

Møteinnkalling

Kontrollutvalget Våler

Møtested: Rådhuset, møterom Kommunestyresalen

Tidspunkt: 26.02.2020 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.

14. februar 2020

Tom Andre Brubak
Leder (s)

Sakliste

PS 20/1	Godkjenning av innkalling og saksliste	3
PS 20/2	Godkjenning av protokoll fra møte 13.11 2019	4
PS 20/3	Rutine for godkjenning av protokoll	12
PS 20/4	Forvaltningsrevisjonsrapport - Kvalitet i sykehjemstjenesten for Våler kommune	14
PS 20/5	Prinsippavklaringssak	41
PS 20/6	Informasjon fra rådmann angående tidligere budsjettoverskridelse i oppvekst og kultur	42
PS 20/7	Informasjonsaker fra rådmann	44
PS 20/8	Rutiner ved kontroll av selvkostområdet	46
PS 20/9	Kontrollutvalgets årsmelding for 2019	47
PS 20/10	Eventuelt	54

Saksnr.: 2020/2217
Dokumentnr.: 4
Løpenr.: 29285/2020
Klassering: 3018/191
Saksbehandler: Anita Dahl Aannerød

Møtebok

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Kontrollutvalget Våler	26.02.2020	20/1

Godkjenning av innkalling og saksliste

Kontrollutvalgssekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

1. (Saken legges frem uten forslag til vedtak)

Fredrikstad, 10.02.2020

For Indre Østfold kontrollutvalgssekretariat IKS

Saksnr.: 2020/2217
Dokumentnr.: 3
Løpenr.: 29204/2020
Klassering: 3018/191
Saksbehandler: Bjørn Gulbrandsen

Møtebok

Behandlet av Kontrollutvalget Våler	Møtedato 26.02.2020	Utvalgssaksnr. 20/2
---	-------------------------------	-------------------------------

Godkjenning av protokoll fra møte 13.11 2019

Kontrollutvalgssekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

1. Protokoll fra møte 13.11 2019, godkjennes

Fredrikstad, 10.02.2020

For Indre Østfold kontrollutvalgssekretariat IKS

Vedlegg

Protokoll fra møte 13.11 2019

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)

Ingen

Saksopplysninger

Ingen

Vurdering

Protokoll fra møte 13.11 2019, kan godkjennes

Møteprotokoll Kontrollutvalget Våler

Møtedato: 13.11.2019,
Tidspunkt: fra kl. 15.00 til kl. 16:15
Møtested: Våler kommune, møterom Kommunestyresalen
Fra – til saksnr.: 19/24 – 19/27

MEDLEMMER:	MØTT:
Tom André Brubak	X
Ronja Johansen	X
Fredrik Bjerketvedt	X
Inger Marie Drillestad Standal	X
Egil Holm	<i>Forfall</i>
VARAMEDLEMMER (Innkalt):	
Bjørn Frøland	x

Antall stemmeberettigede fremmøtte: 5

Møtende fra kontrollutvalgssekretariatet: Ida Haaby og Anita Rovedal

Møtende fra revisjonen: Agnete Østby

Møtende fra administrasjonen: -

.....
Tom Andre Brubak

.....
Ronja Johansen

.....
Fredrik Bjerketvedt

.....
Inger Marie Drillestad Standal

.....
Egil Holm

Merknader

Utover sakene på sakslisten, drøftet utvalget følgende:

Sekretariat:

Utvalget uttrykte bekymring for sekretariatet og bemanningen der, og ba om at bekymringen skulle viderebringes ordfører.

Budsjett 2019:

Bjørn Frøland fremmet følgende forslag til vedtak:

Kontrollutvalget ønsker en redegjørelse av budsjettprosessen (som fant sted i 2018 i forbindelse med budsjettet for 2019 og økonomiplanen 2020-23) samt oppfølging av regnskap/budsjettjusteringer i 2019

Ved votering falt forslaget en mot fire stemmer, mindretallet besto av Bjørn Frøland.

Utvalget ønsket i stedet å invitere rådmannen til neste møte for å orientere kontrollutvalget om budsjett, særskilt om budsjettoverskridelsene i 2019 som har blitt gjort kjent gjennom siste tertialrapport. Utvalget blir i fellesskap enige om spørsmål til rådmannen, som sekretariatet viderebringer i invitasjonen.

Gymsal:

Bjørn Frøland fremmet følgende forslag:

Kontrollutvalget ber om en redegjørelse i sak 6/19 i kommunestyret 2 mai 2019: vedr.

«Forprosjekt ny gymsal i Svinndal» Man ønsker svar på følgende:

A Den gamle gymsalen er revet, hvem ga instruks om at denne gymsalen skulle rives? (Før anbud og budsjettbehandling samt finansiering er vedtatt av kommunestyret)

B Er det lovpålagt å søke om rivingstillatelse og ble det gjort i tide?

Ved votering falt forslaget en mot fire stemmer, mindretallet besto av Bjørn Frøland.

Sakliste

- PS 19/24 Godkjenning av protokoll fra kontrollutvalgets møte 26.09.2019
- PS 19/25 Møtereglement Våler kontrollutvalg 2019 -2023
- PS 19/26 Forslag til budsjett for kontrollarbeidet 2020
- PS 19/27 Kontrollutvalgets møteplan og aktivitetsplan

PS 19/24 Godkjenning av protokoll fra kontrollutvalgets møte 26.09.2019

Sekretariatets innstilling

1. Protokoll fra Våler kontrollutvalg 26.09.2019 godkjennes.
2. Våler kontrollutvalg vedtar følgende praksis for godkjenning av protokoll (møtebok):
 - Forslag til protokoll sendes til medlemmene for godkjenning så snart som mulig etter møtet
 - Det gis en frist for tilbakemelding. Hvis merknad(er) ikke er mottatt innen fristen, er protokollen godkjent.
 - Hvis det foreligger merknad, sendes merknaden(e) over til alle som fikk utkastet i første runde med ny frist for tilbakemelding. Protokollen er godkjent så snart det ikke foreligger merknad innen siste frist.
 - Protokollen sendes kommunen som sørger for at den gjøres tilgjengelig på nett
 - Protokollen signeres i påfølgende møte, som minimum av leder og et annet medlem.

Kontrollutvalget Vålers behandling 13.11.2019:

Leder innledet.

Sekretariatet svarte på spørsmål.

Vedtak som innstilt.

Kontrollutvalget Vålers vedtak 13.11.2019:

1. Protokoll fra Våler kontrollutvalg 26.09.2019 godkjennes.
2. Våler kontrollutvalg vedtar følgende praksis for godkjenning av protokoll (møtebok):
 - Forslag til protokoll sendes til medlemmene for godkjenning så snart som mulig etter møtet
 - Det gis en frist for tilbakemelding. Hvis merknad(er) ikke er mottatt innen fristen, er protokollen godkjent.
 - Hvis det foreligger merknad, sendes merknaden(e) over til alle som fikk utkastet i første runde med ny frist for tilbakemelding. Protokollen er godkjent så snart det ikke foreligger merknad innen siste frist.
 - Protokollen sendes kommunen som sørger for at den gjøres tilgjengelig på nett
 - Protokollen signeres i påfølgende møte, som minimum av leder og et annet medlem.

PS 19/25 Møtereglement Våler kontrollutvalg 2019 -2023

Sekretariatets innstilling

Kontrollutvalget vedtar *Reglement for kontrollutvalget i Våler kommune, 2019- 2023*

Kontrollutvalget Vålers behandling 13.11.2019:

Sekretariatet orienterte og svarte på spørsmål.
Vedtak som innstilt.

Kontrollutvalget Vålers vedtak 13.11.2019:

Kontrollutvalget vedtar *Reglement for kontrollutvalget i Våler kommune, 2019- 2023*

PS 19/26 Forslag til budsjett for kontrollarbeidet 2020

Sekretariatets innstilling

1. Kontrollutvalget vedtar budsjett for kontrollarbeidet for 2020 med kostnadsramme på kr. 1 108 359.-
2. Budsjett for kontrollarbeidet 2020 oversendes ordfører for videre politisk behandling. Kontrollutvalgets forslag skal følge innstillingen til årsbudsjettet, jfr. § 2 i Forskrift om kontrollutvalg og revisjon.

Kontrollutvalget Vålers behandling 13.11.2019:

Sekretariatet redegjorde for budsjettet og svarte på spørsmål
Revisjonen redegjorde for ny prismodell.

Sekretariatet ble gjort oppmerksom på regnefeil vedr prosentvis økning til revisjonshonorar i saksfremlegget. Feilen blir rettet slik at oversendelsen til kommunestyret blir korrekt.

Utvalget fremmet i fellesskap forslag om å øke satsen til «tapt arbeidsfortjeneste» med kr 5000, til kr 10 000 for 2020.

Budsjettets total blir etter dette kr 1 113 359,-

Innstillingen med korrigerende økning til «tapt arbeidsfortjeneste» enstemmig vedtatt.

Kontrollutvalget Vålers vedtak 13.11.2019:

1. Kontrollutvalget vedtar budsjett for kontrollarbeidet for 2020 med kostnadsramme på kr. 1 113 359.-
2. Budsjett for kontrollarbeidet 2020 oversendes ordfører for videre politisk behandling. Kontrollutvalgets forslag skal følge innstillingen til årsbudsjettet, jfr. § 2 i Forskrift om kontrollutvalg og revisjon.

PS 19/27 Kontrollutvalgets møteplan og aktivitetsplan

Sekretariatets innstilling

Med forbehold om at endringer kan forekomme, vedtar kontrollutvalget aktivitetsplanen og setter opp følgende møtedager for første halvår 2020:

1. møte: 05.02.2019 kl.09:00
2. møte: 29.04.2019 kl.09:00
3. møte: 03.06.2019 kl.09:00

Kontrollutvalget Vålers behandling 13.11.2019:

Sekretariatet ble gjort oppmerksom på at det var oppgitt feil årstall i innstillingen.

Med korrigert årstall til 2020 ble innstillingen enstemmig vedtatt.

Kontrollutvalget Vålers vedtak 13.11.2019:

Med forbehold om at endringer kan forekomme, vedtar kontrollutvalget aktivitetsplanen og setter opp følgende møtedager for første halvår 2020:

1. møte: 05.02.2020 kl.09:00
2. møte: 29.04.2020 kl.09:00
3. møte: 03.06.2020 kl.09:00

Saksnr.: 2020/2218
Dokumentnr.: 2
Løpenr.: 29250/2020
Klassering: 3018/192
Saksbehandler: Anita Dahl Aannerød

Møtebok

Behandlet av Kontrollutvalget Våler	Møtedato 26.02.2020	Utvalgssaksnr. 20/3
---	-------------------------------	-------------------------------

Rutine for godkjenning av protokoll

Kontrollutvalgssekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

1. Det settes opp en sak i hvert møte om «Valg av en representant til signering av protokoll», den som leder møtet skal alltid signere
2. Protokoll godkjennes elektronisk snarest mulig og signeres i påfølgende møte.
3. Protokoll sendes ut og publiseres på hjemmesiden så snart den er elektronisk godkjent

Fredrikstad, 10.02.2020

For Indre Østfold kontrollutvalgssekretariat IKS

Vedlegg

Ingen

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)

Ingen

Saksopplysninger

Etter hvert nyvalg av kontrollutvalg legger sekretariatet frem forslag for retningslinjer for godkjenning av protokoller. Forslaget er ment for å fremme en felles rutine for sekretariatets kontrollutvalg.

