre forsvarlig drift og bemanning. I noen omsorgsboliger har de bemanning tett opp mot institusjon. De har også ansatt tre teamansvarlige sykepleiere³², og jobber med å rendyrke arbeidsoppgavene i de ulike faggruppene.

³¹ Dette vil si at sykepleierne går i tillegg til ordinær bemanning.

³² Dette er nyopprettede stillinger innenfor den ordinære bemanningen/årsverk-rammen for enhet omsorgsbolig.

Med unntak av den ene enheten på Skautun omtalt ovenfor, er tilbakemeldingene fra verneombudene på begge seksjoner at det som oftest er tilstrekkelig bemanning, men at arbeidsmengden varierer. Revisjonen får opplyst at det stort sett settes inn ekstra bemanning når det ytres behov for det. Samtidig påpeker enkelte ledere at de ansatte også er flinke til å opplyse om når situasjonen har roet seg og det ikke lenger er behov for den ekstra bemanningen.

Tilrettelegging og tiltak for å forebygge sykefravær

Tilrettelegging er et sentralt tiltak når det gjelder å redusere risiko for/forebygge sykefravær. I intervjuene med ledere blir det trukket fram flere eksempler på hvordan de kan tilrettelegge:

- På sykehjemmet og omsorgsboligene kan noen ansatte ha behov for tilrettelegging av turnus, for eksempel på grunn av helsemessige forhold eller hjemmesituasjon. I slike tilfeller kan en ansatt få tilrettelagt turnus ved å eksempelvis kun jobbe dagvakter i en periode.
- Et annet tilretteleggingstilbud kan være å bytte avdeling over en kortere eller lengre periode. Eksempelvis kan en ansatt som sliter med belastningsskader prøve seg ut i en avdeling med færre tunge løft.
- En leder forteller at hun også kan tilrettelegge i form av redusert arbeidstid hvis det melder seg behov for det. Denne lederen forteller at dette gjelder særlig for de som sliter psykisk, og at leder i slike tilfeller gir rom for å for eksempel gå hjem fra arbeid tidligere.
- Lederne forteller at det også er mulig å tilrettelegge selve arbeidsoppgavene, for eksempel at en ansatt fritas for oppgaver innen pleie over en periode. Lederne opplever imidlertid denne typen tilrettelegging som mer utfordrende, og at man ikke kan tilby slik tilrettelegging over lengre perioder eller for mange samtidig. Dette blir begrunnet i bemanningsfaktoren og merbelastning for de andre ansatte. Vi går nærmere inn på dette i kapittel 7 i denne rapporten.

De fleste lederne forteller at de prøver å ha en kultur hvor de ansatte skal ta kontakt med leder før en sykemelding for å avklare om det kan settes inn tilretteleggingstiltak for å unngå sykemeldingen. Enkelte ledere forteller at ansatte ikke alltid er like flinke til å snakke med leder om mulig tilrettelegging før en eventuell sykemelding. De mistenker også at mange av de ansatte går med «vondter» i lang tid før de går til legen.

Enhetslederne i hjembaserte tjenester opplever imidlertid at de ansatte i stor grad tar kontakt før en eventuell sykemelding. I forbindelse med dette fremhever en av lederne viktigheten av å være tett på slik at man kan oppfatte hva som rører seg blant de ansatte. Lederen påpeker at «*En må være tidlig på ballen (...)* Spørre om det går bra, invitere til samtaler. Får svar du ikke ville fått hvis du ikke hadde spurt». På denne måten kan tiltak settes inn tidlig der det er nødvendig for å hindre at situasjonen muligens forverrer seg.

Seksjonsleder i hjembaserte tjenester forteller at når de ansatte sier ifra i forkant har de klart å forebygge sykefraværet. Dette gjøres eksempelvis ved å tilrettelegge over en periode, eller at en i samarbeid med Bedriftshelsetjenesten (BHT) har hatt arbeidskartlegging individuelt. Fra hjembaserte tjenester får vi opplyst at BHT også har vært brukt til samtaleoppfølging rundt det å stå i jobben når hverdagen totalt sett blir for travel eller vanskelig. Samtidig er egen helse også et tema i samarbeidet med fysioterapeut og ergoterapeut. Seksjonsleder forteller at de jobber med å skape en kultur for å være åpne om sin egen helse, og identifisere hva en kan bli bedre på i hver enhet slik at en kan stå i arbeidshverdagen.

En felles utfordring for seksjonene som revisjonen ønsker å løfte fram, er forebygging av sykefravær blant gravide. Revisjonen får opplyst at det er høyt sykefravær ved svangerskap, og at det totalt sett er få som

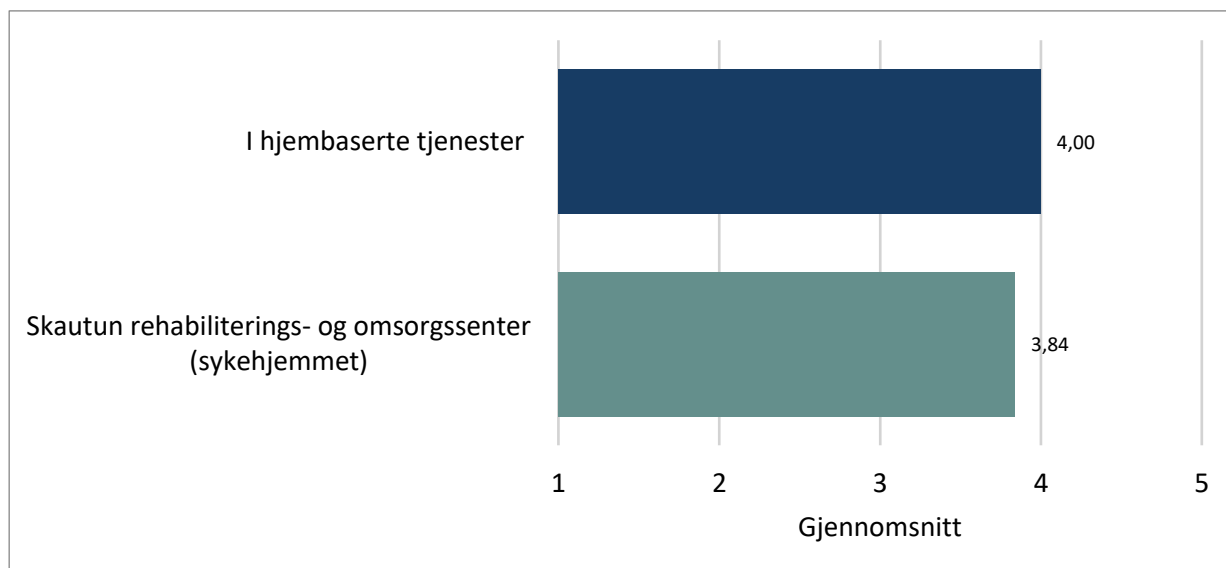
står i jobb ut hele perioden. Ledere forteller at de prøver å tilrettelegge gjennom at de skjermes fra de mest fysiske oppgavene, eller at de går færre dager ved en gradert sykemelding. Flere ledere erfarer imidlertid at gravide til tross for dette blir sykemeldt på et tidlig tidspunkt. Alle verneombudene knytter sykefraværet blant gravide til arbeidets fysiske karakter. Samtidig peker alle verneombud med unntak av ett på manglende tilrettelegging som en årsak til sykefraværet. Revisjonen har imidlertid i forbindelse med høringsrunden til denne rapporten fått opplyst at hjembaserte tjenester har en annen erfaring det siste året, og at gravide arbeidstakere i denne seksjonen i stor grad jobber ut hele perioden.

Kultur

De fleste lederne opplyser at de oppfordrer de ansatte til å komme på jobb selv om de er litt syke og ikke kan yte 100 prosent (ikke smittsom sykdom). Dette gjenspeiles også i spørreundersøkelsen, hvor ca. 98 prosent svarte at de kommer på jobb selv om de føler seg litt syke. Likevel forteller flere ledere fra sykehjemmet om en tendens hvor de ansatte ikke ønsker å komme på jobb dersom de ikke kan yte 100 prosent. Vi får opplyst at dette trolig kommer av at en ikke ønsker å være en belastning for andre kolleger, som da vil få en større arbeidsbelastning. Samtidig har vi fått signaler på at dette også henger sammen med bemanningsfaktoren. Et verneombud forteller at etter at grep ble tatt for å styrke bemanningen, ble det samtidig lettere for ansatte å komme på jobb selv om man ikke kunne yte 100 prosent.

Vi har undersøkt denne tematikken nærmere i spørreundersøkelsen, hvor vi ba respondentene ta stilling til to påstander som omhandlet hvorvidt kollegene ville være støttende eller ikke dersom man kom på jobb og ikke kunne yte 100 prosent.

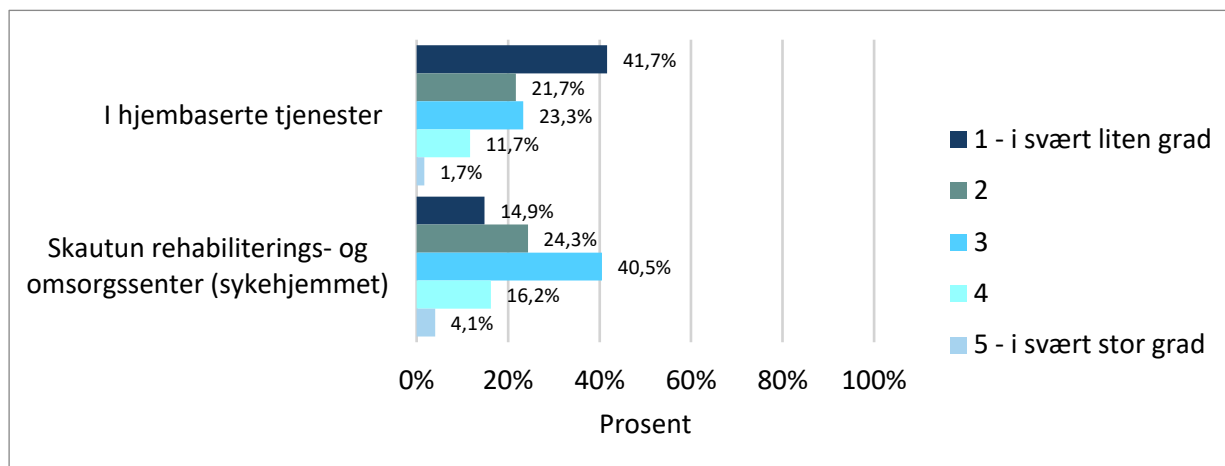
Figur 19: Du møter på jobb selv om du er dårlig i formen og ikke kan yte 100 prosent. Kollegene dine får derfor ekstra arbeidsoppgaver. Ta stilling til følgende: Kollegene mine vil være støttende og forståelsesfulle (Skala fra 1 til 5, der 5 er best. N=61, N=75). Svar oppgitt i gjennomsnitt.



Grafen viser at respondentene i begge seksjonene i stor grad opplever kollegene som støttende i en slik situasjon. Gjennomsnittet er på henholdsvis 4 og 3,84 på hjembaserte tjenester og Skautun, og fordelingen er relativt jevn på middels, stor og svært stor grad. Selv om forskjellen er liten, kan resultatene

indikere at respondentene i hjembaserte tjenester i litt større grad enn Skautun mener kollegene er støttende i en slik situasjon. Dette samsvarer også med grafen i figur 20. På grunn av stor spredning mellom de ulike svarkategoriene, velger vi å inkludere hele prosentfordelingen i figuren.

Figur 20: Du møter på jobb selv om du er dårlig i formen og ikke kan yte 100 prosent. Kollegene dine får derfor ekstra arbeidsoppgaver. Ta stilling til følgende: Dette vil føre til misnøye og/eller irritasjon blant kollegene mine. Svar oppgitt i prosent. (N=60, N=74).



På dette spørsmålet er det en betydelig spredning, og relativt store forskjeller mellom seksjonene. Dette gjenspeiles også i gjennomsnittene: mens gjennomsnittet for hjembaserte tjenester er 2,1, er gjennomsnittet for Skautun 2,7. Ut fra svarfordelingen i figur 20, kan det indikere at man opplever kollegene som noe mer støttende i hjembaserte tjenester enn på Skautun.

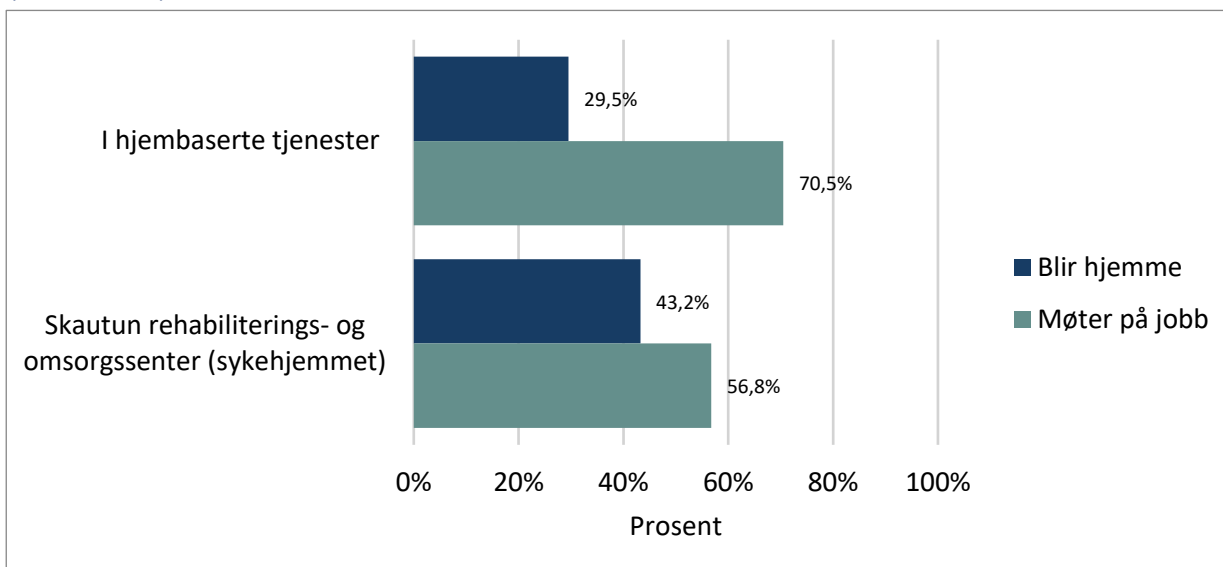
Alle ledere vi har intervjuet forteller at de ønsker en nærværskultur hvor de ansatte tenker at det er bedre å komme på jobb og yte *noe*, heller enn å ikke komme i det hele tatt. Nesten samtlige ledere forteller imidlertid at de trolig ikke har tilstrekkelig fokus på nærvær. Noen ledere forteller at de har intensjoner om å ta opp temaet på for eksempel personalmøter og lignende, men på grunn av generelt stort arbeidspress blant både ledere og ansatte blir det som regel ikke satt av tid til dette.

For å få bedre innsikt i nærværskulturen inkluderte vi flere holdningsspørsmål i spørreundersøkelsen. I figur 21 på neste side måtte respondentene ta stilling til om de ble hjemme eller kom på jobb dersom de ble friske under en sykemelding. Vi vet imidlertid ikke noe om grunnene til at folk velger å bli hjemme heller enn å komme på jobb i en slik situasjon. Grafen viser likevel en relativt stor forskjell mellom seksjonene. Hvor 70,5 prosent av respondentene i hjembaserte tjenester i denne situasjonen hadde valgt å komme på jobb, hadde 56,8 prosent på Skautun valgt det samme:

Av alle lederne vi har intervjuet er det særlig én, tilhørende hjembaserte tjenester, som opplever å ha lykket med å skape en nærværskultur hvor de ansatte strekker seg langt for å være til stede – også om de ikke føler seg helt i form. Leder mener mye av nøkkelen handler om god kartlegging av sykefraværet, kreative løsninger, støttende kolleger som hjelper til, samt god dialog mellom leder og ansatte. Ved bruk av disse verktøyene forteller leder at det også har vært tilfeller hvor ansatte med en 100 prosent sykemelding har klart å komme på jobb. Samtidig er det kommunisert klart og tydelig ut at det er bedre å komme på jobb og yte *noe*, heller enn å ikke komme i det hele tatt. Leder påpeker imidlertid at dette er et arbeid som må drives kontinuerlig, og at det ikke alltid har blitt tatt godt imot blant de ansatte. Leder forteller at enkelte ansatte gjerne har følt seg misoppfattet og gått i forsvar. Dette har imidlertid løst seg

gjennom dialog og en felles forståelse om at leders intensjon ikke er å tvile på årsakene til fraværet, men heller ønsker å finne ut hva som skal til for å komme på jobb – til tross for helseplager.

Figur 21: Du føler deg frisk noen dager før sykemeldingen går ut. Hva gjør du? Svar oppgitt i prosent. (N=61, N=74).



Tiltak på overordnet nivå knyttet til sykefravær

I begynnelsen av 2019 startet Rakkestad kommune i samarbeid med NAV opp en ny virksomhetsorganisering etter «NED-prosjektet»³³ sitt utgangspunkt. Denne virksomhetsorganiseringen innebærer at kommunen forholder seg til en og samme saksbehandler hos NAV for alle sykmeldte arbeidstakere, uavhengig av disses bostedskommune. Revisjonen får opplyst at kommunen så langt ikke har oppnådd merkbare resultater av den nye organiseringen. Flere ledere påpeker imidlertid at NAV har blitt mer tilgjengelig og at det er «kort vei», samtidig som det er lav terskel for å diskutere saker, tilretteleggingsmuligheter og tilskudd.

Ifølge Rakkestad kommunes sykefraværstrutiner skal det hver måned gjennomføres koordineringsmøte for gjennomgang av alle sykefraværssaker i hver seksjon. Her skal aktuelle enhetsledere, samt IA-rådgiver fra NAV Arbeidslivssenter delta. Fra seksjonene får vi opplyst at også saksbehandler fra NAV lokalt har deltatt på disse møtene. Fra sykehjemmet blir vi fortalt at disse møtene ikke har fungert helt etter intensjonen, blant annet på grunn av tidvis store opphold (av ulike årsaker).

Samtidig får revisjonen opplyst at Skautun har nedsatt en arbeidsgruppe med enhetsledere, tillitsvalgte, verneombud, samt IA-rådgiver og lokal NAV-rådgiver. Denne gruppen har som hensikt å kartlegge sykefraværet og undersøke mulige tiltak for å redusere det. Prosjektet startet opp i slutten av 2019, og siste møte var januar 2020. På grunn av Covid-19 ble prosjektet satt på vent, men revisjonen har fått opplyst at neste møte er fastsatt til 27.10.2020. Det ble avholdt et forberedende møte 09.10.2020 hvor det ble

³³ Tanken bak den nye virksomhetsorganiseringen med én NAV-kontakt for alle sykmeldte i kommunen er at NAV-kontakten vil få førstehåndskunnskap om virksomheten. På den måten kan man lettere få oversikt over hva sykefraværet består av, og på den måten få et bedre grep om hvilke tiltak som er riktige å sette inn (Ramsdal, H., m.fl. 2018. *Tidlig ute og tett på*).

utformet et arbeidsdokument med handlingsplan. Et av tiltakene som er satt opp er at det skal settes opp faste dager hvor IA-rådgiver skal delta på samtalene mellom ansatt og leder. Målet med dette er at IA-rådgiver i tillegg til å styrke innsatsen mot den enkelte, også kan bidra med å fange opp signaler på tvers av enheter.

6.3.3 Revisors vurderinger

Systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid

Rakkestad kommune har et overordnet internkontrollsystem for kommunen som setter rammer og krav til underliggende seksjoner og enheter. Gjennomgangen vår har avdekket at det på seksjonsnivå og enhetsnivå ikke er et tilstrekkelig HMS-system. Det mangler etter revisjonens vurdering en tilstrekkelig risikovurdering knyttet til fysiske og psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet. Dette gjelder for eksempel knyttet til vold og trusler, seksuell trakassering, ergonomi og stress. Skautun har kommet lenger i arbeidet med risikokartlegging enn seksjon hjembaserte tjenester. Det er i liten grad utarbeidet skriftlige rutiner for eksempel i form av prosedyrer, instruksjoner og andre tiltak som skal bidra til å redusere risikoforholdene i enhetene.

Gjennomgangen vår avdekker at medarbeidersamtaler ikke blir utført systematisk, og ved én enhet er det ikke gjennomført medarbeidersamtaler på tre til fire år. Dette vurderer revisjonen som uheldig. Medarbeidersamtaler er et sentralt element i det systematiske HMS-arbeidet, og er et viktig verktøy for å få innsikt i de ansattes eventuelle behov for kompetanseutvikling og eventuelle utfordringer. Slike samtaler kan også føre til at de ansatte føler seg sett og hørt, og samtidig danne grunnlag til å forbedre virksomheten.

Arbeidsmiljø

Statens arbeidsmiljøinstitutt har anslått at nærmere 40 prosent av det legemeldte sykefraværet er forårsaket av helseplager som helt eller delvis skyldes jobben slik ansatte selv rapporterer det³⁴. Spørreundersøkelsen revisjonen har utført viser at 28,6 prosent av respondentene i hjembaserte tjenester som oppga å ha vært sykemeldt mente at fraværet helt eller delvis skyldtes arbeidsrelaterte forhold. Tilsvarende svarte 47,3 prosent det samme på Skautun. Revisjonen vurderer det som uheldig at mange blir sykemeldte på grunn av forhold som er arbeidsrelatert. Både ledere og verneombud rapporterer om god trivsel, men resultatene fra spørreundersøkelsen viser at begge seksjonene kan bli bedre på å arbeide aktivt med det fysiske og psykososiale arbeidsmiljøet.

Fra forskningen vet vi at ergonomiske tiltak, fysioterapi og hjelpemidler har positiv effekt på sykefraværet³⁵. Gjennomgangen viser at det er et høyt fokus på å ha hjelpemidler tilgjengelig for de ansatte på Skautun og hjembaserte tjenester. I intervjuene blir revisjonen imidlertid opplyst om at de ansatte ikke alltid er like gode på å bruke de hjelpemidlene som er tilgjengelige, blant annet på grunn av tidspress. Samtidig viser gjennomgangen at en stor andel av de sykemeldte oppgir fysiske skader i forbindelse med arbeidet som årsak. Revisjonen vurderer det som viktig at alle ansatte bruker tilgjengelige hjelpemidler, men understreker samtidig at det er et ledelsesansvar å organisere tjenesten slik at ansatte opplever at de har tid til å benytte seg av hjelpemidlene.

³⁴ Aagestad, C. m.fl. 2015. *Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2015. Status og utviklingstrekk*. Oslo: Stami.

³⁵ Lien, L. 2013. «Saman om» sykefravær – en kunnskapsstatus. Fafo-notat.

I AMUs HMS-rapporter fra 2019 og 2020 rapporteres det om høyt arbeidspress i begge seksjonene. Dette illustreres ytterligere gjennom kommentarer i spørreundersøkelsen, samt at en høy andel av de sykemeldte oppgir høyt arbeidspress/stress som årsak til sykefraværet. Fra medarbeiderundersøkelsen i 2018 skåret også begge seksjonene relativt lav på indikatoren «tilstrekkelig tid til å gjøre en god jobb». Metastudien til Lien (2013)³⁶ viser at det er en sammenheng mellom sykefravær og opplevelse av stress. Sjansen for (en virksomhets) langtidsfriskhet øker hvis tidspresset i arbeidet ikke er for høyt, og hvis man opplever å være fornøyd med kvaliteten i det arbeidet man utfører. Dette gjelder særlig for kvinner.

Revisjonen vurderer det som positivt at seksjonene allerede har gjort noen grep i løpet av 2020 for å styrke bemanningen i de fleste enhetene. Samtidig leies det inn vikarer i spesielt krevende perioder. Dette er et viktig tiltak for å forebygge merbelastning og dermed sykefravær blant ansatte – dog kostbart. Revisjonen ønsker i denne sammenheng å gjøre kommunen oppmerksom på funnene i Fafo-rapporten fra 2018³⁷. Forskerne fant at sykefraværet som ofte forklares med stress på grunn av dårlig bemanning, også kunne forklares på andre måter. Eksempelvis sammensetningen av personalet, at virksomheten mangler tydelig rolle- og oppgavefordeling og en klar prioritering av arbeidsoppgaver, og en ledelse som er utydelig i sin ledelsesutøvelse og som ikke tar tak i slike forhold. Informantene i studien mente at når slike faktorer tas tak i, skaper det større forutsigbarhet, effektivitet, produktivitet og også ro i arbeidshverdagen, noe som ser ut til å dempe opplevelsen av stress – og dermed opplevelsen av underbemanning. Uavhengig av dette er det uansett viktig å ha forståelse og møte de ansatte på at arbeidsmengden noen ganger kan toppe seg.

Nesten samtlige verneombud mener at bemanningen som oftest er tilstrekkelig, men påpeker samtidig at arbeidsmengden varierer mye. Fafo-forskerne Lien og Bogen³⁸ understreker at smart og god bruk av de menneskelige ressursene åpner for bedre tjenester og mer effektiv drift. Dette oppnås eksempelvis ved jobbing på tvers av avdelinger for å utjevne arbeidsbyrder. Motvilje og utrygghet her møtes med opplæring og ensartede arbeidsrutiner for å skape mindre barrierer for å jobbe på tvers.

Tilrettelegging og tiltak for å forebygge sykefravær

Flere ledere forteller at selv om de prøver å ha en kultur for at ansatte skal komme til dem *før* en sykemelding, er det likevel flere som ikke gjør dette. Særlig én leder ser imidlertid ut til å ha implementert en kultur for dette, noe som gir gode forutsetninger for å iverksette tiltak og tilrettelegging på et tidlig tidspunkt. Videre opplever seksjonene utfordringer med at gravide blir sykemeldt på et tidlig tidspunkt. Helse- og omsorgstjenester er dominert av kvinnelig arbeidskraft, og forekomsten av graviditet vil være hyppigere enn i andre yrker med jevnere kjønnsfordeling. I noen tilfeller vil det naturligvis være reelle medisinske årsaker til fraværet. Samtidig vil det være individuelle forskjeller mellom enhetene, avhengig av arbeidets karakter og alder på personalgruppen.

I Fafo-rapportene blir etableringen av en kultur for at ansatte kommer til leder før sykemelding, for å avklare om det kan settes inn tilretteleggingstiltak pekt på som et av suksesskriteriene for vedvarende lavt sykefravær. Det kommer fram at virksomhetene i studien kartlegger sykefraværet og årsakene til dette bedre enn tidligere. Lederne tydeliggjør viktigheten av å være tilgjengelige og nærme de ansatte i hverdagen. Dette gir lederne verdifull informasjon om det som skjer i avdelingen, noe som også muliggjør rask inngripen ved eventuelle gnisninger i organisasjonen. På bakgrunn av denne kartleggingen kan de

³⁶ Lien, L. 2013. «Saman om» sykefravær – en kunnskapsstatus. Fafo-notat.

³⁷ Lien, L og Bogen, H. 2018. *Sykefravær i private og kommunale sykehjem og renholdsvirksomheter*. Fafo-rapport.

³⁸ <https://www.kommunal-rapport.no/kronikk/sykefravaer-og-toffe-ledere/113008/>.

tilby ulike typer av tilrettelegging som er tilpasset den enkeltes behov. Revisjonen vurderer at dersom kommunen kartlegger sykefraværet i større grad, vil dette bidra til et bedre kunnskapsgrunnlag for hvordan kommunen som arbeidsgiver skal kunne oppfylle sin tilretteleggingsplikt på en best mulig og treffsikker måte.

Kultur

Spørreundersøkelsen viser at seksjonene kan ha et forbedringspotensial når det kommer til nærværsarbeid og kultur. Her viser resultatene at særlig Skautun kan ha et stort handlingsrom, ved at nesten halvparten av respondentene oppga at de hadde valgt å bli hjemme selv om de blir friske under en sykemelding. Det kan selvfølgelig være legitime begrunnelser for hvorfor en velger å bli hjemme selv om en blir frisk.

Resultatene fra spørreundersøkelsen indikerer at hjembaserte tjenester i større grad enn Skautun har klart å implementere en nærværskultur. Intervjuene viser videre at kun én av fem enhetsledere opplever å ha implementert en kultur for nærvær og tilstedeværelse. Samtidig fremgår det av spørreundersøkelsen at mens flertallet i hjembaserte tjenester mente at det å komme på jobb og ikke kunne yte 100 prosent i svært liten grad ville føre til misnøye eller irritasjon blant kolleger, mente flertallet på Skautun at dette i middels grad ville føre til misnøye. Skautun kan ha god nytte av å i større grad etablere en nærværskultur, for på denne måten å senke terskelen for å komme på jobb selv om man ikke kan yte 100 prosent.

Revisjonen vurderer at mange ledere gjør en god jobb for å forebygge sykefravær gjennom fokus på hjelpemidler og tilbud om tilrettelegging, men ser samtidig at begge seksjonene kan arbeide mer systematisk med HMS-arbeid, forebygging av sykefravær og fokus på nærvær. Forebygging av sykefravær er et tidkrevende arbeid som først gir utslag og positive effekter etter systematisk arbeid over tid. I en hektisk arbeidshverdag er det lett å prioritere andre arbeidsoppgaver.

God ledelse er av stor betydning både når det gjelder forebygging og oppfølging av sykefravær, og kommunen bør derfor sikre at alle ledere har tilstrekkelig kunnskap om hvilke faktorer som bidrar til å fremme nærvær på arbeidsplassen.

6.4 Revisors konklusjon og anbefalinger

Revisjonens funn og vurderinger viser at Rakkestad kommune har et overordnet internkontrollsystem for kommunen som setter rammer og krav til underliggende seksjoner og enheter. Våre undersøkelser har imidlertid også avdekket at de hjembaserte tjenestene og Skautun rehabiliterings- og omsorgssenter ikke har et tilfredsstillende HMS-system, og at medarbeidersamtaler ikke blir utført systematisk.

Revisjonen vurderer det som uheldig at flere ansatte oppgir å ha vært/er sykemeldte på grunn av arbeidsrelaterte forhold. Det rapporteres om et godt arbeidsmiljø, men resultatene fra undersøkelsen viser at begge seksjonene kan bli bedre på å arbeide aktivt med det fysiske og psykososiale arbeidsmiljøet for å forebygge sykefravær. Det er høyt fokus på å ha hjelpemidler, men de blir ikke alltid benyttet på grunn av tidspress. Det rapporteres om høyt arbeidspress i begge seksjonene i perioder, og det er gjort noen grep for å styrke bemanningen. Sjansen for langtidsfriskhet øker hvis tidspresset i arbeidet ikke er for høyt, og hvis man opplever å være fornøyd med kvaliteten i det arbeidet man utfører.

Med bakgrunn i våre funn og vurderinger anbefaler revisjonen kommunen om å:

- Utarbeide et HMS-system tilpasset seksjonenes og enhetenes aktiviteter og risiko.
- Sikre at HMS-tiltak nedfelt i kommunens internkontroll for HMS følges opp i praksis.

- Kartlegge sykefraværet i større grad, slik at kommunen får et bedre kunnskapsgrunnlag for å drive forebyggingsarbeid på en mer treffsikker måte.
- Vurdere ytterligere tiltak for å legge til rette for et godt fysisk og psykososialt arbeidsmiljø med mål om å styrke nærværskultur og det forebyggende sykefraværsarbeidet.

7 Oppfølging av sykemeldte

Problemstilling 4: I hvilken grad følges sykemeldte, i de hjembaserte tjenestene og ved Skautun rehabiliterings- og omsorgssenter, opp i henhold til lovverk og avtaleverk?

7.1 Revisjonskriterier

I arbeidsmiljøloven § 4-6 fremkommer det hvilke momenter sykefraværsoppfølgingen skal inneholde. Der som en arbeidstaker blir sykemeldt, skal arbeidsgiver i samråd med arbeidstaker utarbeide en oppfølgingsplan for tilbakeføring til arbeid – med mindre dette er åpenbart unødvendig. Hensikten med oppfølgingsplanen er blant annet å komme raskt i dialog og vurdere tiltak og muligheter for å komme tilbake i arbeid. Arbeidet med oppfølgingsplan skal starte så tidlig som mulig, og planen skal være utarbeidet senest når arbeidstaker har vært helt eller delvis borte fra arbeidet i fire uker. Oppfølgingsplanen skal inneholde en vurdering av arbeidstakers arbeidsoppgaver og arbeidsevne, samt aktuelle tiltak og plan for videre oppfølging.

Videre skal arbeidsgiver innkalle arbeidstaker til dialogmøte senest innen 7 uker. Hensikten med dialogmøtet er å kartlegge hva som skal til for å hindre at sykefraværet blir unødige langvarig. Innen 8 uker skal arbeidstakeren under visse forhold prøve seg i arbeidsrelatert aktivitet, for eksempel gjennom en gradert sykemelding. NAV skal innkalle til dialogmøte nr. 2 innen 26 uker. Dialogmøte 3 skal avholdes ved behov. Rakkestad kommune har utarbeidet retningslinjer for oppfølging av sykefravær, og i den fremkommer det at leder og arbeidstaker skal gjennomføre regelmessige oppfølgingssamtaler i sykefraværperioden, også utenom de obligatoriske samtalene. Ved egenmelding skal blant annet leder ta kontakt med arbeidstaker senest innen 4 dager.

I retningslinjene står det at sykemeldt arbeidstaker skal inkluderes i miljøet ved å tilbys å delta i personalmøter, kurs- og opplæringsaktiviteter, sosiale arrangementer, få tilsendt post mv.

Ytterligere har arbeidsgiver en særskilt plikt til, så langt det er mulig, å tilrettelegge for arbeidstakere med redusert arbeidsevne. Dette gjelder både ved varig redusert arbeidsevne og ved kortere sykefravær. Hvis en arbeidstaker har fått redusert arbeidsevne som følge av ulykke, sykdom, slitasje e.l., skal arbeidsgiver, så langt det er mulig, iverksette nødvendige tiltak for at arbeidstaker skal kunne beholde eller få et passende arbeid (arbeidsmiljøloven § 4-6 (1).)

Revisjonen har utledet følgende revisjonskriterier:

- **Sykemeldte skal følges opp i tråd med lovverket og kommunens retningslinjer for oppfølging av sykefravær.**

Operasjonalisering av revisjonskriteriet fremkommer i vedlegg 4.

7.2 Revisors undersøkelse

7.2.1 Sykmeldte skal følges opp i tråd med lovverket og kommunens retningslinjer for oppfølging av sykefravær.

Rutine for oppfølging av sykefravær

Rakkestad kommune har utarbeidet en egen rutine for oppfølging av sykefravær. Denne ble sist oppdatert februar 2019. Det er enhetsleder/avdelingsleder som har ansvaret for oppfølgingen av den sykmeldte. Hensikten med rutinen er å sikre kommunikasjon mellom arbeidstaker og ansvarlig leder i fraværsperioden for på den måten å forebygge og redusere sykefravær, hindre frafall fra arbeidslivet, samt bedre helse, trivsel og arbeidsmiljø.

I spørreundersøkelsen ble alle respondenter spurt om de var kjent med kommunens rutine for sykefravær. Med et gjennomsnittet på 3,3 viser resultatene at respondentene i middels grad er kjent med kommunens rutine for oppfølging av sykefravær. Gjennomsnittet er forholdsvis likt på både Skautun og i hjembaserte tjenester.

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser samtidig at alle seks ledere som har besvart er godt kjent med de pliktene de har ved oppfølging av sykemeldte. De opplever at kommunens rutine for sykefraværsoppfølging er et nyttig hjelpemiddel i oppfølgingsarbeidet. På spørsmålet om hvorvidt de faktisk benytter seg av rutinen ligger snittet på 4. Her er det imidlertid noe mer variasjon, hvor én leder blant annet svarer at han/hun i liten grad benytter seg av rutinen.

Sykefraværsoppfølgingen i praksis

For å få innsikt i sykefraværsoppfølgingen har revisjonen foretatt en mappegjennomgang av et utvalg på 8 langtidssykemeldte, samt intervjuet ledere og verneombud. Samtidig har vi lagt vekt på å få frem de ansattes egen oppfatning av kvaliteten på den oppfølgingen de har mottatt under eget fravær. I revisjonens spørreundersøkelse ble alle respondentene spurt om de hadde vært sykemeldt (legemeldt) de siste tre årene (2018-2020³⁹). De som svarte ja på spørsmålet (83 respondenter) fikk svare på ytterlige spørsmål om sin egen sykemeldingsperiode. Her er det imidlertid store forskjeller mellom seksjonene. Der hvor 71,4 prosent⁴⁰ av respondentene på Skautun har vært sykemeldt i løpet av perioden, ligger prosentandelen i samme periode blant respondentene i hjembaserte tjenester på 46,7 prosent⁴¹. Det er derfor et betydelig mindre antall fra hjembaserte tjenester enn Skautun som har besvart tilleggs spørsmålene om sykefraværet sitt.

Første kontakt

Fra kommunens rutine for sykefraværsoppfølging skal arbeidstaker gi beskjed om fravær til leder tidligst mulig første fraværsdag. Videre skal leder ta kontakt med arbeidstaker senest innen fire dager i egenmeldingsperioden. Flere ledere forteller at de stiller fritiden til disposisjon ved at ansatte oppfordres til å ringe også når leder i utgangspunktet har fri. Dette er for å sikre at informasjonen når leder på tidligst mulig tidspunkt. Flere ledere oppfordrer også de sykmeldte til å komme innom samme dag for en prat, og at de

³⁹ Ekskludert korona-relatert fravær.

⁴⁰ N = 55.

⁴¹ N = 28.

i denne første samtalen forsøker å kartlegge om det er noe den ansatte kan gjøre på arbeidsplassen til tross for opplevde helseplager, samt avtale videre oppfølging. Det skal imidlertid nevnes at det i saks-mappene revisjonen har mottatt ikke foreligger dokumentasjon på hva som kommer frem i denne samtalen.

Oppfølgingsplan og dialogmøte

Arbeidsgiver skal i samarbeid med den sykmeldte ansatte utarbeide en oppfølgingsplan for tilbakeføring til arbeid, med mindre dette er åpenbart unødvendig. Arbeidet med oppfølgingsplanen skal starte så tidlig som mulig, og planen skal være utarbeidet innen fire uker. Oppfølgingsplanen er et lovpålagt verktøy i sykefraværsoppfølgingen og alle lederne virker å være godt kjent med dette. Planen skal blant annet inneholde følgende: vurdering av arbeidsoppgaver og arbeidsevne, aktuelle tiltak og/eller tilrettelegging, samt plan for videre oppfølging, jf. arbeidsmiljøloven § 4-6 (3).

Revisjonens gjennomgang av saks-mappene viser at ingen av oppfølgingsplanene som ble sendt inn overholdt fristen på fire uker. I tre av sakene foreligger det heller ingen oppfølgingsplan fra sykemeldingsperioden revisjonen hadde etterspurt, uten at det er dokumentert at dette skyldes at det var «åpenbart unødvendig» å utarbeide en slik plan. Videre ser vi også at det er varierende kvalitet på planene som lages og det er ulikt hvor mye informasjon som fremkommer. Samtidig viser gjennomgangen at det ikke i noen av sakene ble gjennomført dialogmøte innen syv uker. Det fremkommer heller ikke her dokumentasjon på at dette skyldes at det var «åpenbart unødvendig».

Revisjonen har også gjennom spørreundersøkelsen kontrollert om respondentene har mottatt oppfølging i tråd med oppfølgingspunktene i sykefraværsrutinen. Vi har plukket ut oppfølgingsplan innen fire uker og dialogmøte innen syv uker som kontaktpunkter. For å få med begge kontaktpunktene tar vi utgangspunkt i respondentene som har oppgitt å ha vært sykmeldt i åtte uker eller mer. Sammenstillingen fremgår av tabell 4.

Tabell 4: Ble ett eller flere av følgende tiltak gjennomført da du var syk? (ved flere sykemeldingsperioder kan du ta utgangspunkt i den som varte lengst). Svar oppgitt i antall. (N=19, N=12)

	Individuell oppfølgingsplan innen fire uker	Dialogmøte innen syv uker	Totalt
Skautun	6	9	19
Hjembaserte tjenester	5	6	12

Av respondentene som oppga å ha vært sykmeldt i 8 uker eller mer oppga totalt 6 av 19 respondenter fra Skautun og 5 av 12 respondenter i hjembaserte tjenester å ha utarbeidet oppfølgingsplan innen fire uker. Videre oppga ca. halvparten i begge seksjonene å ha gjennomført dialogmøte innen syv uker. Revisjonen tar imidlertid forbehold om at de ovennevnte tallene kan ha varierende gyldighet. Det lar seg ikke alltid gjøre å avholde første dialogmøte innen fristen, eksempelvis på grunn av alvorlig sykdom, og det er ikke alltid hensiktsmessig å holde dialogmøtet eller lage oppfølgingsplan hvis den sykmeldte skal vende tilbake i jobb kort tid etter. Revisjonen har heller ikke kontrollert for graderte sykemeldinger, som også kan være grunn til å unnta sykmeldte fra enkelte av disse oppfølgingspunktene.

Ytterligere oppfølging

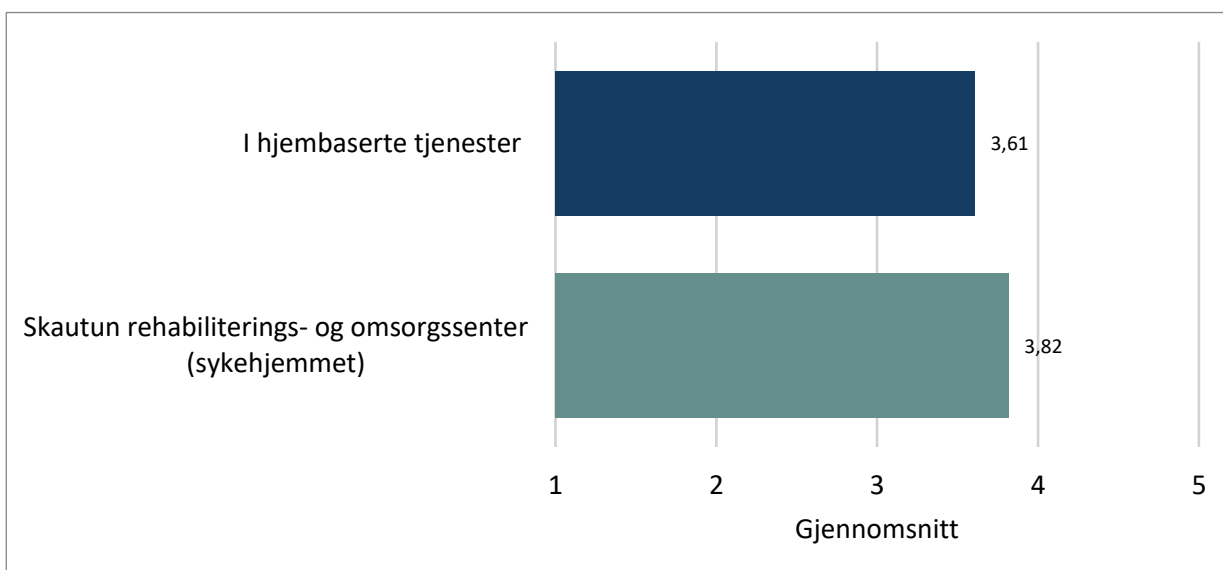
Det fremgår av kommunens rutine for sykefraværsoppfølging at foruten de obligatoriske samtalene, skal leder og arbeidstaker gjennomføre regelmessige oppfølgingssamtaler under hele sykefraværsperioden. Samtidig skal arbeidstaker i hele fraværsperioden inkluderes i miljøet ved å tilbys og delta på personalmøter, kurs- og opplæringsaktiviteter, sosiale arrangementer mv.