Vurdering

Sekretariatet fremmer følgende forslag til retningslinjer for godkjenning av kontrollutvalgets møteprotokoller:

1. Det settes opp en sak i hvert møte om «Valg av en representant til signering av protokoll», den som leder møtet skal alltid signeres.
2. Protokoll godkjennes elektronisk snarest mulig og signeres i påfølgende møte.
3. Protokoll sendes ut og publiseres på hjemmesiden så snart den er elektronisk godkjent.

Hvis det er et ønske kan godkjent protokoll legges frem under referater og meldinger.

ØSTFOLD KONTROLLUTVALGSSEKRETARIAT

Saksnr.: 2020/2215
Dokumentnr.: 1
Løpenr.: 30959/2020
Klassering: 3018/188
Saksbehandler: Bjørn Gulbrandsen

Møtebok

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Kontrollutvalget Våler	26.02.2020	20/4

Forvaltningsrevisjonsrapport - Kvalitet i sykehjemstjenesten for Våler kommune

Sekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

1. Kontrollutvalget tar forvaltningsrevisjonsrapport «Kvalitet i sykehjemstjenesten for Våler kommune», samt rådmannens uttalelse til rapporten til etterretning, og slutter seg til revisjonens anbefalinger knyttet til problemstilling 1.

Kontrollutvalget anbefaler at kommunen vurderer konkrete tiltak for å tilrettelegge bedre for personer med demens og for å gi nødvendig tilpasset rehabilitering.

2. Kontrollutvalgets innstilling til kommunestyret:

1: Kommunestyret tar forvaltningsrevisjonsrapport «Kvalitet i sykehjemstjenesten for Våler kommune» til etterretning.

Kommunestyret merker seg at kvaliteten i tjenesten i hovedsak oppleves som god, men kommunen har et forbedringspotensial knyttet til systemer og rutiner for kvalitet i tjenesten.

2: Kommunestyret ber rådmannen om følge opp rapportens anbefalinger, samt anbefalingen fra kontrollutvalget:

- Kommunen bør, som ledd i arbeidet med å innføre elektronisk kvalitetssystem, gjennomgå prosedyrer og rutiner slik at kvalitetssystemet inneholder riktig informasjon.
- Kommunen bør innføre jevnlige bruker- og pårørendeundersøkelser for å systematisere brukervedvirkningen
- Kommunen bør vurdere konkrete tiltak for å tilrettelegge bedre for personer med demens og for å gi nødvendig tilpasset rehabilitering

3: 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.

Vedlegg

Forvaltningsrevisjonsrapport «Kvalitet i sykehjemstjenesten for Våler kommune», datert 9. desember 2019.

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)

KU-sak 19/23, 26. september 2019 (Prosjektbeskrivelse til FR-prosjekt «Sykehjem – fokus på kvalitet».

KU-sak 18/16, 5. september 2018 (Forvaltningsrevisjonsplan 2019-2020).

Saksopplysninger

Indre Østfold kommunerevisjon IKS har engasjert BDO for å gjennomføre forvaltningsrevisjonen.

På grunn av inhabilitet hos daglig leder i Østfold kontrollutvalgssekretariat, har sekretariatet engasjert organisasjonen Forum for Kontroll og Tilsyn som settesekretariat for saken.

Prosjektets bakgrunn:

Kontrollutvalget valgte å gjennomføre dette prosjektet blant annet på bakgrunn av «Overordnet analyse», som vurderte ulike risikofaktorer innenfor kommunens tjenesteområder. Pleie og omsorgstjenesten var en av tjenestene som ble pekt ut av revisjonen som aktuelt tema for forvaltningsrevisjon, da med henblikk på kvalitet i tjenesten.

Prosjektbeskrivelsen ble vedtatt 26. september 2019, KU-sak 19/23.

Prosjektets problemstillinger:

I prosjektplanen ble følgende problemstillinger vedtatt:

- Har Våler kommune rutiner og systemer som er godt egnet til å sikre kvalitet på sykehjemstjenestene?
- Opplever ansatte, beboere og pårørende at kvaliteten ved sykehjemstjenestene er god?

Revisjonskriterier:

For å kontrollere og besvare problemstillingene har revisjonen utledet følgende revisjonskriterier (kontrollkriterier):

- Kommunen skal til enhver tid ha oppdatert og tilgjengelig dokumentasjon om etterlevelse av kravene til ledelse og kvalitetsarbeid i tjenestene.
- Kommunen skal sørge for at det etableres systemer for innhenting av erfaringer og synspunkter.
- Kommunen skal sikre medvirkning til utforming eller endring av tjenestetilbudet.
- Kommunen skal ha oversikt over avvik og gjennomgå disse for å forebygge lignende forhold.
- Kommunen skal ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring samt sørge for at ansatte får nødvendig opplæring og påkrevd videre- og etterutdanning.

Revisjonskriteriene er utledet fra Helse- og omsorgstjenesteloven og Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesteloven med veileder

Revisjonens konklusjon: (sitat fra kap. 1.1)

«Problemstilling 1

Oppsummert mener vi at kommunen har forbedringspotensial knyttet til sine systemer og rutiner for kvalitet i tjenesten.

Måten prosedyrer og rutiner er strukturert på gjør dem lite tilgjengelig for ledere og ansatte. Det er vanskelig å ha oversikt over gjeldende prosedyrer og rutiner, og om dokumentene som ligger i kommunens strukturer, er oppdatert og riktig. Kommunen holder på å implementere et nytt kvalitetssystem som skal gjøre oppdaterte prosedyrer og rutiner mer tilgjengelig i det daglige.

Kommunen har ikke etablert et system for innhenting av erfaringer fra brukere og pårørende. Det skal, ifølge prosedyrer og rutiner, føres en regelmessig dialog med pårørende. Denne revisjonen tyder på at disse styrende dokumentene ikke etterleves godt nok i praksis.

Avvikssystemet fungerer, men er ikke optimalt. Det nye elektroniske kvalitetssystemet omfatter også en avviksmodul som vil legge bedre til rette for arbeid med avvik i forbedringsarbeid.

Kommunen har god innsikt i den samlede kompetansen i tjenesten, og det tilbys kompetansehevende tiltak. Ledelsens kjennskap til de ansattes kompetanse forklares først og fremst med en stabil ansattbase slik at ledelsen kjenner den enkelte. Kompetanseoversikter er ikke satt i system, men kommunen planlegger å innføre system for dette. Kompetansebehovet fremover er i all hovedsak godt kjent, men ikke redegjort for i oppdaterte planer. Det er satt i gang utarbeidelse av en ny kompetanseplan for sektoren som skal erstatte gjeldende plan.

Problemstilling 2

Oppsummert mener vi at kvaliteten i tjenesten oppleves som god.

De ansatte og pårørende opplever at kommunen i all hovedsak gir rett tjeneste til rett tid ved sykehjemmet. Det er et tydelig behov for bedre involvering og medvirkning. Dette handler både om hvilke strukturer som er etablert, og hvordan disse fungerer, men også om informasjonsflyt mellom sykehjemmets ansatte og beboere/pårørende. Det er varierende oppfatning av hvorvidt beboerne tilbys et tilstrekkelig høyt og tilpasset aktivitetsnivå. De pårørende er i all hovedsak tilfredse med aktivitetstilbudet ved sykehjemmet. Mattilbudet oppleves jevnt over som godt, og de pårørende opplever det som spesielt godt. Andre grunnleggende behov, eksempelvis personlig hygiene og tilpasset av- og påkledning, ivaretas på en god måte.»

Revisjonens anbefalinger:

- Kommunen bør, som ledd i arbeidet med å innføre elektronisk kvalitetssystem, gjennomgå prosedyrer og rutiner slik at kvalitetssystemet inneholder riktig informasjon.

- Kommunen bør innføre jevnlig bruker- og pårørendeundersøkelser for å systematisere brukermedvirkningen

Rådmannens høringsuttalelse:

Rådmannen har gitt sine kommentarer til anbefalingene (s. 19 i rapporten).

Rådmannen skriver blant annet at kommunen kjenner seg igjen i forbedringspotensialet på de ulike områdene. Han skriver også at han er glad for at kvaliteten i all hovedsak oppleves god, og at han vil jobbe for kontinuerlig forbedring særlig på systemnivå.

Rådmannen har imidlertid et par kommentarer til revisjonsselskapets vurdering av systemer og rutiner:

Revisjonsselskapet skriver at kommunen bør påse at det innføres godkjenningssløsning og versjonsstyring i forbindelse med innføring av Simployer.

Rådmannen svarer at det nye kvalitetssystemet (Simployer) som er i ferd med å bli innført, ikke vil dekke behovet som påpekes i rapporten for godkjenningssløsning, det er kun et nivå, og det er den som er redaktør av prosedyren.

Når kommunen legger om til saksbehandlingssystemet 0365 vil det ikke være mulig for ansatte å kopiere noe inn fra «åpen» til «sikker sone» eller motsatt, dette må gjøres av IT. Den faren som revisjonen skisserer på side 9 i rapporten er derfor ikke mulig, skriver rådmannen.

Vurdering

Rapporten

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.

Revisjonsselskapet oppgir at prosjektet er gjennomført i tråd med «Standard for forvaltningsrevisjon» (RSK 001). Prosjektbeskrivelsen viser hvordan de ulike bestemmelsene i RSK 001 er tenkt ivarettatt. Revisjonsselskapet opplyser imidlertid ikke i metodekapittelet om intervjuene som er gjennomført er verifisert (jf. pkt. 29 i RSK 001, «*Data innsamlet ved hjelp av intervjuer skal som hovedregel verifiseres*»). Enkelte av kommentarene i høringsuttalelsen til rådmannen (se over), kan kanskje tyde på at ikke alle uklarheter knyttet til systembeskrivelsen ble oppklart før endelig rapport forelå.

Valg av revisjonskriterier er relevante for å kunne besvare problemstillingen.

Gjennom bruk av ulike metoder sikrer revisjonen rapportens validitet (gyldighet) og reliabilitet (pålitelighet). Sekretariatet finner at undersøkelsen bygger på data som er samlet inn ved hjelp av flere metoder, herunder dokumentanalyse, intervjuer og spørreundersøkelse. I metodekapittelet redegjør revisjonsselskapet for de metodiske svakhetene. Det er for eksempel ikke mulig å generalisere på bakgrunn av spørreundersøkelsen. Det er likevel sekretariatets oppfatning at den gir indikasjoner på hvordan kvaliteten oppfattes.

Det er videre sekretariatets oppfatning 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.

Samlet sett er det sekretariatets vurdering at rapporten gir svar på problemstillingene og kontrollutvalgets bestilling (jf. prosjektbeskrivelsen).

Rådmannens høringsuttalelse

Sekretariatet oppfatter at rådmannen i sin høringsuttalelse slutter seg til revisjonens anbefalinger. Den viser også til tiltak som skal gjennomføres for å følge opp anbefalingene.

Forslag til vedtak

Sekretariatet anbefaler at kontrollutvalget tar rapporten og rådmannens uttalelse til rapporten til etterretning.

Sekretariatet anbefaler videre at kontrollutvalget legger revisjonens vurderinger og anbefalinger knyttet til problemstilling 1 til grunn i sitt forslag til vedtak i kommunestyret.

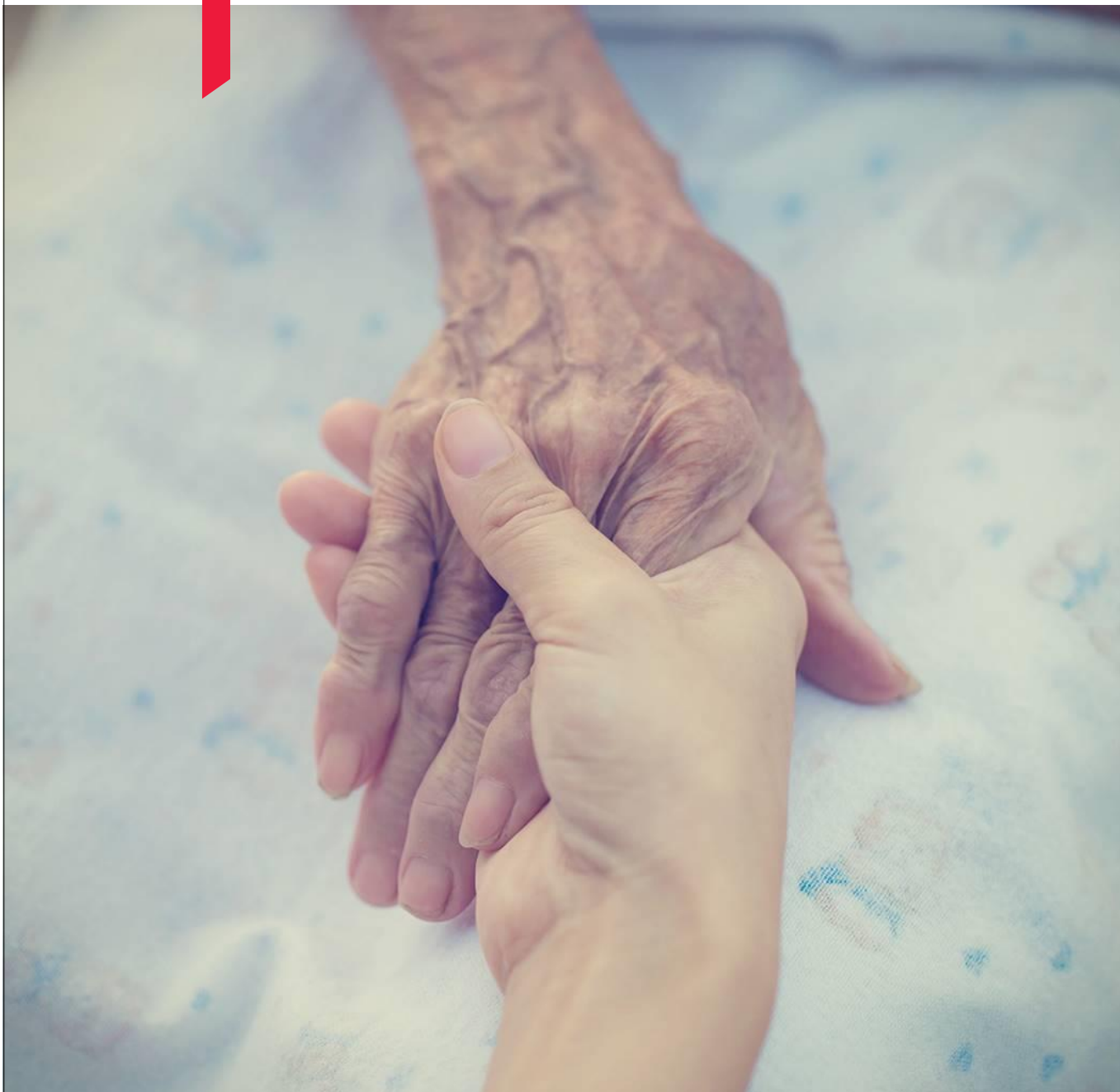
Kontrollutvalget bør i tillegg vurdere om utvalget skal komme med anbefalinger til hvordan noen av funnene i problemstilling 2, om opplevd kvalitet, kan følges opp. I kapittel 4.3 peker revisjonsselskapet på en rekke forbedringsområder som det ikke gis anbefalinger på.

Revisjonsselskapet skriver i kap. 4.3.1:

«Når kun halvparten (av respondentene blant de ansatte) opplever at beboerne får riktig tjeneste til riktig tid, er dette etter vår vurdering et tydelig område som bør forbedres. Resultatet bør også sees i sammenheng med at flertallet av de ansatte opplever at kommunens sykehjemstjeneste ikke i tilstrekkelig grad tilrettelegger for personer med demens og andre som har vansker med å formulere sine behov. Dette er etter vårt syn et tydelig område som bør forbedres fordi mesteparten av sykehjemmets kapasitet er til denne typen beboere. De resterende plassene er korttids- og rehabiliteringsplasser. At 70 prosent av respondentene opplever at beboere ikke i tilstrekkelig grad får nødvendig og tilpasset rehabilitering, bygger opp under respondentenes oppfatning om at kommunen har et forbedringspotensial for å gi rett tjeneste til rett tid.»

Kontrollutvalget bør anbefale at kommunen vurderer konkrete tiltak for å tilrettelegge bedre for personer med demens og for å gi nødvendig tilpasset rehabilitering.

Videre anbefaler sekretariatet at kontrollutvalget gir innstilling til kommunestyret om at revisjonsselskapets og kontrollutvalgets anbefalinger skal tas til følge og gjennomføres.



RAPPORT FORVALTNINGSREVISJON

RAPPORT OM KVALITET I SYKEHJEMSTJENESTEN FOR VÅLER KOMMUNE

9. DESEMBER 2019

Leveransen er utarbeidet for oppdragsgiver, og dekker kun de formål som med denne er avtalt. All annen bruk og distribusjon skjer for oppdragsgivers regning og risiko. BDO AS eller BDO Advokater AS vil ikke kunne gjøres ansvarlig overfor en tredjepart.



INNHold

1	SAMMENDRAG OG FORSLAG TIL TILTAK	3
1.1	VÅRE KONKLUSJONER TIL PROBLEMSTILLINGENE	3
1.2	FORSLAG TIL TILTAK	3
2	INNLEDNING.....	4
2.1	FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER	4
2.2	METODE	4
2.3	AVGRENSNINGER OG FORBEHOLD	5
3	HAR KOMMUNEN ET SYSTEM EGNET TIL Å SIKRE KVALITET I SYKEHJEMSTJENESTEN?	5
3.1	REVISJONSKRITERIER	6
3.2	FAKTABESKRIVELSE.....	6
3.3	VÅR VURDERING ER AT KOMMUNEN HAR FORBEDRINGSPOTENSIAL KNYTTET TIL STRUKTURER OG SYSTEMER	9
3.4	KONKLUSJON OG FORSLAG TIL TILTAK	11
4	HVORDAN OPPLEVER ANSATTE, BEBOERE OG PÅRØRENDE KVALITETEN PÅ SYKEHJEMSTJENESTENE?.....	12
4.1	REVISJONSKRITERIER	12
4.2	FAKTABESKRIVELSE.....	12
4.3	VÅR VURDERING ER AT DE ULIKE GRUPPENE OPPLEVER KVALITETEN I SYKEHJEMSTJENESTEN SOM GOD	16
4.4	KONKLUSJON OG FORSLAG TIL TILTAK	18
5	HØRINGSUTTALELSE	19
5.1	ADMINISTRASJONSSJEFENS UTTALELSE	19
6	VEDLEGG.....	20
	RESULTATER FRA SPØRREUNDERSØKELSEN	20

1 SAMMENDRAG OG FORSLAG TIL TILTAK

Indre Østfold kommunerevisjon IKS har engasjert BDO for å gjøre en forvaltningsrevisjon av kvaliteten i sykehjemstjenesten i kommunen. Formålet med forvaltningsrevisjonen er å vurdere hvordan kommunen har innrettet sitt kvalitetsarbeid ved sykehjemmet, og hvordan ulike berørte opplever kvaliteten i tjenestetilbudet som gis til sykehjemmets beboere.

Forvaltningsrevisjonen har belyst følgende to problemstillinger:

- Har Våler kommune rutiner og systemer som er godt egnet til å sikre kvalitet på sykehjemstjenestene?
- Opplever ansatte, beboere og pårørende at kvaliteten ved sykehjemstjenestene er god?

1.1 VÅRE KONKLUSJONER TIL PROBLEMSTILLINGENE

Problemstilling 1

Oppsummert mener vi at kommunen har forbedringspotensial knyttet til sine systemer og rutiner for kvalitet i tjenesten.

Måten prosedyrer og rutiner er strukturert på gjør dem lite tilgjengelig for ledere og ansatte. Det er vanskelig å ha oversikt over gjeldende prosedyrer og rutiner, og om dokumentene som ligger i kommunens strukturer, er oppdatert og riktig. Kommunen holder på å implementere et nytt kvalitetssystem som skal gjøre oppdaterte prosedyrer og rutiner mer tilgjengelig i det daglige.

Kommunen har ikke etablert et system for innhenting av erfaringer fra brukere og pårørende. Det skal, ifølge prosedyrer og rutiner, føres en regelmessig dialog med pårørende. Denne revisjonen tyder på at disse styrende dokumentene ikke etterleves godt nok i praksis.

Avvikssystemet fungerer, men er ikke optimalt. Det nye elektroniske kvalitetssystemet omfatter også en avviksmodul som vil legge bedre til rette for arbeid med avvik i forbedringsarbeid.

Kommunen har god innsikt i den samlede kompetansen i tjenesten, og det tilbys kompetansehevende tiltak. Ledelsens kjennskap til de ansattes kompetanse forklares først og fremst med en stabil ansattbase slik at ledelsen kjenner den enkelte. Kompetanseoversikter er ikke satt i system, men kommunen planlegger å innføre system for dette. Kompetansebehovet fremover er i all hovedsak godt kjent, men ikke redegjort for i oppdaterte planer. Det er satt i gang utarbeidelse av en ny kompetanseplan for sektoren som skal erstatte gjeldende plan.

Problemstilling 2

Oppsummert mener vi at kvaliteten i tjenesten oppleves som god.