De fleste lederne forteller at de har en lav terskel for å ta kontakt med de sykemeldte. Det påpekes imidlertid at hyppigheten på oppfølgingen er avhengig av den ansattes sykdomsbilde, behov, samt lengde på sykemeldingen. Lederne forteller at den videre oppfølgingen etter første kontakt avtales i samråd med den sykemeldte. Arbeidsgiver har ikke krav på å få vite hva som er bakgrunnen for sykefraværet, men de fleste lederne oppgir at de i stor grad har oversikten over årsakene. Flere ledere påpeker viktigheten av å ha en tett oppfølging med jevnlig samtaler, både via telefon og ved at den ansatte kommer innom arbeidsplassen. Denne kontakten åpner for dialog om muligheter for tilrettelegging, og leder får anledning til å kontinuerlig kartlegge hvorvidt det er arbeidsoppgaver den ansatte kan gjøre til tross for helsesituasjon. Flere ledere forteller at de også inviterer sykemeldte til lunsj eller andre sosiale sammenkomster slik at de skal føle seg inkludert på arbeidsplassen under sykefraværsperioden. Verneombudene bekrefter dette.

Noen av lederne vi har intervjuet forteller imidlertid at de ikke alltid får dokumentert all sykefraværsoppfølgingen. Ved kun å gjennomgå den sykemeldtes saksmappe kan det derfor være vanskelig å få inntrykk av hvor tett oppfølging den ansatte har fått i sykefraværsperioden.

I spørreundersøkelsen har vi imidlertid spurt respondentene som oppga å ha vært sykemeldt om i hvilken grad de opplevde at de ble fulgt opp på en god måte. Resultatene fremgår av figur 22. Flertallet av respondentene, herav 63,7 prosent på Skautun og 57,1 prosent i hjembaserte tjenester, oppga at de i stor eller svært stor grad opplevde å ha blitt fulgt opp på en god måte. Samtidig var det 12,8 prosent av respondentene på Skautun og 21,4 prosent av respondentene i hjembaserte tjenester som oppga at de i liten eller svært liten grad opplever å ha blitt fulgt opp på en god måte. Prosentandelen på middels grad er på ca. 25 prosent i begge seksjoner.

Figur 22: I hvilken grad opplevde du at din nærmeste leder fulgte opp ditt sykefravær på en god måte? – svar oppgitt i gjennomsnitt. (Skala fra 1 til 5, der 5 er best. N=28, N=55).



Resultatene fra spørreundersøkelsen kan indikere at respondentene fra Skautun i en noe større grad har opplevd å bli fulgt opp på en god måte, sammenlignet med respondentene i hjembaserte tjenester. Revisjonen ser imidlertid forskjeller mellom enhetene i hjembaserte tjenester i relasjon til dette. I de to enhetene med flest antall respondenter⁴² rapporterer henholdsvis 66,7 prosent og 53,9 prosent at de i stor eller svært stor grad opplevde å ha blitt fulgt opp på en god måte.

Samtidig ønsker revisjonen å påpeke at respondentene her rapporterer på sin egen *subjektive opplevelse* av hva de selv mener er god oppfølging, og ulike respondenter kan ha ulike forventninger til hva som inngår i «god oppfølging».

Spørsmålet om man opplever å ha fått god oppfølging kan gjerne ses i sammenheng med spørsmålet om hvorvidt man hadde regelmessig kontakt med leder under sykefraværsperioden. Spørreundersøkelsen viser at majoriteten opplevde at de hadde dette, herav 60 prosent i hjembaserte tjenester, og 63,3 prosent på Skautun. Også her er det imidlertid forskjeller mellom enheter i hjembaserte tjenester. I de to enhetene med flest antall respondenter rapporterte henholdsvis 66,7 prosent og 50 prosent at de hadde jevnlig kontakt med leder under sykemeldingsperioden. Resultatene for de to spørsmålene både mellom seksjonene og mellom de to enhetene med flest respondenter innen hjembaserte tjenester samsvarer dermed i stor grad.

Revisjonen har gjennom intervjuer med verneombud mottatt signaler på at sykefraværsoppfølgingen har et forbedringspotensial særlig i to enheter, tilhørende henholdsvis Skautun og hjembaserte tjenester. Vi vil påpeke at verneombudene i denne sammenhengen uttaler seg om andre ansattes opplevelser basert på tilbakemeldingene de har fått som verneombud. En felles tilbakemelding går ut på at sykefraværsoppfølgingen oppleves som personavhengig i form av at noen ansatte får tettere og bedre oppfølging enn andre. Verneombud rapporterer også om at enkelte ansatte har gitt tilbakemelding på at de har blitt møtt på en måte som ikke er forenelig med den sårbare situasjonen de er. Dette fremkommer også av en kommentar i spørreundersøkelsen. Videre får revisjonen også opplyst at dialogen enkelte ganger kan svikte, da den ofte foregår via tekstmelding heller enn anrop. På den måten er det risiko for misforståelser. Verneombud påpeker imidlertid at tilbakemeldinger den siste tiden tyder på en forbedring.

I spørreundersøkelsen ble det åpnet for at respondenter kunne komme med kommentarer dersom de ønsket å utdype noen av svarene sine. Det kom totalt fem tilbakemeldinger fra de som oppga å ha vært sykmeldt som omhandlet selve oppfølgingen. Tre av disse var negative, mens de resterende var positive. Resultatene fra spørreundersøkelsen og kommentarene viser at det både er gode og mindre gode sider med oppfølgingen av sykefraværet i kommunen. De viser at flertallet av de sykmeldte opplevde å ha fått god oppfølging. Samtidig er det 36,3 prosent på Skautun og 41,9 prosent i hjembaserte tjenester som i middels og liten/svært liten grad har opplevd god oppfølging.

Tilrettelegging

Lederne forteller at de forsøker å tilrettelegge for sine ansatte. Vi har tidligere i rapporten omtalt tilrettelegging i et forebyggingsperspektiv gjennom tilrettelegging av for eksempel arbeidstid, avdelingsbytte, eller tilrettelegging av arbeidsoppgaver. Slik tilrettelegging vil også være aktuelt i oppfølgingen av ansatte som er delvis sykmeldt, eller ved tilbakeføring til arbeid.

⁴² Henholdsvis N=12 og N=13.

De fleste enhetene dekker over sykefravær ved å sette inn vikar. Enheten betaler sykepenger de første 16 kalenderdagene (arbeidsgiverperioden), og flere ledere forteller at de oppfordrer sykemeldte om å forsøke og komme litt på jobb i denne perioden. Ettersom enheten allerede har satt inn vikar, har den sykemeldte muligheten til å gå «på topp» av den ordinære bemanningen de 16 første dagene. Det betyr at den ansatte kan komme på jobb på det tidspunktet som passer dem best, samtidig som de kan få muligheten til å gjøre andre arbeidsoppgaver enn normalt.

Når det gjelder tilrettelegging utover de 16 første dagene, er det større forskjeller. Flere ledere forteller at det har blitt mer utfordrende å tilrettelegge etter at NAV fjernet ordningen med tilretteleggingstilskudd og aktiv sykemelding. Hvis man har inne vikar for den som er sykmeldt og den sykmeldte fortsatt skal gå på topp i en liten friskmeldingsgrad, vil dette medføre en ekstra kostnad for enheten. Alle lederne påpeker at de tror det ville vært bra for den sykmeldte å stå i noe arbeid med redusert arbeidsmengde, men at dette er vanskelig å få til innenfor budsjettet. Samtidig påpekes det at tilrettelegging over tid er vanskelig å få til i praksis også av hensyn til kollegene. Flere ledere viser til at tilrettelegging fører til økt arbeidsbelastning på de andre ansatte, og det er dermed begrenset hvor mange ansatte som kan ha slik tilrettelegging samtidig. I hvilken grad arbeidsgiver kan tilrettelegge utover arbeidsgiverperioden er derfor avhengig av flere faktorer. Flere ledere påpeker at de kan tilrettelegge utover arbeidsgiverperioden dersom de eksempelvis ser klare effekter av tiltakene. Én leder forteller at det av og til brukes penger utover rammen dersom det er tydelig at det er til det beste for den ansatte. I tilfeller hvor det er et behov for omfattende tilrettelegging som ikke er mulig innenfor budsjettet, går leder i dialog med NAV for å finne kreative løsninger. Denne lederen mener en tidlig dialog med NAV er spesielt viktig dersom den sykemeldte er en assistent/fagarbeider. Det påpekes at assistentene/fagarbeiderne er mer utfordrende å tilrettelegge for enn sykepleierne på grunn av de respektive arbeidsoppgavene som inngår i disse stillingene.

Noen av lederne opplever imidlertid at enkelte ikke ønsker å komme på jobb for å gjøre andre, tilrettelagte arbeidsoppgaver. Dette begrunnes i en kultur på arbeidsplassen om å ikke komme på jobb dersom en ikke kan yte 100 prosent. En leder forteller også om motstand fra sykemeldte ansatte til å prøve tilrettelegging i form av avdelingsbytte. Dersom sykemeldte avslår dette tilretteleggingstiltaket opplever leder at handlingsrommet for tilretteleggingen blir vanskeligere.

Revisjonen vil i denne sammenheng fremheve noen enkeltkommentarer fra sykemeldte ansatte som sier noe om muligheter for tilrettelegging:

«Det er vanskelig å få tilrettelagt på arbeidsplassen slik at man kan komme raskere tilbake i jobb.»

- Ansatt i hjembaserte tjenester

«Har vært vanskelig å få tilrettelagt arbeid da det ofte har vært stort fravær på jobb.»

- Ansatt på Skautun

«Liten mulighet for tilrettelegging.»

- Ansatt på Skautun

«Etter egen erfaring opplever jeg at det har vært utfordrende med tilrettelegging, man er en del av grunnbemanning (som oftest) og det er vanskelig å ikke bidra med oppgaver man egentlig ikke bør på grunn av sykdom, dermed kan sykefraværet dras ut mer enn nødvendig.»

- Ansatt på Skautun

Alle kommentarene peker på at det er vanskelig å få tilrettelagt arbeid. Det kommer fram at bemanningsfaktoren gjør mulighetene for tilrettelegging små, og at dette igjen bidrar til at sykefraværet varer lenger enn nødvendig.

7.3 Revisors vurderinger

Av kommunens rutine for sykefraværsoppfølging fremgår det at leder skal kontakte den sykemeldte innen fire dager i egenmeldingsperioden. Gjennomgangen vår viser at samtlige ledere har en rutine hvor de sykemeldte skal ringe til leder ved første fraværsdag. I denne samtalen avklares videre oppfølging og neste samtale/møte ut fra den sykemeldtes situasjon og behov.

Videre fremgår det av rutinen at leder skal gjennomføre regelmessige oppfølgingssamtaler med den sykemeldte. Resultatene fra spørreundersøkelsene viser at flertallet av de sykemeldte opplevde å ha blitt fulgt opp på en god måte. Samtidig viser spørreundersøkelsen at 12,8 prosent av de sykemeldte respondentene på Skautun og 21,4 prosent av de sykemeldte respondentene i hjembaserte tjenester i liten og svært liten grad opplever å ha blitt fulgt opp på en god måte. Omtrent en fjerdedel oppgir å i middels grad ha fått god oppfølging. Samtidig må det påpekes at det er forskjeller mellom enheter her. Revisjonen er kjent med at Skautun har vært underbemannet på ledersiden i lang tid, og at høyt arbeidspress på leder på denne avdelingen derfor kan være en forklaringsfaktor.

På spørsmålene om hvorvidt man har opplevd å ha fått god oppfølging har revisjonen også kontrollert for ulike grupper respondenter ved at revisjonen har sett på forskjeller i svarandeler sortert etter sykefraværets varighet. På grunn av varierende antall respondenter i hver gruppe vurderer imidlertid revisjonen det slik at grunnlaget ikke er godt nok til å generalisere eller trekke klare slutninger.

Videre tyder resultatene på at oppfølgingen som gis er lederavhengig, i form av at hvor tett oppfølging som gis til den sykemeldte vil avhenge av den enkelte leders prioritering og kapasitet. Samtidig har vi mottatt signaler på at oppfølgingen som gis også er personavhengig på to enheter. Dette vurderer revisjonen som uheldig, ikke bare fordi de ansatte det gjelder opplever at de får «dårligere» oppfølging enn andre, men fordi det også kan forringe relasjonen mellom leder og øvrige ansatte.

At man ikke har opplevd å ha blitt fulgt opp på en god måte er imidlertid ikke ensbetydende med at man ikke har blitt fulgt opp i tråd med arbeidsgivers plikter. Revisjonen vurderer det likevel som uheldig at enkelte ikke opplever å ha blitt fulgt opp på en god måte, og at oppfølgingen som gis både er leder- og personavhengig. I lys av dette vurderer revisjonen at kommunen bør sette inn tiltak for å sikre at alle sykemeldte får god oppfølging.

Saksmappene til 8 langtidssykemeldte revisjonen har gjennomgått viser at ingen mottok oppfølgingsplan innen fristen på fire uker, og det er heller ikke dokumentert at det er avholdt dialogmøter innen fristen. Spørreundersøkelsen avdekker også at en del sykemeldte oppgir å ikke ha mottatt oppfølgingsplan eller deltatt i dialogmøte innen fristen på henholdsvis fire og syv uker. Selv om disse funnene kan inneholde feilkilder, vurderer revisjonen likevel at kommunen bør sette fokus på at fristene i tidsplanen følges og rutinen for sykefraværsoppfølging overholdes. I Fafo-rapporten fra 2015⁴³ kommer det fram at et av suksesskriteriene for vedvarende lavt sykefravær var tett oppfølging av sykefravær og de sykemeldte ved at

⁴³ Lien, L og Bogen, H. 2015. *Fra fravær til nærvær. Handlingsrommet for vellykket sykefraværarbeid i sykehjem*. Fafo-rapport

de ble fulgt opp tidlig i sykefraværsløpet. Et økt fokus på å overholde fristene for oppfølgingsplan og dialogmøte vil bidra til at sykefraværet følges opp tidlig, noe som kan bidra til å redusere langtidsfraværet i kommunen. Etter revisjonens vurdering bør lederne tilstrebe å dokumentere oppfølgingen slik at det i ettertid er mulig å se hvilken oppfølging den sykemeldte har fått.

I denne sammenheng vurderer revisjonen det som positivt at Skautun nå har alle enhetslederne på plass, samtidig som de har ansatt fagsykepleiere som kan avlaste lederne. Dette frigjør kapasitet, slik at forholdene nå legger bedre til rette for at sykefraværsoppfølgingen kan bli prioritert.

Videre fremgår det av arbeidsmiljøloven § 4-6 at arbeidsgiver har plikt til, så langt det er mulig, å tilrettelegge for arbeidstakere med redusert arbeidsevne. Dette gjelder både ved varig redusert arbeidsevne og ved kortere sykefravær. Det er den enkelte enhetsleder som har ansvar for å tilpasse arbeidsplassen og mulige arbeidsoppgaver. En felles utfordring lederne har er at det er vanskelig å tilrettelegge over en lengre periode, og for flere samtidig. I verste fall kan dette føre til at sykefraværet dras ut mer enn nødvendig. Revisjonens vurdering er likevel at lederne forsøker å tilrettelegge så langt det er mulig innenfor rammen av budsjett, bemanningsfaktor og forsvarlig drift. Samtidig vurderer revisjonen at alle enheter bør etterstrebe å tilrettelegge for at sykemeldte ansatte skal få mulighet til å stå i noe arbeid. Å gå i dialog med NAV tidlig for å finne gode løsninger kan være hensiktsmessig i denne sammenheng. Her har kommunen en fordel i form at de har innført en virksomhetsorganisering etter NED-prosjektet.

Etter arbeidsmiljøloven §§ 2-3 og 4-6 skal både leder og ansatt medvirke i sykefraværsløpet. Samtidig fremgår det av kommunens rutine for sykefraværsoppfølging at arbeidstaker skal samarbeide og medvirke aktivt til å finne løsninger. Noen av lederne opplever imidlertid at enkelte ansatte ikke ønsker å komme på jobb for å gjøre andre tilrettelagte arbeidsoppgaver. En leder opplever også at enkelte ansatte avslår foreslåtte tilretteleggingstiltak. Etter revisjonens vurdering er det viktig å sikre at også alle ansatte er kjent med hvilke plikter og ansvar de har som sykemeldte.

7.4 Revisors konklusjon og anbefalinger

Flertallet av de ansatte som er/ har vært sykemeldt opplever oppfølgingen fra arbeidsgiver som god. Lederne har fokus på tett oppfølging i form av jevnlig kontakt med de sykemeldte, og prøver å tilrettelegge innenfor de økonomiske rammene de har. Revisjonen ser likevel at de hjembaserte tjenestene og Skautun rehabilitering- og omsorgssenter har et forbedringspotensial knyttet til de lovpålagte kravene til oppfølging av sykemeldte. Gjennomgangen av dokumentasjonen i åtte sykefraværssaker og resultater fra spørreundersøkelsen viser at de hjembaserte tjenestene og Skautun rehabilitering- og omsorgssenter i liten grad utarbeider oppfølgingsplaner og gjennomfører dialogmøter innenfor de lovpålagte fristene. I noen av sykefraværssakene er det ikke utarbeidet oppfølgingsplaner eller avholdt dialogmøter i det hele tatt.

Med bakgrunn i våre funn og vurderinger anbefaler revisjonen kommunen om å:

- Sikre at fristene i rutinen for sykefraværsoppfølgingen overholdes, slik at det utarbeides oppfølgingsplan og at alle sykemeldte følges opp med dialog og tiltak på et tidlig tidspunkt.
- Sikre at også de ansatte er kjent med kommunens rutine for sykefraværsoppfølging.

8 Rådmannens uttalelse

Denne rapporten har vært på høring hos administrasjonen ved rådmannen. Rådmannen har gitt sin uttalelse til revisjonens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger i e-post datert 02.02.2021. Uttalelsen er lagt ved som vedlegg 7 til rapporten.

Revisjonen ser av uttalelsen at rådmannen ikke har kommentarer til rapporten.

9 Kildehenvisninger

Litteratur

- Lien, L. 2013. «Saman om» sykefravær – en kunnskapsstatus; Notat fra programmet «Saman om ein betre kommune». Fafo-notat 2013:02
- Lien, L og Bogen, H. 2015. *Fra fravær til nærvær. Handlingsrommet for vellykket sykefraværssarbeid i sykehjem*. Fafo-rapport 2015:12
- Lien, L og Bogen, H. 2018. *Sykefravær i private og kommunale sykehjem og renholdsvirksomheter*. Fafo-rapport 2018:20
- Aagestad, C. m.fl. 2015. *Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2015. Status og utviklingstrekk*. Oslo: Stami

Dokumenter fra Rakkestad kommune

- Demensplan 2008 – 2020 Rakkestad kommune
- Dokumenter som er tilgjengelig i til kvalitetssystemet QM+ (herunder avviksmeldinger og risikokartlegginger)
- Helse- og omsorgsutvalget sak og protokoll 08/19 Brukerutvalg – Skautun rehabiliterings- og omsorgssenter
- Internkontrollsystem for HMS (tidligere og nåværende utgave)
- Prosjektplan drift omsorgsboliger
- Årsrapportering 2019 Seksjon hjembaserte tjenester

Lover

- LOV-2005-06-17-62: Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)
- LOV-2011-06-24-30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- LOV-2017-12-15-107: Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv (helsetilsynsloven)

Forskrifter

- FOR-2003-06-27-792: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting
- FOR-2016-10-28-1250: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- FOR-1988-11-14-932: Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie
- FOR-1996-12-06-1127: Forskrift om systematisk helse, miljø og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskriften)
- FOR-2008-04-03-320: Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp

Internett

- <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/> (06.11.20)

Rapport

- Helsedirektoratet (2017): «Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester. Tema: Demenssykdom. Data fra IPLOS-registeret.»

10 Vedlegg

1. Operasjonalisering av ett av revisjonskriteriene til kapittel 4.1.
2. Operasjonalisering av revisjonskriteriene til kapittel 5.1.
3. Operasjonalisering av revisjonskriteriene til kapittel 6.2.
4. Operasjonalisering av revisjonskriteriene til kapittel 7.1.
5. Kunnskapsstatus om sykefraværs-/nærværsarbeid.
6. Utdrag fra FAFO-rapport «Fra fravær til nærvær».
7. Rådmannens uttalelse, datert 02.02.21.

Vedlegg 1

Operasjonalisering av ett av revisjonskriteriene til kapittel 4.1

Revisjonskriteriet	Operasjonalisering
Kommunen skal ha etablert styrings-system for sykehjemstjenesten og omsorgsboligene ved Skautun som er i tråd med kravene til dokumentasjon og innhold	<ul style="list-style-type: none"> - Oversikt og beskrivelse av mål, oppgaver, aktiviteter og organisering - Ansvars og oppgavefordeling - Oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere - Oversikt over risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav - Oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring - Beskrivelser og/eller prosedyrer for hvordan risikofaktorene kan minimaliseres - Prosedyrer, instruks o.l. som søker å sikre at brukerne får tilfredsstillende grunnleggende behov. - Prosedyrer som sikrer at kommunen tilstreber at brukere får de tjenester vedkommende har behov for og i henhold til individuell plan. - Prosedyre, rutine, instruks eller lignende for å avdekke, rette opp og forebygge avvik. - Minst en gang årlig evaluerer virksomhetens aktiviteter, herunder årlig gjennomgang og vurdering av styringssystemet.

Vedlegg 2

Operasjonalisering av revisjonskriteriene til kapittel 5.1.

Revisjonskriteriet	Operasjonalisering
Kommunen skal tilstrebe at beboerne får riktig tjeneste til rett tid.	<ul style="list-style-type: none"> - Tilpasset rehabilitering - Tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov. - Riktig tjeneste til riktig tid
Kommunen skal sikre at det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuiteten i tjenesten og at beboerne får medvirke.	<ul style="list-style-type: none"> - Beboerne (og pårørende) får medvirke til tjenestetilbudet. - Det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuiteten. - Nødvendig medisinsk undersøkelse - Nødvendig og tilpasset rehabilitering - Nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene - Nødvendig og tilpasset pleie og omsorg
Beboerne ved Skautun og omsorgsboligene ved Skautun skal få dekket sine fysiologiske behov.	<ul style="list-style-type: none"> - Tilstrekkelig næring med et variert og helsefremmende kosthold med rimelig valgfrihet.