De ansatte og pårørende opplever at kommunen i all hovedsak gir rett tjeneste til rett tid ved sykehjemmet. Det er et tydelig behov for bedre involvering og medvirkning. Dette handler både om hvilke strukturer som er etablert, og hvordan disse fungerer, men også om informasjonsflyt mellom sykehjemmets ansatte og beboere/pårørende. Det er varierende oppfatning av hvorvidt beboerne tilbys et tilstrekkelig høyt og tilpasset aktivitetsnivå. De pårørende er i all hovedsak tilfredse med aktivitetstilbudet ved sykehjemmet. Mattilbudet oppleves jevnt over som godt, og de pårørende opplever det som spesielt godt. Andre grunnleggende behov, eksempelvis personlig hygiene og tilpasset av- og påkledning, ivaretas på en god måte.

1.2 FORSLAG TIL TILTAK

På bakgrunn av våre funn og vurderinger foreslås følgende forslag til tiltak:

- Kommunen bør, som ledd i arbeidet med å innføre elektronisk kvalitetssystem, gjennomgå prosedyrer og rutiner slik at kvalitetssystemet inneholder riktig informasjon.

- Kommunen bør innføre jevnlig bruker- og pårørendeundersøkelser for å systematisere brukermedvirkningen.

2 INNLEDNING

2.1 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER

Formålet med forvaltningsrevisjonen er å belyse hvorvidt Våler kommune tilbyr sykehjemstjenester som kvalitetsmessig er i tråd med krav i gjeldende regelverk, samt føringer og anbefalinger på området.

Forvaltningsrevisjonen skal i utgangspunktet svare ut følgende to problemstillinger:

- Har Våler kommune rutiner og systemer som er godt egnet til å sikre kvalitet på sykehjemstjenestene?
- Opplever ansatte, beboere og pårørende at kvaliteten ved sykehjemstjenestene er god?

Beboerne ved sykehjemmet er utelukkende personer med ulike grad av kognitiv svikt enten alene, eller i kombinasjon med andre diagnoser. Det har derfor ikke vært mulig å innhente deres egne opplevelser av kvaliteten i tjenesten, da det ut i fra kommunens faglige synspunkt ville vært vanskelig å innhente brukernes egne erfaringer. Vi har i gjennomføringen derfor innhentet synspunkter fra eldrerådet for å få nyansert opplevelsen av kvalitet ytterligere.

2.2 METODE

Forvaltningsrevisjon er gjennomført i henhold til RSK 001 - Standard for forvaltningsrevisjon. Revisjonen har bestått av dokumentanalyser, intervjuer og spørreundersøkelse.

2.2.1 Dokumentanalyser

Vi har innhentet informasjon om kommunens prosedyrer, rutiner og systemer knyttet til sykehjemstjenester. Følgende dokumentasjon har blitt gjennomgått:

- Strategisk kompetanseplan for Pleie og omsorg i Våler kommune 2015-2019
- Oversikt over antall ansatte i ulike stillingskategorier i sykehjemstjenesten og gjennomsnittlig ansiennitet
- Budsjett 2019 - økonomiplan 2019-22 (rådmannens forslag)
- Saksprotokoll - Handlingsprogram inkl. økonomiplan 2019-2022 og årsbudsjett 2019

2.2.2 Intervjuer

Det er gjennomført fem intervjuer med følgende personer:

- Kommunalsjef helse og velferd
- Virksomhetsleder pleie og omsorg
- Avdelingsleder sykehjem
- Leder for eldrerådet
- Syv pårørende (gruppeintervju)

I forbindelse med intervjuet med avdelingsleder ble også dagens kvalitetssystem fremvist. Dette var ingen fullstendig gjennomgang av alle sykehjemmets prosedyrer og rutiner, ei heller en kvalitativ gjennomgang av et utvalg prosedyrer og rutiner.

2.2.3 Spørreundersøkelse

Det er også gjennomført en spørreundersøkelse for å kartlegge lederes og ansattes opplevelse av kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. I tillegg ble de ansatte spurt om de mener kommunens systemer og rutiner er egnet til å sikre god kvalitet i tjenesten. Resultatene fra

spørreundersøkelsen er gjengitt i vedlegg. For å sikre at undersøkelsen var forståelig og spørsmålene var relevante, ble undersøkelsen pilotert av kommunalsjef, virksomhetsleder og avdelingsleder for sykehjem.

Spørreundersøkelsen ble sendt til 43 personer og oppnådde en svarprosent på 53 prosent. Med en så liten populasjon er alt under en svarprosent på 100 for lavt til at undersøkelsen blir representativ. Det er med andre ord ikke mulig å generalisere på bakgrunn av spørreundersøkelsen, men den gir allikevel indikasjoner på hvordan kvaliteten oppfattes.

2.3 AVGRENSNINGER OG FORBEHOLD

Forvaltningsrevisjonsprosjektet er avgrenset til å omfatte sykehjemstjenestene i kommunen.

Den første problemstillingen er i stor grad en systemrevisjon. Med dette menes at vi skal belyse i hvilken grad kommunen har etablert systemer og prosedyrer som bidrar til å sikre kvalitet i tjenesteproduksjonen. Vurderinger knyttet til innhold i prosedyrene er således avgrenset fra revisjonen.

Under den andre problemstillingen skal vi beskrive opplevd kvalitet. Vurderinger knyttet til det faktiske nivået på tjenestekvalitet er ikke omfattet av revisjonen.

Vi presiserer at vi ikke kan påta oss ansvar for fullstendigheten eller riktigheten i det grunnlagsmaterialet som har vært utgangspunkt for våre vurderinger. Dersom vi har mottatt uriktig eller ufullstendige opplysninger, har vi ikke hatt anledning til å avdekke dette ut over overordnede rimelighetsvurderinger.

3 HAR KOMMUNEN ET SYSTEM EGNET TIL Å SIKRE KVALITET I SYKEHJEMSTJENESTEN?

Formålet med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i pleie- og omsorgstjenesten er å «bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.» Av forskriften fremgår det at det er administrasjonssjefens ansvar å sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften, og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.

Følgende problemstilling skal besvares i dette kapittelet: Har Våler kommune rutiner og systemer som er godt egnet til å sikre kvalitet på sykehjemstjenestene?

For å besvare denne problemstillingen har vi undersøkt det følgende:

- Har kommunen etablert et velfungerende sett rutiner og prosedyrer for sykehjemstjenestene, herunder faglige prosedyrer, prosedyrer for opplæring, medvirkning og risiko og sårbarhetsanalyser?
- Bruker kommunen kvalitetssystem (eller lignende) som et verktøy for å gjøre tilgjengelig prosedyrer og rutiner for ledere og ansatte?
- På hvilken (systematiske) måte involverer kommunen pasient- og brukerrepresentanter i utformingen av tjenestetilbudet?
- Har kommunen et fungerende avvikssystem for ledere og ansatte?
- Har kommunen oversikt over kompetanse og opplæringsbehov, og brukes dette aktivt i utvikling av tjenestene?

3.1 REVISJONSKRITERIER

Vi har lagt til grunn følgende revisjonskriterier¹ i besvarelsen av denne problemstillingen:

- Kommunen skal til enhver tid ha oppdatert og tilgjengelig dokumentasjon om etterlevelse av kravene til ledelse og kvalitetsarbeid i tjenestene.
- Kommunen skal sørge for at det etableres systemer for innhenting av erfaringer og synspunkter.
- Kommunen skal sikre medvirkning til utforming eller endring av tjenestetilbudet.
- Kommunen skal ha oversikt over avvik og gjennomgå disse for å forebygge lignende forhold.
- Kommunen skal ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring samt sørge for at ansatte får nødvendig opplæring og påkrevd videre- og etterutdanning.

3.2 FAKTABESKRIVELSE

3.2.1 System for prosedyrer knyttet til utøvelse av tjenestene

Tidligere var rutiner og prosedyrer skrevet ut på papir og systematisert i permer som lå tilgjengelig på avdelingene. Kommunen startet en digitalisering av prosedyrer og rutiner rundt årsskiftet 2017/2018, blant annet som del av kommunens strategi for å bli papirløse fra 1. januar 2020. Sykehjemstjenesten i Våler kommune er derfor i en overgangsfase fra et papirbasert kvalitetssystem til et digitalt kvalitetssystem. I og med at sykehjemmet er i overgang til et digitalt system, opplever både avdelingsleder, virksomhetsleder og kommunalsjef at oversikten over skriftlige rutiner og prosedyrer for sykehjemstjenesten og systematiseringen av disse ikke er tilstrekkelig god.

Rutiner og prosedyrer er lagret delvis på sikker sone og delvis i et filsystem på åpen sone. Det er ingen enhetlig trestruktur med aktuelle prosedyrer og rutiner for ulike deler av tjenesten.

Videre er det ingen versjonsstyring av dokumentene. Ledelsen har ikke avdekket innholdsmessige mangler, men hvorvidt alle rutiner og prosedyrer nå har blitt tilgjengeliggjort digitalt, er usikkert. Dette kan til dels også begrunnes med at sykehjemstjenestens ledelse er ny, samt at det ikke er foretatt en fullstendig gjennomgang av alle overførte prosedyrer.

Selv om innholdet i all hovedsak skal være tilgjengelig digitalt, opplever ledelsen det som vanskelig å finne frem til riktig informasjon til riktig tid. Dette ble bekreftet i vår gjennomgang av kvalitetssystemet. Ledelsen mener dagens system ikke er en hensiktsmessig måte å tilgjengeliggjøre rutiner og prosedyrer i sykehjemstjenesten på. Dette synet støttes av de ansatte der 43 prosent av de som har besvart spørreundersøkelsen, slik det fremgår av tabellen under, opplever at kommunens verktøy i noen eller i mindre grad sikrer god kvalitet i sykehjemstjenesten.

Rutiner, prosedyrer og retningslinjer er gode verktøy for å sikre god kvalitet i sykehjemstjenesten	Svar fra ansatte
I stor og i veldig stor grad	57 prosent
I noen grad	39 prosent
I liten og i veldig liten grad	4 prosent

Tabell 1 Ansattes opplevelse av at kommunens verktøy sikrer god kvalitet i sykehjemstjenesten. N=23. Kilde: Spørreundersøkelsen

Ledelsen er likevel ikke bekymret for at dagens lite hensiktsmessige system medfører konsekvenser for kvaliteten på tjenestene som leveres. Dette begrunnes med at de ansatte i sykehjemstjenesten er erfarne og har høy ansiennitet. Gjennomsnittlig ansiennitet fordelt på de ulike stillingskategoriene er som følger:

- Sykepleier: 13,3 år

¹ Helse- og omsorgstjenesteloven og Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesteloven med veileder

- Helsefagarbeider/hjelpepleier: 22,6 år
- Assistent/pleiemedarbeider: 21,6 år

Som del av kommunens arbeid for å bli papirløse, er det igangsatt arbeid med å implementere det digitale kvalitetssystemet Simployer. Systemet skal benyttes av hele kommunen. Implementering av systemet og systematisering av felles prosedyrer og rutiner for pleie og omsorg skal koordineres på tvers av avdelinger som yter tilsvarende tjenester. Det er her naturlig å nevne sykehjemstjenesten og hjemmebaserte tjenester. Ansvar for å legge inn prosedyrer og rutiner i Simployer er plassert hos utvalgte personer i hver av kommunens virksomheter. I sammenheng med dette arbeidet skal også alle prosedyrer og rutiner på pleie- og omsorgsfeltet gjennomgås for å sikre at disse er oppdaterte og fullstendig dekkende for tjenesteproduksjonen.

3.2.2 Involvering og medvirkning

Våler kommune har rutiner for beboeres ankomst på sykehjemmet, der det foretas en kartlegging av personens bakgrunn og reelle tjenestebehov. Ved behov for flere opplysninger ved ankomst gjennomføres det samtaler med pårørende. Det er ikke en systematikk for videre brukermedvirkning av den enkelte beboer. Det har ikke blitt gjennomført brukerundersøkelser for beboere på sykehjemmet, og kommunen har ingen utpekt brukerrepresentant for beboere på sykehjem som deltar i faste møtestrukturer, slik som for beboere i omsorgsbolig. Dette er begrunnet med at de fleste beboerne ved sykehjemmet har ulik grad av kognitiv svikt. Vi er informert om at kommunen arbeider for å bedre brukermedvirkningen og at virksomhet Helse og velferd har til hensikt å gjennomføre systematiske brukerundersøkelser, uten at det er gitt konkrete eksempler på hvordan dette skal gjøres i sykehjemstjenesten.

Eldrerådet får alle saker til kommunestyret til gjennomgang og uttalelse. Utover dette har ikke sykehjemstjenesten en fast møtestruktur med eldrerådet. Vi får opplyst at kommunalsjef skal delta regelmessig i møter med eldrerådet fremover. Representanter fra ledelsen har deltatt i enkelte møter med pensjonistforeningen, men ikke på fast basis. Vi får opplyst at kommunen skal samarbeide tettere med pensjonistforeningen i arbeidet med kvalitetsreformen «Leve hele livet».

Pårørende skal involveres ved behov eller endring i den enkelte beboers tilstand, i tillegg til en årlig pårørendesamtale. Pårørende skal ifølge ledelsen også involveres gjennom faste møtepunkter. Enkelte pårørende deltar i en aktivitetskomité som møtes én til to ganger i året for å diskutere hvilke aktiviteter som skal tilbys beboerne. Videre skal pårørende involveres i felles pårørendemøter minst én gang i halvåret. Det har over lengre tid vært en fast pårørenderepresentant for sykehjemmet som nå skal erstattes.

Utover nevnte møtepunkter, er vi informert om at de pårørende også har deltatt i utarbeidelsen av en demensplan i kommunen, og at det har blitt gjennomført pårørendeundervisning og pårørendekurs.

3.2.3 Håndtering av avvik og oppfølging av eventuelle tilsyn

Oversikten over behandlings- og pleiesituasjonen til den enkelte beboer føres i fagsystemet. Enkelte situasjoner kan være avvik, og kommunens sykehjemstjeneste har to systemer for rapportering av slike avvik; ett for HMS-avvik og ett for avvik relatert til drift. Førstnevnte avvikskategori omhandler helse, miljø og sikkerhet ved arbeidsplassen for den ansatte. Sistnevnte omhandler drift av sykehjemstjenesten, og kan eksempelvis være knyttet til legemiddelhåndtering, fall e.l.

HMS-avvik rapporteres i en modul i Simployer som allerede er implementert. Avvikene går til nærmeste leder med kopi til kommunalsjef og verneombud. Dersom nærmeste leder ikke håndterer avviket innen en definert frist, får kommunalsjef varsel om å følge opp.

Avvik relatert til drift av sykehjemstjenesten rapporteres i avviksskjema på papir. Skjemaet leveres til avdelingsleder, som vurderer avviket, og gir et tilsvarende svar til den som har meldt avviket. Tilbakemelding på avvik skal skje innen 14 dager. Vi er informert om at det er kultur for å melde inn avvik relatert til drift av sykehjemstjenesten blant de ansatte, og videre at avviksmeldinger anses som et nyttig verktøy for forbedringsarbeid.

Avdelingsleder leverer avviksrapporter til virksomhetsleder hvert halvår. Rapportene inneholder oversikt over trender, avvikskategorier, omfang og alvorlighetsgrad. Det er ikke mulig å hente ut

avviksrapporter fra journalsystemet slik at avdelingsleder manuelt må kategorisere og aggregere opp innmeldte avvik som angår drift av sykehjemstjenesten. Ved hyppige avvik tas dette opp på avdelingsmøter for å diskutere mulige tiltak. Ved innføring av Simployer, vil derimot innmelding og rapportering av avvik skje elektronisk. Etter ledelsens syn vil bruk av Simployer til både HMS-avvik og driftsrelaterte avvik gjøre sykehjemstjenestens avvikssystem mer hensiktsmessig og oversiktlig, og gi bedre ledelsesinformasjon.

Per i dag leveres det ikke regelmessige avviksrapporter som angår drift av sykehjemstjenesten til kommunalsjef. Kommunalsjef har derfor per i dag ikke mulighet til å se en samlet oversikt over avvik i tjenesten. Dette endres med innføringen av Simployer der ledere kan hente ut elektroniske avviksrapporter. Våler kommune har tidligere omtalt avvik i årsrapportene. Dette er imidlertid ikke lenger praksis, og rådmann og politikere får kun avviksrapporter ved store avvik.

3.2.4 Oversikt over kompetanse og opplæringsbehov

Våler kommune har utarbeidet en kompetanseplan for pleie og omsorg for perioden 2015-2019. Planen består av en strukturell del med føringer for hvorfor og hvordan kommunen skal drive kompetanseheving og kompetanseutvikling. Videre består planen av en handlingsdel som beskriver hvilke tiltak kommunen skal gjennomføre for å arbeide strukturert med kompetanseutvikling for de ansatte.

Del to av planen er ikke oppdatert etter 2017. Det er igangsatt et arbeid for å lage en ny kompetanseplan for pleie og omsorg, ikke bare rullere den eksisterende planen. Ledelsens mål er å utarbeide en kompetanseplan der opplærings- og handlingsplan bygger på kartlagt kompetanse og samsvarer med tjenestenes mål og behov. Videre er det et mål at innholdet i planen skal være lettere tilgjengelig og oppdateres regelmessig. Arbeidet med den nye planen ble startet med felles ledersamling høsten 2019, og skal videreføres i hver virksomhet med virksomhetsledere som ansvarlige.

Langtidsplassene ved sykehjemmet er i dag tydelig innrettet mot personer med kognitiv svikt, enten alene, eller i kombinasjon med andre diagnoser. I tillegg har sykehjemmet korttids- og rehabiliteringsplasser. Vi er ikke kjent med styrende dokumenter (strategier, kommunedelplaner e.l.) som beskriver det fremtidige behovet for ulike typer plasser, annet enn at kommunen skal vurdere hvordan de ulike trinnene i omsorgstrappen er dimensjonert. Kommunens handlingsprogram peker på at denne vurderingen må inkludere hvorvidt personer med kognitiv svikt best ivaretas gjennom andre tjenester enn langtidsplass ved sykehjem.

Selv om sykehjemstjenesten foreløpig ikke har en oppdatert kompetanseplan med tilhørende kompetansehevingstiltak, har avdelingsleder likevel oversikt over de ansattes kompetanse. Dette begrunnes med at det er små forhold i tjenesten, og at ledelsen har inngående kjennskap til sykehjemmets personal. Ledelsen vurderer de ansattes kompetanse som god. En oversikt over antall ansatte viser at sykehjemstjenesten har til sammen 42 ansatte, utenom avdelingsleder, fordelt som følger:

- 11 sykepleiere (9,8 årsverk)
- 22 helsefagarbeidere/hjelpepleiere (13,3 årsverk)
- 9 assistenter (3,55 årsverk)

Vi er opplyst om at tre av assistentene er under utdanning, og at fem av helsefagarbeiderne er under videreutdanning gjennom ABC-kurs.

Videreutdanning av de ansatte er noe kommunen både oppfordrer til og legger til rette for, blant annet gjennom lønnet permisjon i praksisperioder. Sykehjemstjenesten har ikke benyttet innleide kursholdere i særlig grad, men sykepleiere og helsefagarbeidere deltar i ABC-opplæring og benytter ABC-permer til kompetanseheving. Vi får opplyst at ABC-opplæring er en systematisert opplæring med systematisk oppbygde hefter i permer for faglig progresjon. De ansatte ved Våler kommunes sykehjem har felles samtaler rundt innholdet i permene i egen regi og deltar på dagsamlinger arrangert av Aldring og helse.

Våler kommune har de siste årene opplevd hyppige utskiftninger blant de ansatte i sykehjemstjenesten, særlig blant sykepleiere. Ledelsen peker eksempelvis på risikoen for at ansatte som tar videreutdanning, ønsker å jobbe tettere på pasientgrupper/lidelser de spesialiserer seg på. Det er dermed en risiko for at videreutdannede ikke blir værende i Våler kommunes sykehjemstjeneste. Ledelsen opplever at en stadig utskiftning av ansatte gjør det

vanskeligere å sikre en videreføring av dagens kompetanse, samtidig som kommunen skal drive målrettet kompetanseheving. Vi er informert om at kommunen sammen med tillitsvalgapparatet ser på løsninger for å rekruttere nye og beholde eksisterende ansatte i sykehjemstjenesten.

Vi får opplyst at kommunens HR-avdeling arbeider med implementering av en kompetansebank i Visma, som trolig vil kunne tas i bruk om tre til fire måneder. Det er ikke fastsatt en endelig oppstartsdato. Kompetansebanken blir etter ledelsens syn nøkkelen til en oppdatert kompetanseoversikt og struktur for kompetansehevingstiltak. Superbrukere i dette systemet er foreløpig ikke utpekt, men hver enkelt ansatt skal selv ha ansvar for å legge inn egen kompetanse. I tillegg har avdelingsleder til hensikt å gjennomføre forventningssamtaler med de ansatte, både som et ledd i den ovennevnte kompetansekartleggingen, men også for å kunne se tjenestenes kompetansemål og -behov opp mot den enkelte ansattes ønske.

3.3 VÅR VURDERING ER AT KOMMUNEN HAR FORBEDRINGSPOTENSIAL KNYTTET TIL STRUKTURER OG SYSTEMER

3.3.1 Dagens system for prosedyrer og rutiner er ikke tilstrekkelig hensiktsmessig for å sikre god kvalitet i sykehjemstjenesten

Kommuner plikter å ha oppdatert dokumentasjon om ansvar og aktiviteter i pleie- og omsorgstjenestene.² Det er vår vurdering at dagens måte å lagre og tilgjengeliggjøre prosedyrer og rutiner, uten en definert trestruktur, ikke er hensiktsmessig. Det er vår vurdering at kommunen per i dag har lite oversikt over hva som faktisk er tilgjengelig av skriftlige rutiner og prosedyrer for sykehjemstjenesten. Følgelig har kommunen heller ikke oversikt over hvilke rutiner og prosedyrer som ikke er lagret i dagens system. Våler kommunes sykehjemstjeneste har per i dag ingen versjonshåndtering eller kontroll ved lagring og endring av dokumentasjon. Dette medfører en risiko for at ansatte ikke finner en gjeldende eller oppdatert versjon. Det er videre en risiko for at prosedyrer og rutiner kan endres uten at dette er godkjent og/eller faglig sett korrekt. Etter vårt syn bør derfor kommunen påse at det innføres godkjenningssystem og versjonsstyring i forbindelse med innføring av Simployer. Med godkjenningssystem mener vi ikke nødvendigvis en teknisk innretning i systemet, men at kommunen sikrer at dokumentasjonen som legges i systemet er riktig og godkjent av ledelsen.