	<ul style="list-style-type: none"> - Få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett) - Tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise - Tilpasset hjelp ved av- og påkledning - Mulighet for ro og skjermet privatliv - Følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold - Tilbud om eget rom ved langtidsopphold - Styring av eget liv - Får en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
Beboerne ved Skautun og omsorgsboligene ved Skautun skal få dekket sine sosiale og psykologiske behov.	<ul style="list-style-type: none"> - Tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter - Beboerne har mulighet til sosialt samvær. - Beboerne blir møtt med respekt, forutsigbarhet og trygghet i tjenestetilbudet.

Vedlegg 3

Operasjonalisering av revisjonskriteriene til kapittel 6.2.

Revisjonskriteriet	Operasjonalisering
Kommunen skal forebygge sykefraværet ved å sørge for at det utføres systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid på Skautun og i hjembaserte tjenester.	<ul style="list-style-type: none"> - Fastsette mål for helse, miljø og sikkerhet. - Har gjennomført risikovurderinger i virksomheter og arbeidstakere er kjent med risikoforhold. - Utarbeide planer, prosedyrer og andre tiltak for å redusere risiko. - Sørge for systematisk arbeid med forebygging. - Gjennomføre vernerunder. - Gjennomføre medarbeidersamtaler.
På Skautun og i de hjembaserte tjenestene skal arbeidsmiljøet være godt ivaretatt slik at det bidrar til at sykefraværet i kommunen ikke overstiger 6,5 prosent.	<ul style="list-style-type: none"> - Det er et godt fysisk arbeidsmiljø. - Det er et godt psykososialt arbeidsmiljø. - Det er iverksatt tiltak for å redusere sykefraværet. - Arbeidet tilrettelegges, så langt det er mulig, for ansatte som har helsemessige utfordringer. - Ha fokus på nærvær og forebygging av sykefravær.

Vedlegg 4*Operasjonalisering av revisjonskriteriet til kapittel 7.1.*

Revisjonskriteriet	Operasjonalisering
Sykmeldte skal følges opp i tråd med lovverket og kommunens retningslinjer for oppfølging av sykefravær.	<ul style="list-style-type: none"> - Leder skal kontakte den ansatte innen 4 dager i egenmeldingsperioden. - Leder og ansatt skal i fellesskap utarbeide oppfølgingsplan innen 4 uker fra sykefraværet starter⁴⁴. - Oppfølgingsplanen skal inneholde en vurdering av arbeidstakers arbeidsoppgaver og arbeidsevne, samt aktuelle tiltak og plan for videre oppfølging. - Dialogmøte blir gjennomført innen 7 uker⁴⁵. - Arbeidsgiver skal gjennomføre regelmessige oppfølgingsamtaler med den sykemeldte. - Kommunen plikter å tilrettelegge arbeidsplassen og arbeidsoppgaver så langt dette er mulig, slik at sykemeldte ansatte på tidligst mulig tidspunkt kan komme tilbake i arbeid. - Den sykemeldte blir i fraværsperioden invitert til å delta på personalmøter, sosiale arrangementer o.l. - Arbeidstaker skal aktivt medvirke til å finne løsninger i forbindelse med sykefraværsforløpet.

Vedlegg 5

I forbindelse med utviklingsprogrammet «Sammen om en bedre kommune⁴⁶» ble det utarbeidet en kunnskapsstatus som skulle bidra til å belyse kompleksiteten knyttet til sykefraværs-/nærværsarbeid. Rapporten bygger på norske, svenske og danske studier som er gjort på feltet. Litteraturen i denne oversikten viser at følgende faktorer er viktige å tenke på når man skal jobbe med sykefraværs- og nærværsarbeid:

- Fraværs- og nærværsarbeid er en kontinuerlig prosess som krever konstant fokus og forankring på alle nivåer i organisasjonen – både i den politiske ledelsen, den administrative ledelsen og virksomhetsledelsen.
- Sykefraværs- og nærværsarbeid må være en del av virksomhetens overordnede strategier, målbeskrivelser og struktur.
- Medvirkning og involvering av ansatte og tillitsvalgte/verneombud er viktig for å lykkes
- Sykefraværs- og nærværsarbeidet må baseres på grundig kartlegging og analyse av problemene i virksomheten før man setter i gang tiltak.
- Man bør evaluere effekten av de tiltakene man prøver ut.
- Arbeidet må ta utgangspunkt i egen virksomhets utfordringer og skreddersys lokalt.
- Gode oppfølgingsrutiner er viktig.

⁴⁴ med mindre dette er åpenbart unødvendig (arbeidsmiljøloven § 4-6 nr 3).

⁴⁵ med mindre dette er åpenbart unødvendig (arbeidsmiljøloven § 4-6 nr 3).

⁴⁶ Nasjonalt lærings- og innovasjonsprogram som kom i stand gjennom et samarbeid mellom Kommunal og moderniseringsdepartementet, KS, LO Kommune, Unio og Akademikerne

- Tilrettelegging og fleksibilitet er viktig.
- Sykefraværarbeidet må komme til uttrykk gjennom tiltak som dialog mellom arbeidsgiver og syke og friske arbeidstakere.
- Samarbeidet med andre aktører er viktig for å bidra til å skape gode rutiner for både forebygging og oppfølging av sykefravær. Særlig samarbeid med bedriftshelsetjenesten ser ut til å ha positiv effekt.

Vedlegg 6

Fra FAFO-rapporten «Fra fravær til nærvær». Handlingsrommet for vellykket sykefraværarbeid i sykehjem» (2015) kategoriserer forfatterne grepene virksomhetene hadde gjort inn i tre ulike typer tiltak:

1. tett oppfølging av sykefravær og de sykemeldte ved at de ble fulgt opp tidlig i sykefraværforløpet. De hadde også kartlagt sykefraværet nøye og hadde dermed god oversikt over årsakene til fraværet. Denne innsikten ga muligheter for tilrettelegging tilpasset den enkelte sykemeldtes behov
2. lederne vektla et godt arbeidsmiljø som et forebyggende sykefraværstiltak. Et godt arbeidsmiljø innebærer både plikter og rettigheter og et felles ansvar for å sørge for et forsvarlig fysisk og psykisk arbeidsmiljø. Det vektlegges at fravær kan skape mer-belastning og stress for kollegene, og det jobbes derfor aktivt med en kultur for nærvær og tilstedeværelse. De ansatte ble i større grad enn de ble før gjort oppmerksom på konsekvensene av fravær og viktigheten av at den enkelte kommer på arbeid
3. lederne utnyttet handlingsrommet de har for omdisponering av ressurser – eksempelvis ved å omgjøre vikarmidler til faste stillinger og fordele ressursene der det er mest behov for dem til enhver tid, blant annet ved at ansatte må jobbe på tvers av avdelinger

Fra: [Skog, Alf Thode](#)
Til: [Støten Casper](#)
Kopi: [Buer, Anita Bækgaard](#); [Wit, Jeroen De](#); [Skog, Alf Thode](#)
Emne: Rapport "Kvalitet og sykefravær i pleie- og omsorgstjenesten" - Rådmannens uttalelse
Dato: tirsdag 2. februar 2021 05:42:16

Hei,

Referanse: Forvaltningsrevisjonsrapport «Kvalitet og sykefravær i pleie- og omsorgssektoren.

Østre Viken Kommunerevisjon IKS la 10.11.2020 et arbeidsutkast til forvaltningsrevisjonsrapport «Kvalitet og sykefravær i pleie- og omsorgstjenesten» fram til uttalelse av rådmannen.

Rådmannen hadde flere merknader til fakta, vurderinger og konklusjoner (23.11.2020).

Østre Viken Kommunerevisjon IKS bestemte på det grunnlaget (2.12.2020) å gjøre endringer i rapporten og utsatte ferdigstillingen av den til januar 2021.

Rådmannen har nå fått den reviderte rapporten til uttalelse (21.1.2020).

Etter de korreksjoner som er foretatt av fakta og vurderinger spesielt, har rådmannen ikke kommentarer til rapporten.

Med hilsen,

Alf Thode Skog,
rådmann

ØSTFOLD KONTROLLUTVALGSSEKRETARIAT

Saksnr.: 2021/110
Dokumentnr.: 2
Løpenr.: 25453/2021
Klassering: 3016-186
Saksbehandler: Anita Rovedal

Møtebok

Behandlet av Kontrollutvalget Rakkestad	Møtedato 16.02.2021	Utvalgssaksnr. 21/4
---	-------------------------------	-------------------------------

Etterlevelseskontroll: Overordnet risiko- og vesentlighetsvurdering og valg av kontrollområde

Sekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

1. Kontrollutvalget tar revisjonens overordnet risiko- og vesentlighetsvurdering for forenklet etterlevelseskontroll, samt valg av kontrollområde «*Selvkost*», til orientering.
2. Skriftlig uttalelse om resultatet av kontrollen oversendes kontrollutvalget senest 30. juni 2021

ØKUS KOF, 02.02.2021

Vedlegg

1. Østre Viken Kommunerevisjon IKS: Forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen 2020 – Overordnet risiko- og vesentlighetsvurdering - Rakkestad kommune, datert 01.02.2021
2. RSK 301 - Forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen.

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)

Kommuneloven (LOV-2018-06-22-83), § 24-9

Saksopplysninger

I henhold til ny kommunelov er en ny revisjonsoppgave tatt inn i loven. Kontrollen gjelder «Forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen».

I kommunelovens § 24-9 «*Forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen*», står følgende:

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

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

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

Østre Viken Kommunerevisjon har lagt RSK 301 – Standard for forenklet etterlevelseskontroll til grunn for sin etterlevelseskontroll. Standard 301 er utarbeidet i samarbeid med Norges kommunerevisor forbund (NKRF) og Revisorforeningen (DNR).

I RSK 301 pkt.8 står følgende:

«Når revisor har identifisert et område for kontroll, skal revisor planlegge hvilke kontrollhandlinger som skal utføres, samt omfang og tidspunkt for gjennomføring.»

I RSK 301 pkt.10 fremgår det at «Revisors risiko- og vesentlighetsvurderinger skal legges frem for kontrollutvalget til orientering».

Revisjonen har foretatt en risiko- og vesentlighetsvurdering av Rakkestad kommune for 2020. De skriver at det er naturlig å vurdere områder som ligger tett opp til regnskapsrevisors oppgaver i forbindelse med revisjon av regnskapet. Kvaliteten av kommunens interne kontroll er av betydning og revisor har i risikovurderingen tatt hensyn til risikoreduserende tiltak.

I kontrollutvalgets møte kan oppdragsansvarlig revisor redegjøre nærmere strategi og angrepsvinkel for oppgaven, samt om sin risiko- og vesentlighetsvurdering.

Vurdering

Forenklet etterlevelseskontroll med økonomi- forvaltningen er som nevnt under saksopplysninger ny oppgave som er pålagt valgt revisor. Revisor har fremlagt en overordnet risiko- og vesentlighetsvurdering i tråd med RSK 301 av følgende områder i kommunen:

- Offentlige anskaffelser – System og kontroll for å overholde lovverk
- Finansforvaltning – Rapportering ifølge vedtatt finansreglement
- Selvkost – Overholdelse av regelverk
- Merverdiavgift – Overholdelse av regelverk og egne rutiner
- Skille drift/investering – Overholdelse av KRS 4
- Tilskudd private barnehager

Rapport om etterlevelseskontrollen skal i henhold til kommuneloven leveres innen 30. juni. Kontrollutvalget vil behandle rapporten i sitt møte juni 2021.

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget om å ta revisjonens overordnede risiko- og vesentlighetsvurdering vedrørende etterlevelseskontroll med økonomi forvaltningen samt valg av kontrollområdet, til orientering.

Forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen for 2020 - Overordnet risiko- og vesentlighetsvurdering – Rakkestad kommune

I kommuneloven § 24-9 er revisor gitt oppgaven forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen. Ansvar for oppgaven er lagt til regnskapsrevisor og det er i loven lagt opp til en uttalelse på utført arbeid med moderat sikkerhet. Revisor skal fremlegge en risiko- og vesentlighetsvurdering som grunnlag for beslutning av valgt område for forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen.

Kommunelovens § 24-9 Forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen:

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

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

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

Revisjonen har foretatt en risiko- og vesentlighetsvurdering av Rakkestad kommune for 2020. Det er naturlig å vurdere områder som ligger tett opp til regnskapsrevisors oppgaver i forbindelse med revisjon av regnskapet. Kvaliteten av kommunens interne kontroll er av betydning og revisor har i risikovurderingen tatt hensyn til risikoreduserende tiltak.

Områder som er vurdert

Offentlige anskaffelser - System og kontroll for å overholde lovverk.

Momenter ved risikovurderingen	Vurdering
Tidligere forvaltningsrevisjoner og tilsyn	Ja, offentlig anskaffelser foretatt i 2017
Tidligere avdekket feil	Nei
Kompleksitet – regelverk, transaksjonsvolum	Lov om offentlige anskaffelser. Ulike regler/grenser avhengig av type anskaffelse. Antall anskaffelser kan variere fra år til år.
Kontrollmiljøet – holdninger, kompetanse, kapasitet	Gode holdninger og kompetanse. Har skriftlige rutiner. Egen innkjøpsrådgiver
Omdømmerisiko	Ja
Erstatningsrisiko	Ja
Økonomisk risiko	Brudd på regelverket kan medføre erstatningskrav og dyrere innkjøp.
Vesentlighet for enkelte innbyggere	Indirekte
Vurdert risiko: Mindre sannsynlig, alvorlig konsekvenser	

Finansforvaltning - Rapportering ifølge vedtatt finansreglement.

Momenter ved risikovurderingen	Vurdering
Tidligere forvaltningsrevisjoner og tilsyn	Nei
Tidligere avdekket feil	Nei
Kompleksitet – regelverk, transaksjonsvolum	Finans og økonomireglement i Rakkestad er gamle (fra 2011) og er ikke oppdatert etter nytt regelverk. Relativt få men store transaksjoner. Kommunen har kun plasseringer i bank og ordinære lån i norske banker.
Kontrollmiljøet – holdninger, kompetanse, kapasitet	God kompetanse. Ingen komplekse transaksjoner. Generelt gode rutiner på økonomi
Omdømmerisiko	Delvis
Erstatningsrisiko	Nei
Økonomisk risiko	Opptak av lån og plassering av likviditet utenfor bestemmelsene i regelverket kan føre til høyere risiko og økonomiske tap.
Vesentlighet for enkelte innbyggere	Indirekte
Vurdert risiko: Mindre sannsynlig, mindre alvorlig - alvorlig konsekvenser	

Selvkost – Overholdelse av regelverk.

Momenter ved risikovurderingen	Vurdering
Tidligere forvaltningsrevisjoner og tilsyn	Nei
Tidligere avdekket feil	I revisors beretning for 2019 ble det kommentert under andre forhold at fond knyttet til vann, avløp og renovasjon var over 5 år. Dette er brudd på generasjonsprinsippet i <i>Retningslinjer for beregning av selvkost for kommunale betalingstjenester H-3/14</i> .
Kompleksitet – regelverk, transaksjonsvolum	Selvkostforskriften – ny for 2020. Mange transaksjoner.
Kontrollmiljøet – holdninger, kompetanse, kapasitet	God kompetanse. Kan være sårbar hvis enkelt personer blir borte. Kommunen har eget verktøy for beregning og sikring av selvkost.
Omdømmerisiko	Ja
Erstatningsrisiko	Delvis
Økonomisk risiko	Feil i beregninger kan føre til at kommunen enten krever for høye eller for lave avgifter av den enkelte innbygger.
Vesentlighet for enkelte innbyggere	Ja
Vurdert risiko: Sannsynlig, meget alvorlig konsekvenser	

Merverdiavgift – Overholdelse av regelverk og egne rutiner.

Momenter ved risikovurderingen	Vurdering
Tidligere forvaltningsrevisjoner og tilsyn	Nei
Tidligere avdekket feil	Ikke vesentlige
Kompleksitet – regelverk, transaksjonsvolum	Mva og mva-kompensasjonsloven -> komplekse regelverk. Stort antall transaksjoner.
Kontrollmiljøet – holdninger, kompetanse, kapasitet	Generelt god kompetanse. Regnskapsavdelingen utfører internkontroller ved hver termin. Kontrolleres også løpende gjennom attestasjon/anvisning og kontrollsteget. Revisjonen gjør også sine kontroller hver termin.
Omdømmerisiko	Nei
Erstatningsrisiko	Ja
Økonomisk risiko	Feil i mva/mva-kompensasjonskrav kan føre til at kommunen må betale tilbake urettmessig krevd kompensasjon. Eller at de ikke krever kompensasjon for utgifter de har krav på.
Vesentlighet for enkelte innbyggere	Nei
Vurdert risiko: Mindre sannsynlig, alvorlig konsekvenser	

Skille drift/investering – Overholdelse av KRS 4.

Momenter ved risikovurderingen	Vurdering
Tidligere forvaltningsrevisjoner og tilsyn	Nei
Tidligere avdekket feil	Ikke vesentlige
Kompleksitet – regelverk, transaksjonsvolum	Stort transaksjonsvolum. Kommunal regnskapsstandard nr. 4
Kontrollmiljøet – holdninger, kompetanse, kapasitet	God kompetanse og holdninger på regnskapsavdeling. Kompetanse ute på virksomhetene kan variere noe. Alle inngående fakturaer er gjennom kontrollsteget hvor bruk av art blir vurdert.
Omdømmerisiko	Nei
Erstatningsrisiko	Nei
Økonomisk risiko	Liten. Utgifter i investeringsregnskapet kan lånefinansieres. Feilføringer kan medføre at det blir tatt opp lån til utgifter som ikke kan finansieres med lån.
Vesentlighet for enkelte innbyggere	Nei
Vurdert risiko: Sannsynlig, mindre alvorlig konsekvenser	

Tilskudd private barnehager

Momenter ved risikovurderingen	Vurdering
Tidligere forvaltningsrevisjoner og tilsyn	Nei
Tidligere avdekket feil	Nei
Kompleksitet – regelverk, transaksjonsvolum	Tilskudd blir beregnet ut fra en standard mal/modell. Store men relativt få transaksjoner.
Kontrollmiljøet – holdninger, kompetanse, kapasitet	Antatt god kompetanse. Virksomhet økonomi bidrar ved utarbeidelse av beregningsmodell. Er avhengig av rapportering fra virksomhetene (altså; barnehagene), som trolig kan variere.
Omdømmerisiko	Ja
Erstatningsrisiko	Ja
Økonomisk risiko	Vesentlige beløp som utbetales. Feil i grunnlag får stor betydning for utbetaling av tilskudd.
Vesentlighet for enkelte innbyggere	Indirekte
Vurdert risiko: Sannsynlig, alvorlig konsekvenser	

Svært sannsynlig					
Meget sannsynlig					
Sannsynlig					
Mindre sannsynlig					
Lite sannsynlig					
Sannsynlighet					
Konsekvens/ Vesentlighet	Ubetydelige konsekvenser	Mindre alvorlige konsekvenser	Alvorlige konsekvenser	Meget alvorlige konsekvenser	Svært alvorlige konsekvenser

Valideringsord	Beskrivelse
Lite sannsynlig	Svært tvilsomt at det foreligger manglende etterlevelse
Mindre sannsynlig	Tvilsomt at det foreligger manglende etterlevelse
Sannsynlig	Det er indikasjoner på manglende etterlevelse
Meget sannsynlig	Vi tror at det foreligger manglende etterlevelse
Svært sannsynlig	Vi er overbevist om manglende etterlevelse
Ubetydelige konsekvenser	Uvesentlig, ingen som vil henge seg opp i manglende etterlevelse
Mindre alvorlige konsekvenser	Manglende etterlevelse vil ramme få, eller flere i liten grad
Alvorlige konsekvenser	Manglende etterlevelse vil være kritisk/alvorlig
Meget alvorlige konsekvenser	Manglende etterlevelse, vil være meget alvorlig og ramme mange
Svært alvorlige konsekvenser	Manglende etterlevelse vil være katastrofalt og svært alvorlig.

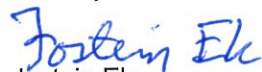
Oppsummering og rapportering

Basert på risiko og vesentlighetsanalysen velges følgende område for forenklet etterlevelseskontroll for 2020: Selvkost

Kriterier som vil bli lagt til grunn for kontrollen er Forskrift om selvkost, kommunens interne reglement og rutiner på området.

Kommunerevisjonen vil avgi uttalelse med moderat sikkerhet på nevnte område, etter standard for forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen. Revisor vil legge frem sin uttalelse for kontrollutvalget innen 30. juni 2021.

Rolvsøy 01.02.2021



Jostein Ek
oppdragsansvarlig revisor

God kommunal revisjonsskikk RSK 301 for

Forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen

Utarbeidet i et samarbeid mellom DnR og NKRF



revisorforeningen

Forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen

(Denne standarden gjelder for regnskapsåret 2020 og senere)

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse.....	2
Innledning	3
Definisjoner.....	4
Planlegging.....	5
Gjennomføring, innhenting av bevis	6
Rapportering.....	7
Dokumentasjon.....	7
Veiledning og utfyllende forklaringer.....	8
Innledning	8
Definisjoner.....	9
Planlegging.....	11
Gjennomføring, innhenting av bevis	12
Rapportering.....	12
Dokumentasjon.....	13
1 Vedlegg: eksempel på uttalelse	14
2 Vedlegg: Mal Uttalelse fra ledelsen	17
3 Vedlegg: Risiko og vesentlighetsvurdering	19

Innledning

1. Formålet med forenklet etterlevelseskontroll etter kommuneloven, er innenfor en begrenset ressursramme å forebygge svakheter og bidra til å sikre at kommunen følger sentrale bestemmelser og vedtak på økonomiområdet. Dette bygger opp under god økonomiforvaltning, åpenhet og tillit til forvaltningspraksis. Denne standarden krever at revisor planlegger og gjennomfører oppdraget for å oppnå moderat sikkerhet for hvorvidt det foreligger vesentlige feil eller mangler ved etterlevelse av bestemmelser og vedtak i kommunens økonomiforvaltning på det området revisor har foretatt forenklet etterlevelseskontroll. (Jf. punkt A1)
2. Forenklet etterlevelseskontroll etter kommunelovens § 24-9 skal utføres i samsvar med denne standard, RSK 301 «Forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen». RSK 301 supplerer, men erstatter ikke, ISAE 3000 «Attestasjonsoppdrag som ikke er revisjon eller forenklet revisorkontroll av historisk finansiell informasjon» og utdyper hvordan ISAE 3000 skal anvendes ved et oppdrag som skal gi moderat sikkerhet og som går ut på å avgi en uttalelse om etterlevelse av bestemmelser og vedtak i kommunens økonomiforvaltning. (Jf. punkt A1-A2)
3. Forenklet etterlevelseskontroll etter kommunelovens § 24-9 vil være et direkte attestasjonsoppdrag. ISAE 3000 pkt. 12 definerer et direkte attestasjonsoppdrag slik: «Et attestasjonsoppdrag der den praktiserende revisoren måler eller evaluerer det underliggende saksforholdet mot de gjeldende kriteriene og presenterer den resulterende informasjonen om saksforholdet som en del av, eller som et vedlegg til, attestasjonsuttalelsen. På et direkte attestasjonsoppdrag gir den praktiserende revisorens konklusjon uttrykk for det rapporterte resultatet av målingen eller evalueringen av det underliggende saksforholdet mot kriteriene.» (Jf. punkt A3-A4)
4. Formålet med denne standarden er å gi rammer og veiledning til revisor ved utførelsen av kontrollhandlinger ved forenklet etterlevelseskontroll etter kommunelovens § 24-9.