Kommunens prosedyrer og rutiner skal videre være tilgjengelig for ledere og ansatte.³ Vi mener at systemet, slik det fremstår i dag, er lite hensiktsmessig for tilgjengeliggjøring av skriftlige rutiner og prosedyrer. Dette fremgår både av intervjuer med ledelsen og gjennom en demonstrasjon av dagens kvalitetssystem. Svarene fra spørreundersøkelsen viser en blandet oppfatning av hvor godt dagens system er egnet til å sikre god kvalitet i sykehjemstjenesten. Fordi spørreundersøkelsen er anonym har vi ikke kunnet kontrollere om det er systematisk forskjell mellom ansatte med lang ansiennitet og ansatte med kortere fartstid i sykehjemstjenesten. Det er etter vårt syn uheldig at sykehjemstjenesten er avhengig av ansatte med lang ansiennitet, i mangel av et godt system. Ofte er det de med kortest erfaring, eksempelvis nyansatte og vikarer, som har størst behov for å raskt finne frem til skriftlige rutiner og prosedyrer. Systemet må derfor være håndterbart, og dokumentasjonen tilgjengelig, for ansatte uten lang erfaring ved Våler kommunes sykehjem. Det er etter vår vurdering ikke tilfellet i dag.

I forbindelse med innføringen av Simployer skal systematisering av felles prosedyrer og rutiner for pleie og omsorg koordineres på tvers av de aktuelle tjenesteområdene. Dette er etter vår vurdering hensiktsmessig da en slik koordinering sikrer en omforent og helhetlig praktisering av rutiner og prosedyrer innen pleie- og omsorgstjenestene. Det er naturlig å forvente at sykehjemstjenesten i overgangen til det digitale kvalitetssystemet foretar en gjennomgang av skriftlige rutiner og prosedyrer for å kontrollere at dokumentasjonen er dekkende for alle aspekter ved tjenesteproduksjonen. Vi har forstått at kommunen har startet en slik gjennomgang.

² Helsedirektoratet: 2017. Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (§ 5)

³ Ibid

3.3.2 Kommunen kan i større grad etablere system og rutiner for involvering og medvirkning

Ifølge Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten skal kommunen innhente erfaringer fra brukere og pårørende, og benytte dette i utvikling av tjenestetilbudet.⁴

Den enkelte beboer og dennes pårørende involveres tidlig ved ankomst til sykehjemmet gjennom samtaler og kartlegging av bakgrunn og behov. Det er vår vurdering at en tidlig kartlegging av den enkeltes reelle behov er hensiktsmessig for å tilrettelegge for at beboeren får riktig tjeneste til riktig tid ved sykehjemmet. Likevel vurderer vi at sykehjemstjenestens rutiner og prosedyrer for brukermedvirkning i større grad bør settes i system. Dette gjelder særlig for innhenting av erfaringer fra tjenestetilbudet, da sykehjemstjenesten ikke har faste metoder og rutiner for videre involvering av den enkelte beboer eller av brukergruppen som helhet gjennom en brukerrepresentant. Vi er klar over at funksjonen med en brukerrepresentant vil være vanskelig fordi beboerne ved sykehjemmet alle har ulik grad av kognitiv svikt. Kommunen bør derfor vurdere muligheter for å innføre faste, tilpassede brukerundersøkelser. Dette er fullt mulig å gjennomføre, men må naturligvis reflektere beboernes evne til å uttrykke seg.

Vi registrerer at det er lite systematikk i hvordan kommunen involverer eldrerådet og pensjonistforeningen. Vi ser det som positivt at ledelsen har til hensikt å involvere disse aktørene i kommunens arbeid fremover.

Det er positivt at kommunen legger opp til faste punkter for involvering av pårørende gjennom året. Videre anser vi det som positivt at kommunen har til hensikt å involvere pårørende gjennom strukturert undervisning og opplæring. Dette er gode muligheter for pårørende til å påvirke tjenestetilbudet, dersom det gjennomføres på en strukturert og god måte. Det er vår vurdering at jevnlig pårørendeundersøkelser ville gitt et godt informasjonsgrunnlag for forbedringsarbeid over tid. Kommunen bør vurdere å starte en praksis for dette.

3.3.3 Kommunen har et fungerende system for håndtering av avvik som skal erstattes av et elektronisk system

Kommunen skal etter forskriften ha oversikt over avvik og gjennomgå disse for å forebygge lignende forhold.⁵ Våler kommune har per i dag to ulike avvikssystemer; et for HMS-avvik og et for avvik som angår drift. Vårt inntrykk er at disse systemene fungerer etter hensikten. Vi vurderer det som positivt at det synes å være en god organisasjonskultur for å melde inn avvik og at ansatte anser avviksmeldinger som et nyttig verktøy i forbedringsarbeid.

Rapportering og håndtering av HMS-avvik gjøres i Simployer, som sender automatiske varsler dersom avviket ikke er håndtert innen en tidsfrist. Vår vurdering er at avviksmodulen i Simployer er et godt verktøy både for å melde inn avvik, for å håndtere avvik og for at kommunen får oversikt over systematiske avvik gjennom avviksrapporter.

Dagens system for rapportering og håndtering av avvik relatert til drift fungerer på en god måte slik det er satt opp i dag. Det er likevel muligheter for forbedringer ettersom systemet er manuelt og avvik rapporteres på papirskjema, hvilket gjør det mer ressurskrevende å få oversikt over trender og omfang.

Vi er av den oppfatning at avviksrapportering i to systemer ikke er en optimal løsning, da det skaper ulik praksis for rapportering og håndtering av avvik, og gjør utarbeidelse av samlede avviksrapporter mer krevende. Dette vil kommunen unngå i fremtiden med innføringen av Simployer også for avvik relatert til drift.

Vi mener regelmessige, oppsummerende avviksrapporter til ledelsen er hensiktsmessig, og anbefaler at dette også praktiseres til kommunalsjef- og rådmannsnivå i tillegg til virksomhetsleder. Forutsetningen er at dette gjøres automatisk fra systemet, slik at det ikke medfører økt ressursbruk.

3.3.4 Kommunen har oversikt over kompetanse og opplæringsbehov uten at dette skyldes gode strukturer og system

Det er vår vurdering at kommunen har en tilsynelatende god oversikt over de ansattes kompetanse. Dette skyldes i stor grad kjennskapet til den enkelte ansatte, og i mindre grad at

⁴ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 8(d)

⁵ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6(g)

det er etablert gode strukturer for å ha oversikt over kompetansen til de ansatte. Med høy turn over kan det være utfordrende å opprettholde en slik kjennskap fremover, særlig dersom også ledelsen skiftes ut. Kompetansebanken som er under innføring vil etter vårt syn sikre en løpende god oversikt over de ansattes kompetanse, gitt at den oppdateres løpende. Dette blir den enkeltes ansvar, men ledelsen må sørge for at det prioriteres i tilstrekkelig grad.

Vi mener at kompetanseplanen, slik den i dag fremstår, ikke gir tydelig retning for å iverksette kompetansehevede tiltak. Planen redegjør ikke tydelig for hvilke pasientgrupper som skal håndteres ved sykehjemmet, selv om dette fremstår relativt tydelig fra intervjuene med ledelsen. Handlingsprogrammet, og tidligere rapporter, indikerer at kommunen bør se på hvordan omsorgstrappen og tjenestetilbudet er bygget opp. Dette kan føre til at sykehjemmet må håndtere andre pasientgrupper enn i dag. Det er allikevel vår vurdering at ledelsen må ta utgangspunkt i den pasientgruppen den er ment å skulle håndtere. Kompetansebehovet for å håndtere dagens pasienter beskrives av ledelsen som kjent, men kommunen har ingen strukturer som bekrefter dette. Kommunen arbeider med en ny kompetanseplan fra høsten 2019. Det er naturlig å forvente at denne planen vil identifisere hvilke brukergrupper som skal bebo sykehjemmet fremover, hvilke behov disse vil ha og dermed hvilken kompetanse de ansatte må besitte.

Det er vår vurdering at kommunen har strukturer for nødvendig kompetanseheving, eksempelvis gjennom lønnet permisjon i praksisperioder og ABC-opplæring. Ledelsen gir uttrykk for at kommunen oppfordrer til videreutdanning, noe som etter vårt syn bekreftes av at til sammen åtte ansatte for tiden er under videreutdanning.

3.4 KONKLUSJON OG FORSLAG TIL TILTAK

Med dagens struktur er det vanskelig å svare på om dokumentasjonen for tjenesteutøvelsen (prosedyrer og rutinebeskrivelser) er oppdatert. Ledere og ansatte har mulighet til å finne frem til prosedyrer og rutiner, men måten informasjonen er strukturert på, gjør den lite tilgjengelig. Kommunen er i ferd med å innføre Simployer som nytt kvalitetssystem. Kommunen må sørge for en grundig gjennomgang av eksisterende prosedyrer og rutiner før dette godkjennes som gjeldende prosedyrer og rutiner i kvalitetssystemet.

Det er ikke etablert et system for innhenting av erfaringer fra brukere. Pårørende får mulighet til å dele sine erfaringer i jevnlig pårørendemøter, men det er ikke etablert pårørendeundersøkelser. Pårørende for den enkelte pasient har individuelle samtaler som gir gode muligheter for å uttrykke sine erfaringer og påvirke tjenestetilbudet.

Kommunen har et fungerende, men ikke optimalt, avvikssystem. Det rapporteres avvik i ulike kanaler, og det er ingen fast struktur for aggregering og rapportering av avvik oppover. Kommunen innfører høsten 2019 et nytt elektronisk avvikssystem som skal gjøre det enklere å ha oversikt over avvik og benytte informasjonen til å forebygge lignende forhold fremover.

Kommunen har oversikt over de ansattes kompetanse, først og fremst gjennom kjennskap til den enkelte, og i mindre grad som følge av etablerte systemer og strukturer. Kompetansekravet i tjenesten er godt kjent, og antas relativt stabilt med mindre det skjer endringer i kommunens samlede tjenestetilbud. Kompetansebehovet er imidlertid ikke redegjort for i oppdaterte planer, men dette er under utarbeidelse. Således mener vi opplæringsbehovet er godt kjent. Vi er av den oppfatning at kommunen sørger for nødvendig videre- og etterutdanning basert på ledelsens kjennskap til tjenesten og de ansattes kompetanse.

Basert på våre konklusjoner over mener vi kommunen bør vurdere å

- gjennomgå prosedyrer og rutiner slik at kvalitetssystemet inneholder riktig informasjon
- innføre jevnlig bruker- og pårørendeundersøkelser for å systematisere brukervedvirkning

4 HVORDAN OPPLEVER ANSATTE, BEBOERE OG PÅRØRENDE KVALITETEN PÅ SYKEHJEMSTJENESTENE?

Kvalitetsforskriften⁶ skal bidra til å sikre at pasienter og brukere får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.

Nevnte forskrift redegjør for en rekke grunnleggende behov beboere skal få dekket. Gjennom revisjonen har vi belyst i hvilken grad beboernes grunnleggende behov blir dekket i sykehjemstjenesten i Våler kommune.

Følgende problemstilling skal besvares i dette kapittelet: Opplever ansatte, beboere og pårørende at kvaliteten ved sykehjemstjenestene er god?

Vi besvarer problemstillingen gjennom følgende spørsmål:

- I hvilken grad opplever ansatte at kommunens sykehjemstjenester klarer å dekke beboeres grunnleggende behov?
- I hvilken grad opplever pårørende at deres nærmeste får dekket sine grunnleggende behov gjennom kommunens sykehjemstjenester?
- I hvilken grad opplever eldrerådet at kommunens sykehjemstjenester dekker beboeres grunnleggende behov?

Det første spørsmålet besvares gjennom en spørreundersøkelse til ledere og ansatte i sykehjemstjenesten. De siste to spørsmålene besvares gjennom intervjuer med pårørende og eldrerådet.

4.1 REVISJONSKRITERIER

Vi har lagt til grunn følgende revisjonskriterier⁷ i besvarelsen av denne problemstillingen:

- Kommunen skal tilstrebe at beboerne får riktig tjenestene til rett tid.
- Kommunen skal sikre at det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten.
- Beboere skal få dekket sine grunnleggende behov, herunder:
 - Fysiologiske behov som tilstrekkelig, variert og helsefremmende næring (mat og drikke) med rimelig valgfrihet.
 - Sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet.
 - Mulighet for ro og skjermet privatliv.
 - Får ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett).
 - Tilrettelagt tilbud til personer med demens og andre med vansker for å formulere egne behov.
 - Tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise.
 - Tilpasset hjelp til av- og påkledning.
 - Tilbud om eget rom ved langtidsopphold.
 - Tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.

4.2 FAKTABESKRIVELSE

Ledere og ansatte i kommunens sykehjemstjeneste har besvart spørreundersøkelsen om opplevd kvalitet på skala med følgende alternativer:

- I veldig stor grad
- I stor grad

⁶ Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

⁷ Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 3

- I noen grad
- I liten grad
- I veldig liten grad

I tillegg var det for alle spørsmål mulig å svare at det ikke var relevant for dem. Hovedfunn fra spørreundersøkelsen er trukket fram i beskrivelsen under og supplert med informasjon fra intervjuer med ledelsen. For en fullstendig oversikt over resultatene fra spørreundersøkelsen, se vedlegg. I vedlegget er henholdsvis de to første og de to siste svaralternativene gruppert sammen.

Spørreundersøkelsen er, som nevnt i metodekapittelet, ikke representativ. Vi kan kun gjengi oppfatningen til dem som har besvart undersøkelsen, ikke for ansattgruppen som helhet. I det videre omtaler vi dem som har besvart spørreundersøkelsen som «respondenter».

4.2.1 Ansattes opplevelse av kvalitet i sykehjemstjenesten

Hvorvidt beboere får riktig tjeneste til riktig tid

De fleste (91 prosent) respondentene opplever at beboere på sykehjemmet blir møtt med respekt, forutsigbarhet og trygghet i tjenestetilbudet. Det er derimot kun 48 prosent som opplever at beboerne i stor eller veldig stor grad får riktig tjeneste til riktig tid. En årsak til dette kan ifølge ledelsen være at Våler kommune mangler døgnbemannede omsorgsboliger som et omsorgsnivå i sitt tilbud av pleie- og omsorgstjenester. Dette omsorgsnivået kunne vært aktuelt for flere av beboerne på sykehjem, særlig blant de som har behov for skjerming. Videre får vi opplyst at beboere på korttidsopphold i større grad kan ivaretas og behandles i eget hjem da terskelen for å motta sykehjemstjenester i kommunen er noe lav, delvis grunnet høy kapasitet.

Likevel er det kun 26 prosent av respondentene som opplever at beboere ved Våler sykehjem i stor eller veldig stor grad får nødvendig og tilpasset rehabilitering.

Til tross for at de fleste av sykehjemmets beboere har kognitiv svikt, opplever om lag halvparten av respondentene at kommunens sykehjemstjeneste kun i noen grad tilrettelegger for personer med demens (48 prosent) og andre som har vansker med å formulere sine behov (52 prosent). Henholdsvis 22 og 17 prosent opplever at det tilrettelegges for disse beboergruppene i liten eller veldig liten grad.

Vi er informert om at Våler kommune skal foreta en gjennomgang av kommunens pleie- og omsorgstjenestetilbud. Gjennomgangen utføres som en del av prosjektet «Pleie og omsorg», der hensikten er å definere fremtidens pleie og omsorg for Våler kommune langs tre dimensjoner; kompetanse, velferdsteknologi og tjenester. Som følge av den ovennevnte høye kapasiteten i sykehjemstjenesten, vurderer kommunen også å redusere antall sykehjemsplasser. Dette gir muligheter for en ytterligere vridning av ressurser mot hjemmebaserte tjenester i tråd med kommunens økonomiplan for 2019-2022.

Hvorvidt kommunen gir et samordnet, helhetlig og fleksibelt tilbud der beboerne får medvirke

Litt over halvparten av respondentene opplever at sykehjemmets beboere i stor eller veldig stor grad gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet. Hva gjelder beboeres og pårørendes medvirkning i tjenestetilbudet, er det kun om lag en tredel av de ansatte som opplever at dette ivaretas i stor eller veldig stor grad.

Grunnleggende behov

Når det kommer til grunnleggende behov, opplever de fleste respondentene at kommunens sykehjemstjeneste i stor eller i veldig stor grad legger til rette for at beboere får en verdig livsavslutning i trygge omgivelser.

Under 40 prosent av respondentene mener at sykehjemstjenesten i stor eller veldig stor grad tilrettelegger for styring av eget liv, ro og skjermet privatliv. Dette til tross for at alle beboere har enerom med eget bad. Ledelsen gir uttrykk for at de ansatte etter beste evne legger til rette for privatliv for den enkelte. Eksempelvis har det blitt dekket med langbord inne hos den enkelte for å feire bursdager med familie.

Respondentene opplever i stor eller veldig stor grad at kommunens sykehjemstjeneste tilrettelegger for at beboerne får ivaretatt sine behov for personlig hygiene og nødvendige funksjoner (87 prosent) samt nødvendig hjelp til av- og påkledning (96 prosent). Det er imidlertid likevel enkelte respondenter som opplever at dette ikke ivaretas i stor eller veldig stor grad. 22 prosent av respondentene opplever at beboere i stor eller veldig stor grad får tilpasset hjelp ved måltider, nok tid og tilstrekkelig ro til å spise. Kommunen har selv påpekt at sykehjemmet har en høy bemanning sammenlignet med sykehjemstjenestene i andre kommuner.

61 prosent av respondentene opplever i stor eller veldig stor at beboerne har mulighet til sosialt samvær. Det er imidlertid kun 13 prosent som opplever at beboerne i stor eller veldig stor grad får tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter. Vi har fått opplyst at sykehjemmet samarbeider med frivillighetssentralen og med dagsenteret om å arrangere daglige aktiviteter for kommunens brukere av pleie- og omsorgstjenester. Videre disponerer sykehjemmet to sansehager og har nylig anskaffet en stor aktivitetstavle som kan benyttes til bevegelsesoppgaver o.l. Vi er også informert om at en ansattgruppe deltar i opplæringsprogrammet ABC musikk som et tiltak for å skape økt aktivitet ved sykehjemmet.

Ledelsen stiller spørsmål ved om organiseringen ved sykehjemmet hindrer at beboere som ønsker å delta på aktiviteter, får mulighet til dette, og at dette kan være medvirkende til svarene på spørreundersøkelsen. Samtidig har enkelte beboere på sykehjemmet behov for skjerming fra støy, og det er dermed vanskelig å aktivisere/sosialisere disse med andre. Etter ledelsens syn har sykehjemstjenesten et forbedringspotensial når det kommer til å tilby beboere tilpassede aktiviteter, særlig utendørs.

4.2.2 Eldrerådets opplevelse av kvalitet i sykehjemstjenesten

Eldrerådet får tilbakemeldinger på tjenestetilbudet ved kommunens sykehjem fra beboere og pårørende, men ikke på en strukturert eller regelmessig basis.

I all hovedsak har tilbakemeldingen til eldrerådet fra beboere, ofte gjennom pårørende, vært positive. Alle beboere gis mulighet for privatliv gjennom enerom med eget bad og mulighet til besøk fra pårørende.

Samtidig er det eldrerådets oppfatning at enkelte av beboernes grunnleggende behov kan ivaretas på en bedre måte. Nærmere bestemt opplever eldrerådet at beboere ved flere anledninger ikke har fått nødvendig hjelp til påkledning og morgenstell innen rimelig tid. Avdelingsleder ved sykehjemmet påpeker at enkelte beboere ved enkelte anledninger sovner sent eller er utrolige på nattestid. Dette vil da medføre at de ansatte lar vedkommende sove lengre på morgenen. Således forklarer det at beboere ved enkelte anledninger er i nattøy på tidspunkt de ellers ville vært påkledd.

Det er videre eldrerådets oppfatning at beboere i større grad kan få mulighet til å delta på aktiviteter på dagsenteret og i regi av Kulturgruppa. Sansehagen fremstår ifølge eldrerådet også som lite egnet og lite benyttet blant beboerne da de er avhengige av følge fra ansatte. I tillegg er eldrerådet av den oppfatning at mattilbudet til beboere kan utbedres og i større grad tilpasses ønsker og preferanser. Ledelsen er av den oppfatning at maten ved sykehjemmet er både god og variert, særlig sammenlignet med mattilbudet i andre kommuner. Av spørreundersøkelsen fremgår det at 74 prosent oppfatter kostholdet som tilstrekkelig godt og variert.

4.2.3 Pårørendes opplevelse av kvalitet i sykehjemstjenesten

Hvorvidt beboere får riktig tjeneste til riktig tid

Det er en felles og generell oppfatning blant de pårørende at Våler kommune har et forbedringspotensial knyttet til informasjon og kommunikasjon. Samtidig er de tydelige på at personalet ved sykehjemmet behandler den enkelte beboer med omsorg og respekt.