5. Det er kommunens valgte regnskapsrevisor som har ansvaret for forenklet etterlevelseskontroll. Revisor skal bli enig om vilkårene for oppdraget med kontrollutvalget i et engasjementsbrev eller annen egnet form for skriftlig avtale. (ISAE 3000 pkt.27 A57) (Jf. punkt A5-A6)

Definisjoner

6. For denne standardens formål har følgende begrep den betydning som er beskrevet nedenfor med mindre annet er angitt:
 - a. Forvaltning - aktivitet som bevarer, forbedrer og øker kommunens verdier. Økonomiforvaltningen – i hovedsak områder som angitt i kommunelovens kapittel 14 Økonomiforvaltning og kapittel 15 Selvkost. (Jf. punkt A7-A8)
 - b. Bestemmelser og vedtak(kriterier) - lover, forskrifter, kommunens egne reglementer, budsjetter og økonomiplan, enkeltvedtak med økonomisk virkning. (Jf. punkt A9)
 - c. Vesentlig betydning for økonomiforvaltningen - vesentlighet kan defineres ut fra to forhold:
 - i. Kvantitativ vesentlighet; beløpsstørrelse relatert til kommunen eller enkeltinnbyggere eller en gruppe innbyggere
 - ii. Kvalitativ vesentlighet dreier seg om områder hvor mangler kan ha vesentlig betydning for økonomiforvaltningen på grunn av potensielt omdømmetap og samfunnsmessig aktualitet, selv om manglene ikke har vesentlig beløpsmessig betydning.

Avvik fra de definerte kriteriene er en indikasjon på funn for manglende etterlevelse. Revisor må vurdere vesentlighet i forhold til kriteriene saksforholdet vurderes mot. Klare gjennomgående avvik mot kriteriene vil være vesentlige avvik. (Jf. punkt A10)

- d. Risikovurdering - vurdering av hvilke områder innen økonomiforvaltningen hvor det er størst sannsynlighet for brudd på bestemmelser og vedtak, og hvilke konsekvenser brudd kan få. (Jf. punkt A11)
- e. Moderat sikkerhet – klart lavere enn betryggende sikkerhet, men skal øke de tiltenkte brukernes tillit til informasjonen i en grad som er klart høyere enn ubetydelig. Moderat sikkerhet er forklart i ISAE 3000 pkt 12 a) (i) b og ISAE 3000 A3-A4
- f. Kommunen - kommunen/fylkeskommunen, kommunale foretak, interkommunalt politisk råd og kommunalt oppgavefelleskap som ikke er egne rettssubjekt.
- g. Kommunedirektøren – i standarden benyttes kommunedirektøren som et uttrykk for den som har overordnet ansvar for styring og kontroll.

Planlegging

- 7. Revisor velger ut områder for kontroll basert på en risiko- og vesentlighetsvurdering. Revisor skal i sin planlegging identifisere områder i økonomiforvaltningen der det er størst behov for at bestemmelser og vedtak følges og en vurdering av hvilke konsekvenser brudd på bestemmelser og vedtak kan få. Det er kommunen som juridisk enhet slik den fremstår i samlet regnskap for kommunen som er vurderingsenheten jf. kommunelovens § 14-6 d) (Jf. punkt A7-A8, A10-A14 og A17)
- 8. Når revisor har identifisert et område for kontroll, skal revisor planlegge hvilke kontrollhandlinger som skal utføres, samt omfang og tidspunkt for gjennomføring.

9. Det skal fastsettes og beskrives objektive kriterier for måling og evaluering. (Jf. punkt A15)
10. Revisors risiko- og vesentlighetsvurderinger skal legges frem for kontrollutvalget til orientering. Ved presentasjon av valgt(e) område(r) for etterlevelseskontroll må revisor være tydelig i beskrivelsen av kriterier, og tydelig avgrense hva som skal kontrolleres. (Jf. punkt A16)

Gjennomføring, innhenting av bevis

11. Innhentede bevis skal være tilstrekkelig og hensiktsmessig til å konkludere med moderat sikkerhet i forhold til kriterier fastsatt i planlegging.
12. Handlinger for å fremskaffe moderat sikkerhet kan blant annet være forespørsler, inspeksjon av dokumenter og analytiske handlinger som hver for seg eller i kombinasjon kan brukes til å skaffe moderat sikkerhet. Hvorvidt det er innhentet tilstrekkelig og hensiktsmessig bevis som grunnlag for den praktiserende revisorens konklusjon, er gjenstand for profesjonelt skjønn. (Jf. punkt A18)
13. Før revisor avgir attestasjonsuttalelse skal det innhentes en skriftlig uttalelse fra kommunedirektøren. En skriftlig uttalelse benyttes blant annet for at revisor skal sikre seg at all relevant informasjon er oppgitt. (vedlegg 2.) Dersom revisor ikke mottar slik uttalelse skal resultatet av kontrollhandlingene likevel formidles til kontrollutvalget innen fristen 30. juni, men skal da avgis en konklusjon om at revisor ikke kan uttale seg.
14. Hvis kontrollhandlingene avdekker indikasjon på brudd på bestemmelser eller vedtak skal det om nødvendig foretas flere handlinger for å være i stand til å konkludere. (Jf. punkt A19)

Rapportering

15. Revisor skal senest 30. juni avgi en skriftlig uttalelse til kontrollutvalget med kopi til kommunedirektøren om resultatet av kontrollen. (Jf. punkt A20, og eksempel i vedlegg 1)
16. Uttalelsen skal avgis med moderat sikkerhet. (Jf. punkt A21, samt eksempel i vedlegg 1)
17. Avvik som fører til en modifisert uttalelse, skal kommuniseres til kontrollutvalget i nummerert brev. Hvis revisor forventer å avgi en modifisert uttalelse skal revisor kommunisere med kommunedirektøren om omstendighetene som har ført til den forventede modifikasjonen og modifikasjonens foreslåtte ordlyd. (Jf. punkt A22)
18. Revisor skal kommunisere til kommunedirektøren svakheter og feil av betydning som er avdekket i arbeidet, men som ikke kommer til uttrykk i uttalelsen. (Jf. punkt A23)

Dokumentasjon

19. Revisor skal dokumentere arbeidet på en måte som i tilstrekkelig grad og på en hensiktsmessig måte dokumenterer risiko- og vesentlighetsvurderingen, kontrollhandlingene og grunnlaget for attestasjonsuttalelsen slik at en erfaren praktiserende revisor, som tidligere ikke har hatt tilknytning til oppdraget, forstår hvordan revisor er kommet frem til konklusjonen, og at dette er gjort i tråd med krav i denne standarden. Se ellers krav i ISAE 3000 pkt. 79-83. (Jf. punkt A24-25)

VEILEDNING OG UTFYLLENDE FORKLARINGER

Innledning

- A1. I lovforarbeidene er det forutsatt at det er kommunens valgte regnskapsrevisor som er ansvarlig for forenklet etterlevelseskontroll etter kommunelovens § 24-9. Det er også utgangspunktet for forutsetningen om at relativt enkle kontrollhandlinger kan gi god merverdi for tiltenkte brukere. Målsettingen er å etablere enkle og jevnlig kontrollhandlinger som kan fange opp vesentlige svakheter i sentrale deler av økonomiforvaltningen. Kontrollhandlingene kan blant annet foretas på områder hvor brudd har særlige økonomiske konsekvenser, eller i særlig grad svekker tilliten til økonomiforvaltningen. (Jf. punkt 1 og 2)
- A2. Kommunedirektøren er ansvarlig for å ha rutiner og internkontroll som sikrer etterlevelse av lov, forskrift, reglement og vedtak innenfor økonomiforvaltningen. Revisors kontrollhandlinger er ikke en erstatning for kommunens økonomiske internkontroll, men kan være et grunnlag for å forbedre kontrollen. (Jf. punkt 2)
- A3. Utgangspunktet for denne standarden er at oppdragsteamet og oppdragsansvarlig for den forenklete etterlevelseskontrollen er underlagt ISQC 1 «Kvalitetskontroll for revisjonsfirmaer som utfører revisjon og forenklet revisorkontroll av regnskaper samt andre attestasjonsoppdrag og beslektede tjenester», eller andre profesjonelle krav, eller krav i lov eller forskrift, vedrørende revisjonsfirmaets ansvar for sitt kvalitetskontrollsystem som er minst like omfattende som ISQC 1. (Jf. punkt 3)
- A4. Forenklet etterlevelseskontroll etter denne standarden erstatter ikke forvaltningsrevisjon etter RSK 001 «Standard for forvaltningsrevisjon». (Jf. punkt 3)

- A5. Vilkårene for oppdraget om forenklet etterlevelseskontroll kan avtales samtidig som vilkårene for det ordinære revisjonsoppdraget, jf. ISA 210 Inngåelse av avtale om vilkårene for revisjonsoppdraget. (Jf. punkt 5)
- A6. Formålet med oppgaven forenklet etterlevelseskontroll er, basert på revisors erfaring med kontroller i økonomiforvaltningen, å styrke egenkontrollen i kommunen. Dette kommer til uttrykk både ved at deler av økonomiforvaltningen rutinemessig underlegges en forenklet kontroll, samt at kontrollutvalget mottar revisors risikovurdering som kan bidra til et bedre beslutningsgrunnlag for bestilling av andre undersøkelser. Hvis kommunen endres vesentlig, f.eks. ved kommunesammenslåing, kan det være grunn til å stille spørsmål om når siste etterlevelseskontroll skal gjennomføres og rapporteres for kommuner som skal slås sammen, og når en skal starte opp med etterlevelseskontroll for den nye kommunen. Regnskapsrevisor bør gjøre denne vurderingen i dialog med kontrollutvalget.
- Når kommunen skifter revisor, bør overgangen av ansvaret for forenklet etterlevelseskontroll avtales. (Jf. punkt 5)

Definisjoner

- A7. Kommunelovens kapittel 14 og 15 gir en vid definisjon av økonomiforvaltning. Planlegging og gjennomføring av aktivitet i kommunen som sikrer inntekter, utgifter, forvaltning av likvider og innlån er sentrale elementer som etterlevelseskontrollen kan omfatte. I tillegg kan kommunens rapportering etter kommunelovens kapittel 14 og 15 være et sentralt område. Også andre lover og forskrifter med betydning for økonomiforvaltningen, kan være aktuelle områder for forenklet etterlevelseskontroll. Forenklet etterlevelseskontroll av økonomiforvaltningen omfatter ikke vurderinger av produktivitet, kostnadseffektivitet, kvalitet, måloppnåelse og virkninger. Slike vurderinger faller inn under forvaltningsrevisjon. (Jf. punkt 6 a og 7)

- A8. Områder for forenklet etterlevelseskontroll – som eksempler nevnes i forarbeidene finansforvaltningen, selvkostområdene, offentlige anskaffelser og offentlig støtte. Andre eksempler kan være beregning av driftstilskudd til private barnehager, andre tilskudd/ overføringer til private, konsesjonsvilkår, kontraktsoppfølging m.m. Listen er ikke uttømmende. Det vil være en konkret risiko- og vesentlighetsvurdering for den enkelte kommune som er avgjørende for hvilke områder som velges ut for kontroll. (Jf. punkt 6a og 7)
- A9. Kriterier må være objektive, slik at revisors subjektive oppfatning ikke kan være egnede kriterier. Objektive kriterier er klare krav i lover, forskrifter, kommunens egne reglementer, budsjetter og økonomiplan, enkeltvedtak med økonomisk virkning, og ikke uskrevne regler og normer. ISAE 3000 punkt A45-A52 viser karakteristiske trekk ved egnede kriterier. Punkt 63, A143-A145 gir en beskrivelse av gjeldende kriterier. Hvis man ikke finner objektive kriterier, kan man ikke utføre forenklet etterlevelseskontroll. Mangel på kriterier kan være et funn som må rapporteres til kontrollutvalget. (Jf. punkt 6b)
- A10. I vurdering av vesentlighet av betydning for økonomiforvaltningen skal revisor ta hensyn til hvem som rammes av brudd på bestemmelser og vedtak innen økonomiforvaltningen. Hvis ressursvake grupper rammes, vil grensen for vesentlighet være lavere. Samtidig kan enkeltvise mindre brudd som gjelder mange kunne være vesentlig totalt sett. (5c) (Jf. punkt 6c og 7)
- A11. Områder med størst risiko for brudd på bestemmelser og vedtak er områder med mangelfulle rutiner, svakheter i arbeidsdeling, dårlig internkontroll, kompetanseutfordringer, områder med stort press og knapphet på ressurser til å ivareta økonomiforvaltningen. Hvis ledelsen også viser tilbøyelighet til manglende etterlevelse av bestemmelser og vedtak vil risikoen for manglende etterlevelse være stor. (Jf. punkt 6d og 7)

Planlegging

- A12. Revisor forventes å ha en bred tilnærming som i utgangspunktet dekker alle områdene innenfor økonomiforvaltningen, men deretter begrense områder ut fra en risiko- og vesentlighetsvurdering. Risiko- og vesentlighetsanalysen i forbindelse med utarbeidelse av plan for forvaltningsrevisjon kan gi gode innspill til risikovurderingen som skal gjøres i forbindelse med beslutning om etterlevelseskontroll. Lovforarbeidene er tydelige på at det ligger begrenset ressursbruk bak denne uttalelsen om forenklet etterlevelseskontroll, og ut fra risiko- og vesentlighetsvurderingen velges ett, eller et fåtall områder for kontroll. Der det er flere områder med risiko av betydning kan revisor vurdere å dekke disse områdene over en periode på flere år. (Jf. punkt 7)
- A13. Revisor vurderer risiko for brudd på bestemmelser og vedtak ut fra kjennskap til rutiner og internkontroll i økonomiforvaltningen, samt forespørsler til ledelsen. Informasjon fra kontrollutvalg og media kan også være nyttig som grunnlag for vurderingene. (Jf. punkt 7)
- A14. Områder der det nylig er gjennomført, eller planlagt forvaltningsrevisjon eller annen kontroll eller tilsyn, kan være mindre hensiktsmessig å kontrollere. Hvis et område utelates på grunn av slike forhold, er det hensiktsmessig å informere kontrollutvalget om begrunnelsen ved fremlegging av risiko- og vesentlighetsvurderingen. (Jf. punkt 7)
- A15. Beskrivelse av kriterier bør være så konkrete som mulig for at revisor med enkle kontrollhandlinger kan konkludere på om kommunen etterlever valgte kriterier. (Jf. punkt 9)
- A16. Det er revisor som beslutter hvilke områder som skal kontrolleres, og hvilke kontrollhandlinger som skal utføres. I revisors orientering til kontrollutvalget om sin risiko- og vesentlighetsvurdering bør det fremkomme hvilke områder innenfor økonomiforvaltningen revisor har vurdert, hva som er valgt ut for

kontrollhandlinger og hvorfor. Det kan være hensiktsmessig å orientere om avgrensningene mellom forenklet etterlevelseskontroll, regnskaps- og forvaltningsrevisjon. (Jf. punkt 10)

Gjennomføring, innhenting av bevis

- A17. Lovforarbeidene forutsetter at kommunens valgte regnskapsrevisor skal kunne utføre kontrollen innenfor begrenset ressursbruk. Begrenset ressursbruk er synliggjort i lovt teksten bl.a. ved «se etter», «i hovedsak» og «vesentlige brudd». (Jf. punkt 7)
- A18. Som bevis kan brukes det revisor er kjent med fra kartlegging av rutiner og test av internkontroll gjennom regnskapsrevisjon, og resultat av forvaltningsrevisjoner. I tillegg kan det være hensiktsmessig med innhenting av bevis ved forespørsler og vurdering av svar i lys av kjente omstendigheter. Analyser på aggregerte data eller andre lite ressurskrevende kontroller kan være hensiktsmessige kontrollhandlinger. (Jf. punkt 12)
- A19. Forenklet etterlevelseskontroll skal gjennomføres med begrenset bruk av ressurser. Krav til bevis for å konkludere med moderat sikkerhet er av en slik art at en i konklusjonen uttaler at «er vi ikke blitt oppmerksomme på noe som gir oss grunn til å tro at». Det vil ofte være hensiktsmessig å utføre arbeidet som danner grunnlaget for uttalelsen om etterlevelse på økonomiforvaltningen samtidig som revisor utfører arbeid knyttet til rutiner og internkontroll i regnskapsrevisjonen. (Jf. punkt 14)

Rapportering

- A20. Loven setter 30. juni som siste frist for å avgi uttalelsen. I mange tilfeller kan det være hensiktsmessig å avgi uttalelsen tidligere, og så raskt som mulig

etter at arbeidet er utført. (Jf. punkt 15)

- A21. Attestasjonsuttalelsen skal identifisere de gjeldende kriteriene som det underliggende saksforholdet er målt eller evaluert mot. Det kan også være relevant å opplyse om kilden for kriteriene, samt om avgrensninger i kontrollhandlingene. (Jf. punkt 16)
- A22. Kommunikasjon om en forventet modifisert uttalelse til kommunedirektøren, omstendighetene som har ført til den forventede modifikasjonen og modifikasjonens foreslåtte ordlyd, kan ivaretas ved at kommunedirektøren mottar kopi av nummerert brev senest samtidig med uttalelsen. (Jf. punkt 17)
- A23. Det kan være hensiktsmessig å orientere kontrollutvalget om slik kommunikasjon. (Jf. punkt 18)

Dokumentasjon

- A24. Dokumentasjonen inneholder revisors vurderinger av alle vesentlige forhold som krever anvendelse av profesjonelt skjønn. (Jf. punkt 19)
- A25. ISQC 1 «Kvalitetskontroll for revisjonsfirmaer som utfører revisjon og forenklet revisorkontroll av regnskaper samt andre attestasjonsoppdrag og beslektede tjenester» (eller andre profesjonelle krav, eller krav i lov eller forskrift, som er minst like omfattende som ISQC 1) krever at revisjonsfirmaer etablerer retningslinjer og rutiner for fullføring av sammenstilling av oppdragsarkiv i rett tid. En passende tidsfrist for å fullføre sammenstillingen av det endelige oppdragsarkivet er vanligvis ikke mer enn 60 dager etter datoen for attestasjonsuttalelsen. (Jf. punkt 19)

1 VEDLEGG: EKSEMPEL PÅ UTTALELSE

Til kontrollutvalget i

ABC kommune

Uavhengig revisors attestasjonsuttalelse om etterlevelse av bestemmelser og vedtak for økonomiforvaltningen.

Vi har utført et attestasjonsoppdrag som skal gi moderat sikkerhet, i forbindelse med ABC kommunes etterlevelse av bestemmelser og vedtak for økonomiforvaltningen på følgende områder:

Kontroll av etterlevelse av reglene om anskaffelsesprotokoll i kommunens interne regelverk hvor vi kontrollerer om kommunen

1. Har gjennomført minikonkurranse i tråd med xxx for anskaffelser under terskelverdi
2. Har utarbeidet anskaffelsesprotokoll for slike anskaffelser i tråd med yyy

Vi har kontrollert perioden fra dd.måned.åååå.

Kriterier er hentet fra:

Kommunens rutine av dd.mm.åååå, xxxxx

Ledelsens ansvar for etterlevelse av bestemmelser og vedtak for økonomiforvaltningen

Kommunedirektøren er ansvarlig for å etablere administrative rutiner som sørger for at økonomiforvaltningen utøves i tråd med bestemmelser og vedtak, og at økonomiforvaltningen er gjenstand for betryggende kontroll.

Vår uavhengighet og kvalitetskontroll

Vi har utført oppdraget i samsvar med etiske retningslinjer for revisjonsselskapet, som inneholder uavhengighetskrav og andre krav basert på grunnleggende prinsipper om integritet, objektivitet, faglig kompetanse og tilbørlig aktsomhet, fortrolighet og profesjonell opptreden.

I samsvar med internasjonal standard for kvalitetskontroll (ISQC 1 Kvalitetskontroll for revisjonsfirmaer som utfører revisjon og forenklet revisorkontroll av regnskaper samt andre attestasjonsoppdrag og beslektede tjenester) har [revisjonsselskapets navn] et tilstrekkelig kvalitetskontrollsystem, herunder dokumenterte retningslinjer og rutiner for etterlevelse av etiske krav, faglige standarder og krav i gjeldende lovgivning og annen regulering.

Våre oppgaver og plikter

Vår oppgave er å avgi en uttalelse om etterlevelse av bestemmelser og vedtak for økonomiforvaltningen på grunnlag av bevisene vi har hentet inn. Vi har utført vårt attestasjonsoppdrag med moderat sikkerhet i samsvar med kommunelovens regler og RSK 301 Forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen. Standarden krever at vi planlegger og gjennomfører oppdraget for å oppnå moderat sikkerhet for hvorvidt det foreligger vesentlige feil eller mangler ved etterlevelse av bestemmelser og vedtak i kommunens økonomiforvaltning på det området vi har foretatt forenklet etterlevelseskontroll.

Vi baserer oppgaven på en risiko- og vesentlighetsvurdering som er lagt frem for kontrollutvalget.

Utføring av et attestasjonsoppdrag som skal gi moderat sikkerhet i henhold til RSK 301, innebærer å utføre handlinger for å innhente bevis for at bestemmelser og vedtak for økonomiforvaltningen etterleves. Typen, tidspunktet for og omfanget av de valgte handlingene er gjenstand for revisors skjønn. Moderat sikkerhet har klart lavere sikkerhetsgrad enn betryggende sikkerhet, og vi gir derfor ikke uttrykk for samme nivå av sikkerhet som i en revisjonsberetning.

Vi mener at vi har innhentet tilstrekkelig og hensiktsmessig bevis som grunnlag for vår konklusjon.

[Grunnlag for konklusjon med forbehold]

Her beskrives grunnlaget for et eventuelt forbehold.]

Konklusjon

Basert på de utførte handlingene og innhentede bevis er vi ikke blitt oppmerksomme på noe som gir oss grunn til å tro at ABC kommune ikke i det alt vesentlige har etterlevd bestemmelsene i de interne rutinene som gjelder for minikonkurranse og bruk av anskaffelsesprotokoll.

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

(Sted og dato)

(Revisors underskrift)

2 VEDLEGG: MAL UTTALELSE FRA LEDELSEN¹

Til

(revisjonsselskapets navn)
v/oppdragsansvarlig revisor
xxx yyyy

Uttalelse fra ledelsen vedrørende forenklet etterlevelseskontroll av (område som er kontrollert) i abc kommune.

Ledelsens ansvar

- Vi er kjent med, og har oppfylt vårt ansvar for å utforme og iverksette en hensiktsmessig intern kontroll for å sikre etterlevelse av lov, forskrift, egne reglementer og vedtak.
- Vi bekrefter at vi har gitt revisor all informasjon som er relevant og vesentlig for forenklet etterlevelseskontroll av (området som er kontrollert) og som vi er kjent med.
- Vi kjenner ikke til at det er manglende etterlevelse av lov, forskrift, egne reglementer eller vedtak i kommunen.

Sted og dato

sign
kommunedirektøren

sign
xxx xxxx

¹ Må tilpasses de faktiske forhold

3 VEDLEGG: RISIKO OG VESENTLIGHETSVURDERING

Risiko- og vesentlighetsvurdering



Sannsynlighet	Konsekvens/vesentlighet				
	Ubetydelige konsekvenser	Mindre alvorlige konsekvenser	Alvorlige konsekvenser	Meget alvorlige konsekvenser	Svært alvorlige konsekvenser
Svært sannsynlig	Green	Yellow	Red	Red	Red
Meget sannsynlig	Green	Yellow	Red	Red	Red
Sannsynlig	Green	Green	Yellow	Red	Red
Lite sannsynlig	Green	Green	Green	Yellow	Yellow
Usannsynlig	Green	Green	Green	Green	Green

Valideringsord	Beskrivelse
Lite sannsynlig	Svært tvilsomt
Mindre sannsynlig	Tvilsomt
Sannsynlig	Det er indikasjoner på
Meget sannsynlig	Vi tror at
Svært sannsynlig	Vi er overbevist om

Valideringsord	Beskrivelse
Ubetydelige konsekvenser	Uvesentlig, ingen som vil henge seg opp i manglende etterlevelse
Mindre alvorlige konsekvenser	Rammer få, eller flere i liten grad
Alvorlige konsekvenser	Kritisk/alvorlig
Meget alvorlige konsekvenser	Meget alvorlig, gjelder mange
Svært alvorlige konsekvenser	Katastrofalt, svært alvorlig. Rammer mange i stor grad

ØSTFOLD KONTROLLUTVALGSSEKRETARIAT KOF

Saksnr.: 2021/117
Dokumentnr.: 1
Løpenr.: 3395/2021
Klassering: 3016-192
Saksbehandler: Anita Rovedal

Møtebok

Behandlet av Kontrollutvalget Rakkestad	Møtedato 16.02.2021	Utvalgssaksnr. 21/5
---	-------------------------------	-------------------------------

Kontrollutvalgets Årsmelding 2020

Sekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

1. Kontrollutvalgets årsmelding for 2020 godkjennes.
2. Årsmeldingen oversendes kommunestyret med følgende forslag til vedtak:
Kontrollutvalgets årsmelding for 2020 tas til orientering

ØKUS KOF, 06.01.2021

Vedlegg

- Kontrollutvalgets årsplan 2020

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)

Ingen

Saksopplysninger

I henhold til kommunelovens § 23- 5 skal kontrollutvalget avgi rapport til bystyret om sin aktivitet. I samsvar med tidligere praksis avgir kontrollutvalget sin årsmelding til behandling i bystyret.

Vurdering

Årsmeldingen skal gi bystyret informasjon om kontrollutvalgets oppgaver og ansvar, møte og informasjonsaktivitet. Årsmeldingen gir også uttrykk for hva som er gjennomført av regnskapsrevisjon, forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll, samt resultatet og oppfølging av disse kontrollene.

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget at vedlagte årsmelding for 2020 vedtas. Årsmeldingen oversendes til bystyret med følgende forslag vedtak:

- Kontrollutvalgets årsmelding for 2020 tas til orientering

Kontrollutvalgets Årsmelding 2020

RAKKESTAD KOMMUNE



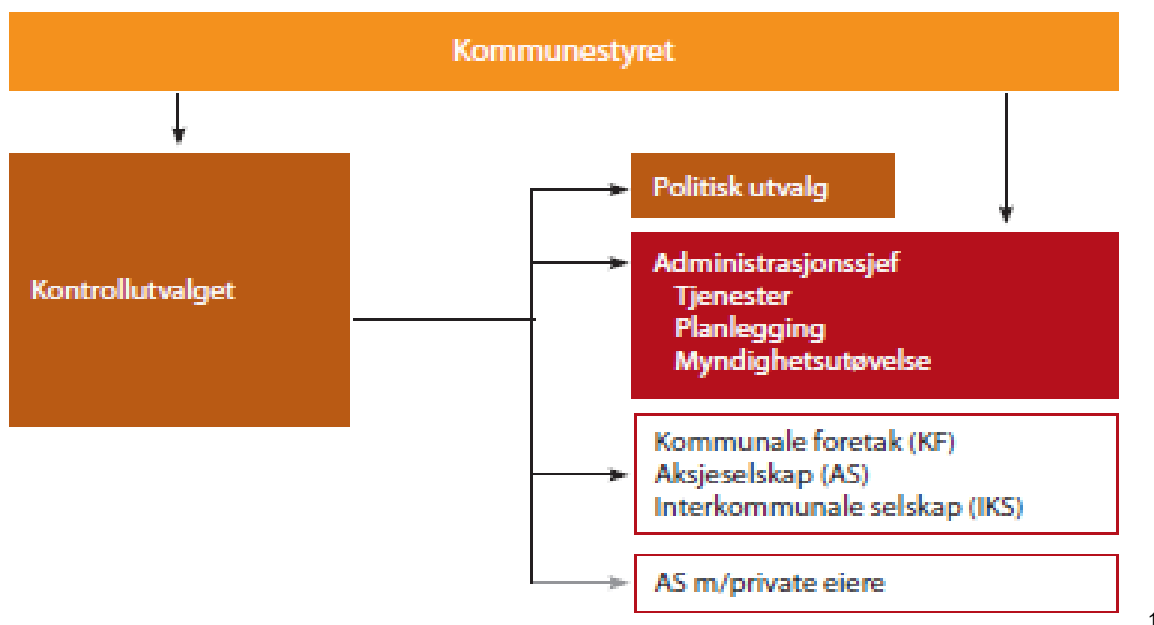
ØKUS KOF

Østfold kontrollutvalgssekretariat Kommunalt oppgavefelleskap

Kontrollutvalgets hjemmelsgrunnlag

Bestemmelsene om at kommunen skal ha et eget kontrollutvalg ble først hjemlet i kommuneloven LOV-1992-09-25-107. Bestemmelsene er videreført i ny kommunelov LOV-2018-06-22-83. Det fremgår av kapittel 23, § 23-1 at «Kommunestyret velger selv et kontrollutvalg som skal føre løpende kontroll på deres vegne».

Figuren under viser at det fra kommunestyret går to styringslinjer. Den ene går fra kommunestyret til administrasjonssjefen som har ansvaret for gjennomføringen av kommunens tjenesteproduksjon, planlegging og myndighetsutøvelse. Den andre styringslinjen representerer en uavhengig og ekstern kontroll som går gjennom kontrollutvalget.



Kontrollutvalgets oppgaver og ansvar

Kommunaldepartementet har i forskrift om kontrollutvalg og revisjon FOR-2019-06-17-904, gitt nærmere bestemmelser om kontrollutvalgets saksbehandling og oppgaver.

Påse-ansvaret

Kontrollutvalget har fire primære tilsyns- og kontrolloppgaver:

- Påse at kommunes regnskaper blir revidert på en betryggende måte
- Påse at det gjennomføres forvaltningsrevisjon
- Påse at kommunen fører kontroll med sine interesser i selskaper mm.
- Etterlevelseskontroll

Oppfølging av regnskapsrevisjonen

Kontrollutvalgets ansvar for å påse at regnskapsrevisjonen fungerer på en betryggende måte ivaretas blant annet gjennom at kontrollutvalget får seg forelagt revisjonsplaner, resultater etter kvalitetskontroller i revisjonen og uavhengighetserklæringer fra oppdragsansvarlige revisorer. I tillegg blir kontrollutvalget informert om spesielle forhold og funn som revisjonen har gjort.

¹ Hentet fra kontrollutvalgsboken 1.utg.

Plan for forvaltningsrevisjon

Kontrollutvalget skal minst en gang i valgperioden utarbeide en plan for gjennomføring av forvaltningsrevisjon. Kommunestyret skal vedta planen. Kommunestyret kan delegere til kontrollutvalget å foreta endringer i planperioden.

Plan for og gjennomføring av eierskapskontroll

Kontrollutvalget skal minst en gang i valgperioden utarbeide en plan for gjennomføring av eierskapskontroll. Kommunestyret skal vedta planen. Kommunestyret kan delegere til kontrollutvalget å foreta endringer i planperioden.

Rapportering

Kontrollutvalget skal avgi rapport til kommunestyret om hvilke forvaltningsrevisjoner og eierskapskontroller som er gjennomført og resultatet av disse.

Budsjettbehandling for kontrollarbeidet

Kontrollutvalget skal utarbeide forslag til budsjett for kontrollarbeidet i kommunen. Forslaget skal inneholde kostnadene til drift av kontrollutvalget, utvalgets sekretariat og den valgte revisjonen.

Innstilling på valg av revisor og revisjonsordning

Kommunestyret avgjør selv om kommunen skal ansette egne revisorer, delta i IKS eller inngå avtale med annen revisor. Vedtaket treffes etter innstilling fra kontrollutvalget.

Kontrollutvalgets sammensetting

Kommuneloven og forskrift om kontrollutvalg angir bestemte krav til dem som skal velges som medlemmer til kontrollutvalget. Det heter blant annet at medlem av kontrollutvalg ikke kan være medlem eller varamedlem av kommunal nemnd med beslutningsmyndighet eller ansatt i kommunen.

Kontrollutvalget skal i henhold til kommunelovens §23-1, bestå av minimum fem medlemmer. Det er opp til kommunestyret å bestemme om kontrollutvalget skal ha flere medlemmer enn lovens minstekrav. Kommunestyret i Rakkestad har for perioden 2019-2023 vedtatt at kontrollutvalget skal ha fem medlemmer. Minst ett av utvalgets medlemmer skal velges blant kommunestyrets medlemmer.

Medlemmer for perioden 2019-2023

Finn Kultorp, leder, Ap
Ellen Solbrække, nestleder, Ap
Inger Kaatorp, Sp
John Martin Snopestad, Sp
Jan Ståle Lintho, FrP

Varamedlemmer 2019-2023

Fellesliste i rekkefølge:

Sjur Hagestande, H
Roger Olstad, Ap
Svein Iver Gjølby, Sp
Tove Tjerbo, (Ap)
Ole Jørgen Bjørnstad, Sp

Kontrollutvalgets møte- og informasjonsaktivitet

Indre Østfold kontrollutvalgssekretariat IKS (IØKUS) har utført sekretariatstjenesten i 2020. Østfold kontrollutvalgssekretariat (ØKUS) har bistått tjenesten gjennom en samarbeidsavtale med IØKUS i en overgangsperiode ut 2020, grunnet avvikling av IØKUS. Rakkestad kommune har vedtatt å inngå i ØKUS KOF fra 2021.

Sekretariatfunksjonen har vært ivaretatt slik at møteinnkallinger, saksdokumenter og protokoller er blitt behandlet og utformet på tilnærmet samme måte som for øvrige politiske organ. Møteinnkallinger og sakskart er sendt elektronisk til utvalgets medlemmer, ordfører og rådmann.

Kontrollutvalgets møteplan og møtedokumenter blir løpende publisert på kommunes hjemmeside.

Kontrollutvalget har i 2020 avholdt 4 møter. Covid-19 situasjonen har preget utvalgets møter i den forstand at to av fire møter har foregått digitalt via Teams. Til sammen er det behandlet 34 saker.

Statistikk for de fire siste årene:

	2020	2019	2018	2017
Møter	4	5	4	5
Saker	34	31	30	29

Ordføreren holdes orientert om arbeidet i kontrollutvalget ved at ordfører fortløpende får tilsendt utvalgets saksdokumenter og protokoller.

Kontrollutvalget har bestemt at rådmann inviteres til utvalgets møter ved behov.

Leder av kontrollutvalget forestår for øvrig den uformelle kontakten med den politiske ledelse i kommunen.

Ordfører har informert om prosesser vedrørende sekretariatsordning og arbeidet som blir gjort med avvikling av Indre Østfold Kontrollutvalgssekretariat IKS, samt settesekretariat som skal bistå kontrollutvalget med å innstille på ny sekretariatsordning.

Ved behandling av kommunes årsregnskap for 2019 var rådmann til stede i møtet for å redegjøre for årets regnskap og resultat.

Seksjonsleder for teknikk, miljø og landbruk har informert om seksjonenes ansvarsområder, organisering, utfordringer og lignende.

Behandlede saker i 2020

I 2020 er regnskapsrevisjon, forvaltningsrevisjon og eierskapskontrollen utført av Østre Viken kommunerevisjon IKS.

Plandokumenter

Kontrollutvalget har i 2020 behandlet følgende plandokumenter for sin virksomhet:

- Møteplaner for kontrollutvalget
- Overordnet revisjonsstrategi for regnskapsrevisjon 2020
- Budsjett for kontroll- og tilsyn 2021
- Plan for forvaltningsrevisjon 2021

Regnskapsrevisjon

Kontrollutvalgets uttalelse til årsregnskapet for 2019

Kontrollutvalget har i 2020 avgitt uttalelse til kommunestyret om Rakkestad kommunes årsregnskap for 2019.

Revisjonsberetningen for regnskapsåret 2019

Resultatet av regnskapsrevisjonen rapporteres direkte fra revisjonen til kommunestyret gjennom revisjons-beretningen.

Revisjonsbrev

I tillegg til revisjonsberetningen skal revisor også rapportere andre forhold som er avdekket gjennom revisjonen. Slik rapportering skal skje til kontrollutvalget, med kopi til rådmannen. Rapportering av slike forhold skal skje i form av "nummererte brev" og notater. Kommune-loven § 24-7 til §24-9, samt forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 3 gir bestemmelser om hvilke forhold som skal rapporteres.

Kontrollutvalget har ikke behandlet noen revisjonsbrev i 2020.

Etterlevelseskontroll

I følge kommunelovens §24-9 skal regnskapsrevisor «se etter om kommunens eller fylkeskommunens økonomiforvaltning i hovedsak foregår i samsvar med bestemmelser og vedtak».

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

«Revisors attestasjonsuttalelse til etterlevelseskontrollen 2019»

Saken ble behandlet i kontrollutvalgets møte 21.10.2020. Revisors konklusjon var som følger: «Basert på de utførte handlinger og innhentede bevis er vi ikke blitt oppmerksomme på noe som gir oss grunn til å tro at Rakkestad kommune ikke i det alt vesentlige har etterlevd regelverk og interne rutiner for håndtering av merverdiavgift».

Kontrollutvalget tok kontroll med etterlevelsen av «merverdiavgiftskompensasjon» til orientering.

Forvaltningsrevisjon

Kontrollutvalget har behandlet én forvaltningsrevisjonsrapport i 2020:

«Grunnskole – kvalitet i undervisningen»

Saken ble behandlet i utvalgets møte den 12.05.2020. Formålet med prosjektet var å undersøke i hvilken grad kommunen arbeider systematisk med å sørge for god kvalitet i undervisningen ved grunnskolen. For å besvare problemstillingen har revisjonen kontrollert om kommunen har planer og rutiner på plass for å sikre kompetanse, skolebasert vurdering, involvering av skoleeier, lærernorm og tilpasset opplæring.

Revisjonen konkluderer med at kommunen i stor grad arbeider systematisk med å sørge for god kvalitet i undervisningen ved grunnskolen. Revisjonen vurderer imidlertid at kommunen har enkelte forbedringsområder og gir derfor fire anbefalinger til kommunen.

Kontrollutvalget tok forvaltningsrevisjonsrapport «Kvalitet i undervisningen

ved grunnskolen», samt rådmannens uttalelse til rapporten til etterretning, og sluttet seg til revisjonens anbefalinger:

- Rakkestad kommune skal, jmfør opplæringslovens § 13-10, sørge for at tilstandsrapporten/ kvalitetsmeldingen som omhandler læringsmiljø, læringsresultater og frafall, behandles av kommunestyret årlig.
- Rakkestad kommune skal, så fort det lar seg gjøre, legge frem tilstandsrapporten 2018/19 for kommunestyret til behandling.
- Rakkestad kommune bør styrke sin innsats for å gjøre kvalitetssystemene bedre kjent blant ansatte ved skolene i kommunen.
- Rakkestad kommune bør, i lys av den relativt høye andelen elever som mottar spesialundervisning, styrke sin innsats for å gi tilpasset opplæring innenfor rammene av ordinær undervisning.

Rapporten med anbefalinger ble oversendt kommunestyret for videre behandling. Kommunestyret behandlet saken den 18.06.2020.

Oppfølging av tidligere forvaltningsrevisjoner

Kontrollutvalget skal påse at vedtak om forvaltningsrevisjonsrapporter følges opp, og siden melde til kommunestyret om hvordan vedtaket og revisors anbefalinger har blitt fulgt opp av administrasjonen. Videre skal kontrollutvalget vurdere om vedtaket er fulgt opp på en tilfredsstillende måte.

Det er ikke behandlet noen oppfølgingsrapport i 2020. Imidlertid har rådmann informert om oppfølging av forvaltningsrevisjonsrapport «Offentlige anskaffelser – Utbyggingsprosesser» i kontrollutvalgets møte den 12.05.2020. Kontrollutvalget tok informasjon fra rådmann til orientering og ba om en informasjon om rutiner for budsjettjusteringer ved byggesaker høsten 2020.

Eierskapskontroll

Formålet med eierskapskontroll fremkommer av § 23-4 i kommuneloven. Ifølge bestemmelsen innebærer en eierskapskontroll å kontrollere om den som utøver kommunens eierinteresser, gjør dette i samsvar med lover og forskrifter, kommunestyrets vedtak og anerkjente prinsipper for eierstyring.

Kontrollutvalget skal minst en gang i valgperioden, og senest innen utgangen av året etter kommunestyret er konstituert, utarbeide en plan for hvilke eierskapskontroller som skal gjennomføres. Planen vedtas av kommunestyret selv.

Det har ikke vært behandlet rapport for eierskapskontroll i 2020. Kontrollutvalget behandlet i sitt møte 15.12.2020 prosjektplan for Deltagruppen AS

Henvendelser til kontrollutvalget

Kontrollutvalget kan også behandle henvendelser fra innbyggere eller andre aktører som mener de har en sak for kontrollutvalget. For hver henvendelse må det vurderes om den hører inn under kontrollutvalgets oppgaver og om den skal prioriteres.

Kontrollutvalget har ikke mottatt og behandlet henvendelser i 2020.

Andre saker og informasjon

«Sekretariatsordning for kontrollutvalget i Marker kommune»

Saken ble behandlet i fjernmøte via Teams den 09.06.2020 med K-sekretariatet som settesekretariat. Det ble utredet og vurdert levering av sekretariatstjenester fra Østfold kontrollutvalgssekretariat og Romerike kontrollutvalgssekretariat. Rakkestad kommune vedtok å inngå i Østfold kontrollutvalgssekretariat (ØKUS KOF).

Av andre saker som kontrollutvalget har behandlet nevnes:

- Godkjenninger av protokoller
- Kontrollutvalgets årsmelding for 2019
- Presentasjon av Østre Viken kommunerevisjon
- Prosjektplan «Kvalitet i sykehjem og sykefraværsoppfølging»
- Prosjektplan - Eierskapskontroll Deltagruppen AS
- Uavhengighetserklæringer fra oppdragsansvarlig revisor
- Medlemskap i Forum for kontroll og tilsyn (FKT)
- Workshop risiko- og vesentlighetsvurderinger i forkant av plan for forvaltningsrevisjon
- Informasjon fra revisjonen om ulikhetene mellom privat- og kommunalt regnskap

Kontrollutvalget har også fått seg forelagt referatsaker og korte meldinger/orienteringer som tas til orientering i samsaker. Som eksempel nevnes kontrollutvalgets protokoller og kommunestyrets behandling av saker fra kontrollutvalget.

Denne årsmeldingen er behandlet og godkjent av kontrollutvalget i møte den 16. februar 2021.

Finn Kultorp (s)
Kontrollutvalgets leder

ØSTFOLD KONTROLLUTVALGSSEKRETARIAT

Saksnr.: 2021/117
Dokumentnr.: 5
Løpenr.: 24465/2021
Klassering: 3016-192
Saksbehandler: Caroline Klæboe Roos

Møtebok

Behandlet av Kontrollutvalget Rakkestad	Møtedato 16.02.2021	Utvalgssaksnr. 21/6
---	-------------------------------	-------------------------------

Østre Viken Kommunerevisjon IKS - Engasjement brev

Sekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

1. Engasjementsbrev fra Østre Viken Kommunerevisjon IKS, tas til orientering

Fredrikstad, 01.02.2021

Vedlegg

Østre Viken Kommunerevisjon IKS: Engasjementsbrev – Rakkestad kommune, datert 28.01 2021

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)

Ingen

Saksopplysninger

Daglig leder i Østre Viken Kommunerevisjon IKS har oversendt engasjementsbrev til kontrollutvalget. Hensikten med engasjementsbrevet er å beskrive vilkårene for revisjonsoppdraget og kommunisere dette med oppdragsgiver, slik at det er en felles forståelse for hva revisjonen arbeidsoppgaver og ansvar innebærer.

Vurdering

Revisjonens fremleggelse av engasjementsbrev kan sees som et element i kontrollutvalgets påseansvar overfor revisjonen. Sekretariatet viser til Forskrift om kontrollutvalg og revisjon i kommuner og fylkeskommuner § 3 punkt b: «regnskapsrevisjonen utføres i samsvar med lov, forskrift og kontrollutvalgets instruks og avtaler med revisor..»

Norges Kommunerevisorforbund (NKRF) revisjonskomite har anbefalt at dette bør gjøres minst en gang hver valgperiode.

Revisjonens engasjement brev beskriver i hovedtrekk hva lovbestemt revisjonsarbeidet består av, og også andre kontrollhandlinger og uttalelser som gjennomføres samt hvordan

kontrollarbeidet blir rapportert. Vedrørende revisjonens økonomiske forhold vises det til selskapsavtale samt revisjonsavtale, datert 21.12 2020.

Sekretariatet har ingen bemerkninger til engasjementsbrevet, og anbefaler derfor kontrollutvalget om å ta engasjementsbrevet fra revisjonen til orientering.

Til kontrollutvalget i Rakkestad kommune

Rolvøy 28.01.2021

ENGASJEMENTSBREV – Rakkestad kommune

1. Innledning

Østre Viken kommunerevisjon IKS ble i sak 91/19 valgt til revisor for Rakkestad kommune fra 01.01.2020. Revisjonen består av regnskapsrevisjon, forvaltningsrevisjon, eierskapskontroll og annen kontroll som er bestemt i lov eller i medhold av lov og andre uttalelser og kontrollhandlinger, og omfatter revisjonen av kommuneregnskapet.

Med utgangspunkt i de revisjonsbestemmelsene som gjelder for kommuner og fylkeskommuner, herunder standarder for god kommunal revisjonsskikk, vil vi i dette brevet beskrive vår forståelse av revisjonsoppdraget, slik at utvalget får en oppfatning av rollefordeling og hva som kan forventes av oss.

De økonomiske forhold mellom revisjonen og kontrollutvalget som oppdragsgiver er behandlet i gjeldende selskapsavtale samt revisjonsavtale datert 21.12.2020.

2. Revisjonen – formål og innhold

Revisor skal utføre regnskapsrevisjon, forvaltningsrevisjon, eierskapskontroll og annen kontroll som er bestemt i lov eller i medhold av lov, jf. kommuneloven § 24-2. Revisjon av kommunal og fylkeskommunal virksomhet skal skje i henhold til god kommunal revisjonsskikk.

Vi vil gjennomføre og rapportere resultatene av vår revisjon i henhold til god kommunal revisjonsskikk, som er en rettslig standard. Innholdet i dette begrepet er normert av kommunelovens bestemmelser om revisjon, tilhørende forskrifter og etablerte og anerkjente standarder på området. Som medlem av Norges Kommunerevisorforbund (NKRF) er vi underlagt jevnlig eksterne kvalitetskontroller.

Revisor har plikt til løpende å foreta en vurdering av egen uavhengighet. Oppdragsansvarlig revisor skal hvert år avgi en skriftlig egenvurdering av sin uavhengighet til kontrollutvalget i samsvar med forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 19.

Ledelsenes ansvar

I henhold til kommuneloven er det kommunedirektøren som er ansvarlig for at kommunens interne administrative kontroll og økonomiforvaltning er ordnet på en betryggende måte og er gjenstand for

betryggende kontroll. Det er også kommunedirektørens ansvar å utarbeide og fremme kommunens årsberetning og avlegge årsregnskapet i samsvar med bestemmelsene i kommuneloven, forskrift om økonomiplan, årsbudsjett, årsregnskap og årsberetning for kommuner og fylkeskommuner mv. og god kommunal regnskapsskikk.

Kommunens ledelse har også ansvaret for at vi som revisor har ubegrenset tilgang til registrerte opplysninger, dokumentasjon og annen informasjon vi finner nødvendig for å kunne utføre vårt arbeid, herunder korrespondanse, kontrakter, protokoller m.v. Dette inkluderer også tilgang til systembeskrivelser og nødvendig veiledning.

Kommunestyret og kontrollutvalgets ansvar

Kommunestyret er kommunens øverste organ, og har det øverste ansvaret for å kontrollere den kommunale forvaltning. Kommunestyret velger selv et kontrollutvalg til å forestå løpende kontroll med den kommunale forvaltning på sine vegne. Kontrollutvalget skal påse at kommunens regnskap blir forsvarlig revidert. Videre skal kontrollutvalget påse at det utføres forvaltningsrevisjon av kommunens virksomhet og av selskaper kommunen har eierinteresser i. Kontrollutvalget skal også påse at det føres kontroll med forvaltningen av kommunens eierinteresser i selskaper (eierskapskontroll).

Forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll

Forvaltningsrevisjon innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak, kommuneloven § 23-3.

Eierskapskontroll innebærer å kontrollere om den som utøver kommunens eller fylkeskommunens eierinteresser, gjør dette i samsvar med lover og forskrifter, kommunestyrets eller fylkestingets vedtak og anerkjente prinsipper for eierstyring, jf. kommuneloven § 23-4.

Kontrollutvalget skal minst én gang i valgperioden, og senest innen utgangen av året etter at kommunestyret eller fylkestinget er konstituert, utarbeide planer som viser på hvilke områder det skal gjennomføres forvaltningsrevisjoner og eierskapskontroller. Planene skal baseres på en risikovurdering av kommunens eller fylkeskommunens virksomhet, virksomheten i kommunens eller fylkeskommunens selskaper og av kommunens eierskap. Hensikten med risiko- og vesentlighetsvurderingen er å finne ut hvor det er størst behov for forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll.

Planene skal vedtas av kommunestyret og fylkestinget selv. Kommunestyret og fylkestinget kan delegere til kontrollutvalget å gjøre endringer i planen. Kontrollutvalget bestiller forvaltningsrevisjoner og eierskapskontroller basert på plan vedtatt av kommunestyret.

Innenfor forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll er det NKRF som er det standardsettende organ. Grunnlaget og bakgrunnen for den enkelte forvaltningsrevisjon/eierskapskontroll vil være beskrevet ved planlegging og rapportering av hvert oppdrag, slik at denne oppgaven ikke blir beskrevet ytterligere i dette brevet. Se for øvrig nærmere om rapportering under eget avsnitt.

Oppdragsansvarlig revisor utpekes av revisjonsenheten til hvert oppdrag i forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll.

Regnskapsrevisjon

Årsregnskapet og de aktuelle delene av årsberetningen

I regnskapsrevisjonen er vår hovedoppgave å kontrollere om årsregnskapet inneholder vesentlig feilinformasjon og å avgi en uavhengig uttalelse (revisjonsberetning) om at revisor har betryggende sikkerhet for at årsregnskapet ikke inneholder vesentlig feilinformasjon og at det er avgitt i samsvar med lov og forskrifter. I tillegg kontrollerer vi om den revisjonspliktiges ledelse har oppfylt sin plikt til å sørge for ordentlig og oversiktlig registrering og dokumentasjon av regnskapsopplysninger.

Vi kontrollerer om årsberetningen inneholder de opplysningene som lov og forskrift krever, og om opplysningene om økonomi i årsberetningen stemmer overens med årsregnskapet. Vi ser også etter om årsberetningen gir dekkende opplysninger om vesentlige beløpsmessige avvik fra årsbudsjettet og om vesentlige avvik fra kommunestyrets eller fylkestingets premisser for bruken av bevilgningene er dekkende beskrevet i årsberetningen.

Årsregnskapet, herunder konsolidert årsregnskap, skal iht. kommuneloven § 14-6 være avlagt av kommunedirektøren innen 22. februar i året etter regnskapsåret. Årsberetningen skal avgis senest 31. mars. Kommunedirektørens ansvar omfatter også ansvar for at registrering, dokumentasjon og oppbevaring av regnskapsopplysninger er innrettet på en ordentlig og oversiktlig måte.

Videre er det vår oppgave å se etter at kommunen har ordnet den økonomiske internkontrollen på en betryggende måte og med forsvarlig kontroll.

Revisjonens utførelse og forholdet til intern kontroll

God kommunal revisjonsskikk innebærer blant annet at vi kontrollerer utvalgte deler av materialet som underbygger informasjonen i årsregnskapet, foretar analytiske vurderinger og andre revisjonshandlinger som vi etter forholdene finner hensiktsmessige.

På grunn av en revisjons iboende begrensninger, sammen med den interne kontrollens iboende begrensninger, er det alltid risiko for at ikke all vesentlig feilinformasjon i regnskapet avdekkes, selv om revisjonen er planlagt og utført i samsvar med god kommunal revisjonsskikk, herunder de internasjonale revisjonsstandardene (ISA-ene). Ved vår risikovurdering vurderer vi de interne kontrollene som er relevant for kommunens eller enhetens utarbeidelse av årsregnskapet med det formål å utforme revisjonshandlinger som er hensiktsmessige ut fra omstendighetene, men ikke for å gi uttrykk for effektiviteten av enhetens interne kontroll. Slike revisjoner eller gjennomganger vil eventuelt kunne avtales.

Generelt vil en effektiv intern kontroll (kommunens egen) redusere risikoen for at misligheter og feil vil oppstå uten å bli avdekket, men vil aldri kunne eliminere denne risikoen. Omfanget av vårt revisjonsarbeid påvirkes av kvaliteten på, og effektiviteten av kommunens interne kontroll, samt regnskaps- og rapporteringsrutiner. Vi vil rapportere skriftlig om eventuelle vesentlige mangler i den interne kontrollen som vi har identifisert under revisjonen, se nærmere om dette under avsnittet rapportering.

Registrering og dokumentasjon av regnskapsopplysninger

Når vi konkluderer om registrering og dokumentasjon av regnskapsopplysninger i revisjonsberetningen, vil revisjonen være utført i samsvar med den internasjonale standard for attestasjonsoppdrag (ISAE) 3000 «Attestasjonsoppdrag som ikke er revisjon eller begrenset revisjon av historisk finansiell informasjon». Denne standarden krever at vi etterlever etiske krav, planlegger og gjennomfører vårt arbeid for å oppnå betryggende sikkerhet for at det ikke er vesentlige formelle mangler knyttet til registrering og dokumentasjon av regnskapsopplysninger. Slike vurderinger innebærer gjennomføring av kontrollhandlinger for å innhente bevis om disse forholdene. De valgte kontrollhandlingene avhenger av revisors skjønn, herunder vurderingen av risikoene for vesentlige mangler.

Ved vurderingen av ledelsens plikter med hensyn til registrering og dokumentasjon av regnskapsopplysninger, innhenter revisor informasjon om kommunens interne rutiner for å vurdere samsvaret med lov, forskrift og god bokføringsskikk, men ikke for å gi uttrykk for en mening om effektiviteten av kommunens interne kontroll.

Forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen

I samsvar med kommuneloven § 24-9 og god kommunal revisjonsskikk er det vår oppgave å se etter om kommunens økonomiforvaltning i hovedsak foregår i samsvar med bestemmelser og vedtak. Denne kontrollen skal gjennomføres med begrensede ressurser og baseres på en risiko- og vesentlighetsvurdering som legges fram for kontrollutvalget. Resultatet av kontrollen rapporteres i en skriftlig uttalelse til kontrollutvalget som avgis senest 30. juni.

Uttalelsen gis med moderat sikkerhet og avgis etter RSK 301 «Forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen». Standarden krever at vi etterlever etiske krav, planlegger og gjennomfører vårt arbeid for å oppnå moderat sikkerhet i uttalelsen om etterlevelse på det området som velges for kontroll.

Misligheter

Revisor bidrar gjennom revisjonen til å forebygge og avdekke misligheter og feil. Hvis revisor avdekker eller på annen måte blir kjent med misligheter, skal revisor straks melde fra om det til kontrollutvalget i nummerert brev, dette fremkommer i kommuneloven § 24-7.

Når saksforholdet er nærmere klarlagt, skal revisor sende nytt brev til kontrollutvalget. Revisor skal sende kopi av brevet til kommunedirektøren.

Andre bekreftelser enn revisjonsberetningen som inngår i oppdraget

Vi vil avgi følgende revisorbekreftelser mv. i samsvar med lov og god kommunal revisjonsskikk:

- Underskrift på kontrolloppstillingen for lønns- og pensjonskostnader (skatteforvaltningsforskriften § 7-2-11 – RF 1022).
- Merverdiavgift (mva/moms) - krav om kompensasjon (RF-0009)
- Antall psykisk utviklingshemmede
- Tilskudd ressurskrevende tjenester

- Andre revisjonsbekreftelser etter forespørsel fra kommunen

Oppdragsansvarlig regnskapsrevisor er Jostein Ek.

3. Innsynsrett og taushetsplikt

Revisor kan kreve enhver opplysning, redegjørelse eller ethvert dokument hos kommunen og foreta de undersøkelser som revisor finner nødvendige for å gjennomføre oppgavene.

Både oppdragsansvarlig revisor og revisjonsmedarbeiderne har taushetsplikt etter forvaltningsloven §§ 13 til 13e. Dette følger av kommunelovens § 24-2 femte ledd. Taushetsplikten gjelder ubegrenset i tid, også etter at oppdraget er avsluttet.

Taushetsplikten er dog ikke til hinder for at kontrollutvalget får den informasjon om resultater av revisjonen som er nødvendige.

4. Rapportering og dialog

Engasjementsbrev for revisjonsoppdraget utarbeides for hver valgperiode eller oftere dersom det er forhold som tilsier det.

Revisjonen avholder årlig planleggingsmøte i forbindelse med oppstart av regnskapsrevisjonen.

Det utarbeides oppstartsbrev og avholdes oppstartmøte ved oppstart av det enkelte forvaltningsrevisjonsprosjektet og eierskapskontrollen. Oppstartsbrevene sendes administrasjonen.

Revisjonen rapporterer forvaltningsrevisjoner og eierskapskontroller til kontrollutvalget i egne rapporter.

Regnskapsrevisjonen rapporteres slik til kontrollutvalget:

1. Presentasjon av revisjonsstrategi ved inngangen til nytt revisjonsår
2. Oppsummering av årets revisjon og revisjonsresultater ved avslutning av revisjonen
3. Revisjonsberetning
4. Nummererte brev (se nedenfor)
5. Skriftlig uttalelse om forenklet etterlevelseskontroll

Vi legger vekt på å ha en god dialog med kontrollutvalget.

Nummererte brev

Vi kan gjennom regnskapsrevisjonen finne forhold som ikke blir påpekt i revisjonsberetningen, men vi finner det nødvendig å påpeke i nummerert brev. Slike nummererte brev vil bli sendt til kontrollutvalget med kopi til kommunedirektøren. Kontrollutvalget har et ansvar for å påse at forhold som er påpekt av revisor blir fulgt opp.

I henhold til kommuneloven § 24-7 skal revisor påpeke følgende forhold i nummererte brev:

- a. vesentlige feil som kan føre til at årsregnskapet ikke gir riktig informasjon
- b. vesentlige mangler ved registrering og dokumentasjon av regnskapsopplysninger
- c. vesentlige mangler ved den økonomiske internkontrollen
- d. manglende eller mangelfull redegjørelse i årsberetningen for vesentlige budsjettavvik
- e. enhver mislighet

- f. hvorfor han eller hun ikke har skrevet under på oppgaver som kommunen eller fylkeskommunen skal sende til offentlige myndigheter, og som revisor etter lov eller forskrift skal bekrefte
- g. hvorfor han eller hun sier fra seg revisjonsoppdraget.

Revisor skal årlig gi en skriftlig oppsummering til kontrollutvalget om forhold som er tatt opp i nummererte brev, men som ikke er rettet opp eller som ikke er tilstrekkelig fulgt opp.

Brev med påpekning av mindre vesentlige feil eller mangler vil bli sendt direkte til administrasjonen.

Uttalelser fra kommunens ledelse

I forbindelse med årsavslutningen vil vi i henhold til god kommunal revisjonsskikk innhente en skriftlig uttalelse fra ledelsen om fullstendigheten og riktigheten av de opplysninger som gis i årsregnskapet. På samme måte er vi pålagt å innhente skriftlige uttalelser fra ledelsen om kjennskap til eller mistanke om misligheter mv. Disse uttalelsene vil innhentes fra administrasjonen.

I forbindelse med avslutningen av forenklet etterlevelseskontroll av økonomiforvaltningen innhenter revisor en skriftlig uttalelse fra ledelsen for den aktuelle kontrollen.

5. Personvern

For å gjennomføre revisjonen og andre oppdrag under dette engasjementsbrevet, vil vi behandle personopplysninger slik det er beskrevet i vår personvernerklæring. Personvernerklæringen er tilgjengelig på vår nettside <https://www.ovkr.no/personvernerklaering/>. Vi er behandlingsansvarlig etter personvernreglene for de personopplysningene vi behandler i forbindelse med oppdraget og vi inngår derfor ikke en databehandleravtale.

6. Andre tjenester

Vår organisasjon har medarbeidere med betydelig kompetanse og praksis innenfor mange fagområder. Dette gjør oss i stand til å yte kompetent veiledning til dere, og som medlem av NKRF kan vi også trekke på kompetansen i et stort fagmiljø. Vi bistår gjerne med veiledning innenfor intern kontroll, merverdiavgift, regnskapsføring, budsjetter, lov og forskrifter osv., så langt det lar seg gjøre innenfor vår oppgave som revisor.

Vi håper innholdet i dette brevet samsvarer med kontrollutvalgets forståelse av revisors rolle og ansvarsområder, og vi ser frem til et godt og konstruktivt samarbeid. Hvis noe er uklart eller utvalget har spørsmål, er det bare å ta kontakt.

Med hilsen

Østre Viken kommunerevisjon IKS



Jolanta Betker, daglig leder

Rolvøy, 28.01.2021

ØSTFOLD KONTROLLUTVALGSSEKRETARIAT

Saksnr.: 2021/117
Dokumentnr.: 6
Løpenr.: 24486/2021
Klassering: 3016-192
Saksbehandler: Caroline Klæboe Roos

Møtebok

Behandlet av Kontrollutvalget Rakkestad	Møtedato 16.02.2021	Utvalgssaksnr. 21/7
---	-------------------------------	-------------------------------

Uavhengighetserklæring fra oppdragsansvarlig revisorer

Sekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

1. Uavhengighetserklæring fra oppdragsansvarlige revisorer, tas til orientering

Fredrikstad, 01.02.2021

Vedlegg

Uavhengighetserklæring fra oppdragsansvarlige revisorer

- Daglig leder Jolanta Betker, datert 18.01 2021
- Oppdragsansvarlig revisor Casper Støten, datert 18.01 2021
- Oppdragsansvarlig revisor Jostein Ek, datert 15.01 2021

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)

Kommuneloven, forskrift for kontrollutvalg og revisjon og Forum for kontroll og tilsyn (FKT) - veileder for kontrollutvalgets påse-ansvar overfor revisor.

Saksopplysninger

I henhold til kommunelovens § 24-4 skal revisor være uavhengig og ha god vandel. I følge forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 19 skal oppdragsansvarlig revisor hvert år, og ellers ved behov, avgi til kontrollutvalget en skriftlig egenvurdering av uavhengighet.

I brev til kontrollutvalget i Rakkestad kommune har oppdragsansvarlig revisorer på oppdraget avgitt sin skriftlige egenvurdering om uavhengighet.

Vurdering

Kontrollutvalget har en oppgave å se til at kommunen har en betryggende revisjonen, og som ledd i dette skal revisor avlegge uavhengighetserklæring. Kontrollutvalget påse-ansvar er også i tråd med FKT sin veileder. Sekretariatet kan ikke se at det er forhold som tilsier at revisors uavhengighet ikke er ivaretatt. Sekretariatet anbefaler derfor kontrollutvalget om at uavhengighetserklæring fra oppdragsansvarlige revisorer tas til orientering.

Til kontrollutvalget i Rakkestad kommune

Vurdering av daglig leders uavhengighet for Rakkestad kommune

Innledning

Ifølge kommuneloven § 24-4 skal revisor være uavhengig og ha godandel. Nærmere krav til revisors uavhengighet ogandel følger av Forskrift om kontrollutvalg og revisjon (2019) §§ 16-19.

Kravene til uavhengighet og objektivitet gjelder for alle som utfører revisjon for kommunen, herunder regnskapsrevisjon, forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll. Dette omfatter både oppdragsansvarlig revisor, medarbeidere på oppdraget og eventuelt andre som er engasjert på oppdraget.

Østre Viken kommunerevisjon IKS har et kvalitetskontrollsystem i samsvar med internasjonal standard for kvalitetskontroll (ISQC 1). Kvalitetskontrollsystemet omfatter dokumenterte retningslinjer og rutiner for etterlevelse av etiske krav, faglige standarder og krav i gjeldende lovgivning og annen regulering. Som en del av kvalitetskontrollsystemet har vi rutiner for å følge opp og sikre at revisjonsteamet har tilstrekkelig uavhengighet.

Ifølge Forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 19 skal daglig leder hvert år, og ellers ved behov, gi en skriftlig egenvurdering av sin uavhengighet til kontrollutvalget. Denne egenvurderingen følger nedenfor.

Daglig leders vurdering av uavhengighet

Forskriftskrav	Daglig leders egenvurdering
Overordnet krav til uavhengighet (§ 16)	Undertegnede bekrefter at det ikke foreligger spesielle forhold som er egnet til å svekke tilliten til revisors uavhengighet og objektivitet.
Tilknytning til den reviderte virksomheten (§ 17)	Undertegnede har ikke selv eller nærstående som har en slik tilknytning til den reviderte eller kontrollerte virksomheten eller virksomhetens ansatte eller tillitsmenn at den er egnet til å svekke revisorens uavhengighet og objektivitet.
Stillinger i kommunen (§ 18 a)	Undertegnede har ikke stillinger eller verv i kommunen.
Stillinger i virksomhet (§ 18 b)	Undertegnede har ikke andre stillinger i en virksomhet som kommunen deltar i eller er eier av, utover at Østre Viken kommunerevisjon utfører revisjon og er organisert som et interkommunalt selskap.
Medlem av styrende organer (§ 18 c)	Undertegnede er ikke medlem av styrende organer i virksomhet som kommunen deltar i eller er eier av, utover at Østre Viken kommunerevisjon utfører revisjon og er organisert som et interkommunalt selskap.

Forskriftskrav	Daglig leders egenvurdering
Deltakelse eller funksjoner i annen virksomhet (§ 18 d)	Undertegnede deltar ikke i, eller har funksjoner i en annen virksomhet, som kan medføre at revisors interesser kommer i konflikt med interessene til kommunen, eller på annen måte er egnet til å svekke tilliten til revisor.
Rådgivning eller andre tjenester (§ 18 e)	<p>Før slike tjenester gjør undertegnede en vurdering av rådgivningens eller tjenestens art med hensyn til revisors uavhengighet og objektivitet. Dersom vurderingen konkluderer med at utøvelse av slik tjeneste kommer i konflikt med kontrollutvalgs- og revisjonsforskriften § 18 e, utfører vi ikke tjenesten. Revisor vurderer hvert enkelt tilfelle særskilt.</p> <p>Revisor besvarer løpende spørsmål/henvendelser som er å betrakte som veiledning og bistand og ikke revisjon. Undertegnede er bevisst på at også slik veiledning må skje med varsomhet og på en måte som ikke binder opp revisors senere revisjons- og kontrollvurderinger.</p> <p>Undertegnede har ikke ytet rådgivnings- eller andre tjenester overfor kommunen som kommer i konflikt med denne bestemmelsen.</p>
Tjenester under kommunens egne ledelses- og kontrolloppgaver (§ 18 f)	Undertegnede har ikke ytet tjenester overfor kommunen som hører inn under kommunens egne ledelses- og kontrolloppgaver.
Fullmektig for den revisjonspliktige (§ 18 g)	Undertegnede opptrer ikke som fullmektig for kommunen.

Rolvøy, 18.01.2021

Østre Viken kommunerevisjon IKS

Jolanta Betker (sign.)

Daglig leder

Til kontrollutvalget i Rakkestad kommune

Vurdering av oppdragsansvarlig forvaltningsrevisors uavhengighet for Rakkestad kommune

Innledning

Ifølge kommuneloven § 24-4 skal revisor være uavhengig og ha godandel. Nærmere krav til revisors uavhengighet ogandel følger av Forskrift om kontrollutvalg og revisjon (2019) §§ 16-19.

Kravene til uavhengighet og objektivitet gjelder for alle som utfører revisjon for kommunen, herunder regnskapsrevisjon, forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll. Dette omfatter både oppdragsansvarlig revisor, medarbeidere på oppdraget og eventuelt andre som er engasjert på oppdraget.

Østre Viken kommunerevisjon IKS har et kvalitetskontrollsystem i samsvar med internasjonal standard for kvalitetskontroll (ISQC 1). Kvalitetskontrollsystemet omfatter dokumenterte retningslinjer og rutiner for etterlevelse av etiske krav, faglige standarder og krav i gjeldende lovgivning og annen regulering. Som en del av kvalitetskontrollsystemet har vi rutiner for å følge opp og sikre at revisjonsteamet har tilstrekkelig uavhengighet.

Ifølge Forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 19 skal oppdragsansvarlig revisor hvert år, og ellers ved behov, gi en skriftlig egenvurdering av sin uavhengighet til kontrollutvalget. Denne egenvurderingen følger nedenfor.

Oppdragsansvarlig revisors vurdering av uavhengighet

Forskriftskrav	Oppdragsansvarlig revisors egenvurdering
Overordnet krav til uavhengighet (§ 16)	Undertegnede bekrefter at det ikke foreligger spesielle forhold som er egnet til å svekke tilliten til revisors uavhengighet og objektivitet.
Tilknytning til den reviderte virksomheten (§ 17)	Undertegnede har ikke selv eller nærstående som har en slik tilknytning til den reviderte eller kontrollerte virksomheten eller virksomhetens ansatte eller tillitsmenn at den er egnet til å svekke revisorens uavhengighet og objektivitet.
Stillinger i kommunen (§ 18 a)	Undertegnede har ikke stillinger eller verv i kommunen.
Stillinger i virksomhet (§ 18 b)	Undertegnede har ikke andre stillinger i en virksomhet som kommunen deltar i eller er eier av, utover at Østre Viken kommunerevisjon utfører revisjon og er organisert som et interkommunalt selskap.
Medlem av styrende organer (§ 18 c)	Undertegnede er ikke medlem av styrende organer i virksomhet som kommunen deltar i eller er eier av, utover at Østre Viken kommunerevisjon utfører revisjon og er organisert som et interkommunalt selskap.

Forskriftskrav	Oppdragsansvarlig revisors egenvurdering
Deltakelse eller funksjoner i annen virksomhet (§ 18 d)	Undertegnede deltar ikke i, eller har funksjoner i en annen virksomhet, som kan medføre at revisors interesser kommer i konflikt med interessene til kommunen, eller på annen måte er egnet til å svekke tilliten til revisor.
Rådgivning eller andre tjenester (§ 18 e)	<p>Før slike tjenester gjør undertegnede en vurdering av rådgivningens eller tjenestens art med hensyn til revisors uavhengighet og objektivitet. Dersom vurderingen konkluderer med at utøvelse av slik tjeneste kommer i konflikt med kontrollutvalgs- og revisjonsforskriften § 18 e, utfører vi ikke tjenesten. Revisor vurderer hvert enkelt tilfelle særskilt.</p> <p>Revisor besvarer løpende spørsmål/henvendelser som er å betrakte som veiledning og bistand og ikke revisjon. Undertegnede er bevisst på at også slik veiledning må skje med varsomhet og på en måte som ikke binder opp revisors senere revisjons- og kontrollvurderinger.</p> <p>Undertegnede har ikke ytet rådgivnings- eller andre tjenester overfor kommunen som kommer i konflikt med denne bestemmelsen.</p>
Tjenester under kommunens egne ledelses- og kontrolloppgaver (§ 18 f)	Undertegnede har ikke ytet tjenester overfor kommunen som hører inn under kommunens egne ledelses- og kontrolloppgaver.
Fullmektig for den revisjonspliktige (§ 18 g)	Undertegnede opptrer ikke som fullmektig for kommunen.

Rolvøy, 18.01.2021

Østre Viken kommunerevisjon IKS

Casper Støten (sign.)

Oppdragsansvarlig revisor

Til kontrollutvalget i Rakkestad kommune

Vurdering av oppdragsansvarlig revisors uavhengighet for Rakkestad kommune

Innledning

Ifølge kommuneloven § 24-4 skal revisor være uavhengig og ha godandel. Nærmere krav til revisors uavhengighet ogandel følger av forskrift om kontrollutvalg og revisjon §§ 16-19.

Kravene til uavhengighet og objektivitet gjelder for alle som utfører revisjon for kommunen, herunder regnskapsrevisjon, forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll. Dette omfatter både oppdragsansvarlig revisor, medarbeidere på oppdraget og eventuelt andre som er engasjert på oppdraget.

Østre Viken kommunerevisjon har et kvalitetskontrollsystem i samsvar med internasjonal standard for kvalitetskontroll (ISQC 1). Kvalitetskontrollsystemet omfatter dokumenterte retningslinjer og rutiner for etterlevelse av etiske krav, faglige standarder og krav i gjeldende lovgivning og annen regulering. Som en del av kvalitetskontrollsystemet har vi rutiner for å følge opp og sikre at revisjonsteamet har tilstrekkelig uavhengighet.

Ifølge kontrollutvalgs- og revisjonsforskriften § 19 skal oppdragsansvarlig revisor hvert år, og ellers ved behov, gi en skriftlig egenvurdering av sin uavhengighet til kontrollutvalget. Denne egenvurderingen følger nedenfor.

Oppdragsansvarlig revisors vurdering av uavhengighet

Forskriftskrav	Oppdragsansvarlig revisors egenvurdering
Overordnet krav til uavhengighet (§ 16)	Undertegnede bekrefter at det ikke foreligger spesielle forhold som er egnet til å svekke tilliten til revisors uavhengighet og objektivitet.
Tilknytning til den reviderte virksomheten (§ 17)	Undertegnede har ikke selv eller nærstående som har en slik tilknytning til den reviderte eller kontrollerte virksomheten eller virksomhetens ansatte eller tillitsmenn at den er egnet til å svekke revisorens uavhengighet og objektivitet.
Stillinger i kommunen (§ 18 a)	Undertegnede har ikke stillinger eller verv i kommunen.
Stillinger i virksomhet (§ 18 b)	Undertegnede har ikke andre stillinger i en virksomhet som kommunen deltar i eller er eier av, utover at Østre Viken kommunerevisjon utfører revisjon og er organisert som et interkommunalt selskap.

Hovedkontor
Rolvøy:

Råkollveien 103
1664 Rolvsøy

Avdelingskontor
Rakkestad:

Industriveien 6
1890 Rakkestad

Hjemmeside:

www.ovkr.no

Forskriftskrav	Oppdragsansvarlig revisors egenvurdering
Medlem av styrende organer (§ 18 c)	Undertegnede er ikke medlem av styrende organer i virksomhet som kommunen deltar i eller er eier av, utover at Østre Viken kommunerevisjon utfører revisjon og er organisert som et interkommunalt selskap.
Deltakelse eller funksjoner i annen virksomhet (§ 18 d)	Undertegnede deltar ikke i, eller har funksjoner i en annen virksomhet, som kan medføre at revisors interesser kommer i konflikt med interessene til kommunen, eller på annen måte er egnet til å svekke tilliten til revisor.
Rådgivning eller andre tjenester (§ 18 e)	<p>Før slike tjenester gjør undertegnede en vurdering av rådgivningens eller tjenestens art med hensyn til revisors uavhengighet og objektivitet. Dersom vurderingen konkluderer med at utøvelse av slik tjeneste kommer i konflikt med kontrollutvalgs- og revisjonsforskriften § 18 e, utfører vi ikke tjenesten. Revisor vurderer hvert enkelt tilfelle særskilt.</p> <p>Revisor besvarer løpende spørsmål/henvendelser som er å betrakte som veiledning og bistand og ikke revisjon. Undertegnede er bevisst på at også slik veiledning må skje med varsomhet og på en måte som ikke binder opp revisors senere revisjons- og kontrollvurderinger.</p> <p>Undertegnede har ikke ytet rådgivnings- eller andre tjenester overfor Rakkestad kommune som kommer i konflikt med denne bestemmelsen.</p>
Tjenester under kommunens egne ledelses- og kontrolloppgaver (§ 18 f)	Undertegnede har ikke ytet tjenester overfor Rakkestad kommune som hører inn under kommunens egne ledelses- og kontrolloppgaver.
Fullmektig for den revisjonspliktige (§ 18 g)	Undertegnede opptre ikke som fullmektig for Rakkestad kommune.

Rolvøy, 15.01.2021

Østre Viken Kommunerevisjon IKS

Jostein Ek (sign.)

Oppdragsansvarlig revisor

ØSTFOLD KONTROLLUTVALGSSEKRETARIAT

Saksnr.: 2021/116
Dokumentnr.: 3
Løpenr.: 5291/2021
Klassering: 3016-191
Saksbehandler: Caroline Klæboe Roos

Møtebok

Behandlet av Kontrollutvalget Rakkestad	Møtedato 16.02.2021	Utvalgssaksnr. 21/8
---	-------------------------------	-------------------------------

Referater og meldinger

Sekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

Kontrollutvalget tar referater og meldinger til orientering

.

Fredrikstad, 08.01.2021

Vedlegg

1. Protokoll fra kontrollutvalgets møte den 15.12.2020

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)

NKRFS Kontrollutvalgskonferanse 2021

<https://www.nkrf.no/kurs/nkrfs-kontrollutvalgskonferanse-2021>

FKT Fagkonferanse og årsmøte 2021

<https://www.fkt.no/konferanser/fagkonferanse-og-arsmote-2021/>

Saksopplysninger

Protokoll fra kontrollutvalgets møte den 15.12.2020 ligger vedlagt til orientering.

Det er planlagt to kontrollutvalgskonferanser i løpet av 2021.

Norges Kommunerevisor Forening (NKRF) har planlagt sin den 21. og 22. april 2021, denne blir digital (opprinnelig på Gardermoen).

Forum for Kontroll og Tilsyn (FKT) har planlagt sin den 1. og 2. juni 2021 i Ålesund.

Kontrollutvalget har avsatt kr. 40 000.- i sitt budsjett til «Kurs/opplæring og kontorutgifter» for 2021. Kostnaden for en konferanse ligger rundt kr. 7 000.- per person, i tillegg kommer reiseutgifter. Digitale konferanser antas å være rimeligere.

Vurdering

Sekretariatet vurderer at kontrollutvalget kan ta referater og meldinger til orientering

Møteprotokoll

Kontrollutvalget Rakkestad

Møtedato: 15.12.2020,
Tidspunkt: fra kl. 09.00 til kl. 10:00
Møtested: Fjernmøte grunnet Covid-19, møterom Teams
Fra – til saksnr.: 20/26-20/33

Frammøteliste

MEDLEMMER:	MØTT:
Finn Kultorp, leder	X
Ellen Solbrække	X
Jan Ståle Lintho	Ikke møtt
John Martin Snopestad	X
Inger Kaatorp	X
VARAMEDLEMMER (innkalt):	

Antall stemmeberettigede fremmøtte 4 av 5.

Møtende fra kontrollutvalgssekretariatet: daglig leder Anita Dahl Aannerød og rådgiver Anita Rovedal

Møtende fra revisjonen: Forvaltningsrevisor Casper Støten

Møtende fra administrasjonen:

.....
Finn Kultorp

.....
Inger Kaatorp

Merknader

Sakliste

- PS 20/26 Godkjenning av innkalling og sakliste
- PS 20/27 Valg av en representant til signering av protokoll
- PS 20/28 Plan for forvaltningsrevisjon 2021, Rakkestad kommune
- PS 20/29 Prosjektplan - Eierskapskontroll Deltagruppen AS
- PS 20/30 Uavhengighetserklæring fra oppdragsansvarlig revisor
- PS 20/31 Møteplan 1. halvår 2021
- PS 20/32 Referater og meldinger
- PS 20/33 Eventuelt

PS 20/26 Godkjenning av innkalling og saksliste

Kontrollutvalgsekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:
Innkalling og saksliste godkjennes

Kontrollutvalget Rakkestads behandling 15.12.2020:

Vedtak enstemmig som innstilt

Kontrollutvalget Rakkestads vedtak 15.12.2020:

Innkalling og saksliste godkjennes

PS 20/27 Valg av en representant til signering av protokoll

Kontrollutvalgsekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:
Til å signere protokollen sammen med leder av utvalget, velges

Kontrollutvalget Rakkestads behandling 15.12.2020:

Leder foreslo Inger Kaatorp

Vedtak enstemmig som foreslått

Kontrollutvalget Rakkestads vedtak/innstilling 15.12.2020:

Til å signere protokollen sammen med leder av utvalget, velges Inger Kaatorp

PS 20/28 Plan for forvaltningsrevisjon 2021, Rakkestad kommune

Kontrollutvalgsekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

1. Kontrollutvalget innstiller til kommunestyret følgende:
 1. Det skal i 2021 gjennomføres forvaltningsrevisjon i henhold til kontrollutvalgets forslag til «Forvaltningsrevisjonsplan 2021» (jf. pkt. 2.2 i planen).

1	
2	
3	

2. Rammetimetallet til forvaltningsrevisjon settes til 650 timer per år (I henhold til avtale mellom eierne av revisjonen).
3. Kontrollutvalget gis fullmakt til å foreta nærmere planlegging av forvaltningsrevisjonen, herunder vedta de enkelte undersøkelser/prosjektplaner og inngå avtaler om gjennomføring med revisjonen.

4. Kontrollutvalget skal fortløpende sende forvaltningsrevisjonsrapporter til kommunestyret. Kontrollutvalget skal også sende oppfølgingsrapporter til kommunestyret ett år etter 1.gangs behandling i kommunestyret.
5. Kommunestyret delegerer til kontrollutvalget å vurdere eventuelle behov for endringer i planen i planperioden.

Kontrollutvalget Rakkestads behandling 15.12.2020:

Leder innledet saken og ga ordet til revisjonen som redegjorde for risiko- og vesentlighetsanalysen.

Utvalget drøftet følgende områder:

- Psykisk helse og rus
- Kvalitet i KOSTRA-rapportering.
- Barnevern.
- Teknikk, miljø og landbruk: Eiendomsforvaltning.

Utvalget var enstemmig om prosjekt 1 og 2 i planen.

Solbrække fremmet *KOSTRA-rapportering* som nr 3 restanseprosjekt. Snopestad fremmet *Eiendomsforvaltning* som restanseprosjekt.

Det ble stemt over forslagene, Snopestad sitt forslag falt med 2 stemmer (Kaatorp og Snopestad) mot 3 stemmer (Solbrække og Kultorp med dobbeltstemme) for Solbrække sitt forslag.

Vedtak som innstilt med følgende områder i prioritert rekkefølge:

1. Psykisk helse og rus.
2. Barnevern.
3. Kvalitet i KOSTRA-rapportering.

Kontrollutvalget Rakkestads vedtak/innstilling 15.12.2020:

1. Kontrollutvalget innstiller til kommunestyret følgende:
 1. Det skal i 2021 gjennomføres forvaltningsrevisjon i henhold til kontrollutvalgets forslag til «Forvaltningsrevisjonsplan 2021» (jf. pkt. 2.2 i planen).

1	Psykisk helse og rus
2	Barnevern
3	Kvalitet i KOSTRA- rapportering

2. Rammetimetallet til forvaltningsrevisjon settes til 650 timer per år (I henhold til avtale mellom eierne av revisjonen).
3. Kontrollutvalget gis fullmakt til å foreta nærmere planlegging av forvaltningsrevisjonen, herunder vedta de enkelte undersøkelser/prosjektplaner og inngå avtaler om gjennomføring med revisjonen.
4. Kontrollutvalget skal fortløpende sende forvaltningsrevisjonsrapporter til kommunestyret. Kontrollutvalget skal også sende oppfølgingsrapporter til kommunestyret ett år etter 1.gangs behandling i kommunestyret.

5. Kommunestyret delegerer til kontrollutvalget å vurdere eventuelle behov for endringer i planen i planperioden.

PS 20/29 Prosjektplan - Eierskapskontroll Deltagruppen AS

Kontrollutvalgssekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

1. Prosjektplan «Deltagruppen AS» tas til orientering og godkjennes.

Kontrollutvalget Rakkestads behandling 15.12.2020:

Leder innledet saken og ga ordet til sekretariatet som redegjorde for saken. Revisjonen redegjorde for forslag til prosjektplan.

Vedtak enstemmig som innstilt.

Kontrollutvalget Rakkestads vedtak 15.12.2020:

Prosjektplan «Deltagruppen AS» tas til orientering og godkjennes.

PS 20/30 Uavhengighetserklæring fra oppdragsansvarlig revisor

Kontrollutvalgssekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

Uavhengighetserklæringer fra oppdragsansvarlig revisor, tas til orientering

Kontrollutvalget Rakkestads behandling 15.12.2020:

Vedtak enstemmig som innstilt

Kontrollutvalget Rakkestads vedtak 15.12.2020:

Uavhengighetserklæringer fra oppdragsansvarlig revisor, tas til orientering

PS 20/31 Møteplan 1. halvår 2021

Kontrollutvalgssekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

1. Med forbehold om endringer, fastsetter kontrollutvalget følgende møtedatoer for sin virksomhet for 1. halvår 2021:
 - 16. februar
 - 4. mai (regnskapsmøte)
 - 15. juni

Møtestart kl. 09.00

Kontrollutvalget Rakkestads behandling 15.12.2020:

Vedtak enstemmig som innstilt

Kontrollutvalget Rakkestads vedtak/innstilling 15.12.2020:

1. Med forbehold om endringer, fastsetter kontrollutvalget følgende møtedatoer for sin virksomhet for 1. halvår 2021:
 - 16. februar
 - 4. mai (regnskapsmøte)
 - 15. juni

Møtestart kl. 09.00

PS 20/32 Referater og meldinger

Kontrollutvalgssekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

Kontrollutvalget tar referater og meldinger til orientering

Kontrollutvalget Rakkestads behandling 15.12.2020:

Sekretariatet redegjorde for hvorfor ikke KU var med på papirutskriften av kommunens møteplan.

Kontrollutvalget Rakkestads vedtak 15.12.2020:

Kontrollutvalget tar referater og meldinger til orientering

PS 20/33 Eventuelt

Kontrollutvalget Rakkestads behandling 15.12.2020:

1. Utvalget ønsker besøk på neste møte fra følgende seksjoner:
 - Familiesenteret
 - Skautun rehabiliterings- og omsorgssenter
 - Hjemmebaserte tjenesterMan ønsker bla informasjon om *omsorgstrappen*
2. Leder informerte om folkevalgtopplæring i 19 og 20 januar, er det noen som ønsker å delta? Solbrække og Kaatorp var interessert.
3. Valg av representant fra kommunen til representantskapet til kontrollutvalgssekretariatet ble drøftet.

Kontrollutvalget Rakkestads vedtak/innstilling 15.12.2020:

Ingen vedtak

ØSTFOLD KONTROLLUTVALGSSEKRETARIAT

Saksnr.: 2021/116
Dokumentnr.: 4
Løpenr.: 5306/2021
Klassering: 3016-191
Saksbehandler: Caroline Klæboe Roos

Møtebok

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Kontrollutvalget Rakkestad	16.02.2021	21/9

Eventuelt