Det er delte oppfatninger om beboerne gis nødvendig og tilstrekkelig fysioterapi i rehabilitering, eksempelvis etter fallskader. Noen opplever at dette har blitt gitt i for liten grad, mens andre er fornøyde med omfanget og tilbudet. Enkelte stiller spørsmål ved legetilbudet og hvorvidt det er riktig at legetjenesten er tilgjengelig på faste tidspunkter, og ikke når behovet oppstår.

De pårørende opplever at kommunen legger godt til rette og leverer gode tjenester til beboere med demens.

Hvorvidt kommunen gir et samordnet, helhetlig og fleksibelt tilbud der pårørende får medvirke

De pårørende ga inntrykk av en generell tilfredshet med tilbudet og ønsket å gi «all honnør til dem som jobber der». Hva gjelder medvirkning og involvering er det en bred enighet om at dette ikke er godt nok per i dag. Det er en felles oppfatning om at funksjonen med pårørendekontakt har fungert godt frem til i år. Det er ikke oppnevnt en ny pårørendekontakt fra rollen ble ledig høsten 2019.

Ingen av de pårørende kjenner til ordningen med aktivitetskomité.

Det skal, som nevnt tidligere i rapporten, gjennomføres felles pårørendemøter to ganger årlig. Dette er gjennomført kun én gang hittil i 2019. Flere av de pårørende som hatt nærstående ved sykehjemmet over lengre tid, opplever at det ikke gjennomføres to møter i året. Enkelte har aldri fått informasjon om slike møter. Flere av de pårørende er usikre på om diskusjonspunktene fra pårørendemøter tas videre og fører til endring. De stiller derfor spørsmål om hvor stor påvirkning de faktisk har.

Enkelte pårørende har opplevd at tilbakemeldinger og beskjeder til ansatte ikke føres i beboernes journal eller på andre måter videreformidles til andre ansatte og dermed må gjentas.

Flere av de pårørende har ikke deltatt i individuelle pårørendesamtaler, men dette gjelder beboere som har bodd under ett år på sykehjemmet.

Enkelte pårørende som har nærstående med demens, har deltatt på pårørendekurs arrangert av Moss og Rygge kommune. Innholdet i kurset omtales som nyttig. Enkelte opplevde at kurset var noe omfattende (i størrelsesorden ti kvelder). Andre ønsket at kurset i større grad også skulle omfatte informasjon om rettigheter og hva tjenestetilbudet inneholder. Enkelte har fanget opp tilbudet om pårørendekurs gjennom oppslag på informasjonstavle, mens andre har mottatt informasjon per post.

Grunnleggende behov

De pårørende er av den oppfatning at kommunen legger til rette for privatliv, eksempelvis at beboerne står fritt til å være på eget rom ved ønske om dette. Videre er de pårørende av den oppfatning at de ansatte sørger for ro og skjerming til beboere som trenger dette, eksempelvis ved måltider. De ansatte er også opptatt av at besøk ikke skal forstyrre beboere ved måltider, noe som etter de pårørendes oppfatning viser at ansatte er flinke til å legge til rette for ro og skjerming.

Det er en felles oppfatning at personlig hygiene ivaretas på en god måte, og at det gis tilstrekkelig hjelp til av- og påkledning innen rimelig tid. De påpeker at «rimelig tid» avhenger av hvor lenge beboerne ønsker/behøver å sove og at dette avhenger av hvordan natten har vært. Dette er en fleksibilitet alle pårørende oppfatter som meget positivt.

Samtlige pårørende skryter av maten ved sykehjemmet. De oppfatter mattilbudet som variert og maten som god. Beboerne tilbys fisk flere ganger i uken, og den enkelte har valgfrihet både innen pålegg (frokost og kveldsmat) og drikke til hovedmåltider. De pårørende beskriver mattilbudet som meget bra. De er også av den bestemte oppfatning at beboerne får den hjelpen de behøver til å innta måltidene.

De pårørende er jevnt over tilfredse med aktivitetstilbudet ved sykehjemmet, men at dette avhenger noe av hvilke ansatte som er på jobb; noen er flinkere enn andre. Enkelte savner et noe høyere aktivitetsnivå, men er samtidig åpne på at dette også handler om hva den enkelte beboer ønsker å delta på. Noen pårørende gir uttrykk for at deres nære kan oppfordres til å delta på aktiviteter selv om de sier de ikke ønsker å delta. Sansehagene oppleves som veldig fine og godt tilpasset beboernes behov og funksjonsnivå.

4.3 VÅR VURDERING ER AT DE ULIKE GRUPPENE OPPLEVER KVALITETEN I SYKEHJEMSTJENESTEN SOM GOD

4.3.1 De ansattes opplevelse av kvaliteten i sykehjemstjenesten er varierende

Hvorvidt beboere får riktig tjeneste til riktig tid

Over 90 prosent av respondentene opplever at beboere blir møtt med respekt, forutsigbarhet og trygghet i tjenestetilbudet. Dette er positivt og indikerer at kommunen og de ansatte har en god dialog med beboerne på sykehjemmet.

Når kun halvparten opplever at beboerne får riktig tjeneste til riktig tid, er dette etter vår vurdering et tydelig område som bør forbedres. Resultatet bør også sees i sammenheng med at flertallet av de ansatte opplever at kommunens sykehjemstjeneste ikke i tilstrekkelig grad tilrettelegger for personer med demens og andre som har vansker med å formulere sine behov. Dette er etter vårt syn et tydelig område som bør forbedres fordi mesteparten av sykehjemmets kapasitet er til denne typen beboere. De resterende plassene er korttids- og rehabiliteringsplasser. At 70 prosent av respondentene opplever at beboere ikke i tilstrekkelig grad får nødvendig og tilpasset rehabilitering, bygger opp under respondentenes oppfatning om at kommunen har et forbedringspotensial for å gi rett tjeneste til rett tid.

Kommunens planlagte gjennomgang av pleie- og omsorgstjenester kan, etter ledelsens oppfatning, føre til en utbygging av omsorgstrappen i kommunen. Ved å innføre nye tjenester vil behovet for sykehjemsplasser kunne reduseres. Dette kan igjen føre til at kommunens tjenester treffer brukernes behov på en bedre måte enn det kanskje synes å gjøre i dag.

Hvorvidt kommunen gir et samordnet, helhetlig og fleksibelt tilbud der beboerne får medvirke

Kun halvparten av respondentene opplever at sykehjemmets beboere gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud. Andelen respondenter som opplever at kommunen er god på involvering, er også lav. Disse forholdene taler etter vår vurdering for at dette ikke er tilstrekkelig godt ivaretatt i dagens tilbud, og at kommunen dermed har et forbedringspotensial. Vi er, som nevnt under forrige problemstilling, av den oppfatning at kommunen bør sette involvering og medvirkning inn i definerte strukturer og systemer.

Vi presiserer at det her må skilles mellom medvirkning og beslutning, der sistnevnte er kommunens ansvar og oppgave.

Grunnleggende behov

De fleste ansatte opplever at sykehjemstjenesten legger til rette for at beboere får en verdig livsavslutning i trygge omgivelser. Dette er positivt og indikerer at Våler kommune sørger for at beboerne får dette. Spørreundersøkelsen viser likevel at sykehjemstjenesten har forbedringsmuligheter når det gjelder tilrettelegging for beboeres selvstendighet, styring av eget liv samt muligheter for ro og skjermet privatliv. Over 60 prosent av de ansatte opplever at dette ikke i tilstrekkelig grad tilrettelegges for i sykehjemstjenesten. Denne opplevelsen er etter vårt syn overraskende da beboere utelukkende bor på enerom med eget bad. Vi har ikke kunnet vurdere i hvilken grad sykehjemmet legger til rette for at den enkelte faktisk kan oppholde seg på eget rom.

Svarene på spørreundersøkelsen indikerer at beboere på sykehjemmet får ivaretatt behov for personlig hygiene og av- og påkledning på en god måte. Det er imidlertid verdt å nevne at enkelte ansatte opplever at disse behovene ikke blir tilstrekkelig ivaretatt. Ivaretagelse av personlig hygiene og nødvendige funksjoner vurderes som så viktige behov at dette nevnes uten at vi har grunnlag for å kommentere dette ytterligere. Derimot indikerer svarene fra de ansatte at beboere ikke i tilstrekkelig grad får tilpasset hjelp ved måltider, nok tid og tilstrekkelig ro til å spise. Dette vurderes som et tydelig forbedringsområde for sykehjemstjenesten, særlig sett i lys av at tjenestens bemanning er høy sammenlignet med andre kommuner, og i lys av at sykehjemmet de siste årene har hatt ledige rom.

Tilsvarende vurdering gjelder for de ansattes opplevelse av beboeres tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter. At kun 13 prosent opplever dette som tilstrekkelig ivaretatt, indikerer at etablering av sansehager og arrangering av aktiviteter på dagsenteret i praksis ikke er et godt

nok tilbud. Svarene fra spørreundersøkelsen og det vi er fortalt i intervjuer tyder på at kommunen har et forbedringspotensial når det kommer til et tilpasset og tilrettelagt aktivitetstilbud, herunder til beboere som bør skjermes fra støy.

4.3.2 Eldrerådet mener det er forbedringspotensial for kvaliteten i sykehjemstjenesten

Eldrerådet har i all hovedsak fått positiv tilbakemelding fra beboere, ofte gjennom pårørende. Det er likevel elderrådets oppfatning at enkelte av beboernes grunnleggende behov kan ivaretas på en bedre måte i sykehjemstjenesten. Vi har ikke informasjon som støtter denne oppfatningen.

I likhet med de ansatte, opplever eldrerådet at beboere ikke i tilstrekkelig grad gis mulighet til å delta på aktiviteter. Dette er etter vårt syn en ytterligere bekreftelse på at sykehjemstjenesten bør vurdere løsninger og muligheter for aktivisering av beboerne på sykehjemmet.

Videre opplever eldrerådet at sykehjemstjenesten i større grad bør påse at beboere får nødvendig hjelp til påkledning og morgenstell. Vi har ikke grunnlag for å vurdere om denne oppfatningen medfører riktighet, men registrerer at kommunen har gode forklaringer på hva som kan være årsakene til at personer ikke alltid har fått gjennomført morgenstell til normal tid.

Eldrerådet oppfatter videre at mattilbudet kan bli bedre og mer tilpasset ønsker og preferanser. Flertallet av respondentene opplever mattilbudet som tilstrekkelig godt og variert. Vi har ikke holdepunkter for å konkludere på den faktiske kvaliteten i mattilbudet.

4.3.3 Pårørendes oppfatning

Hvorvidt beboere får riktig tjeneste til riktig tid

På generelt grunnlag er det vår vurdering at kommunen har et forbedringspotensial knyttet til informasjons og kommunikasjon med de pårørende. Vi registrerer at det er delte oppfatninger om fysioterapi- og legetilbudet, men har ikke informasjon som verken bekrefter eller avkrefter dette. Utover dette er det vår vurdering at de pårørende opplever at kommunen gir riktige tjenester til rett tid.

De pårørende oppfatning styrker etter vårt syn opplever at kommunen legger godt til rette og leverer gode tjenester til beboere med demens.

Hvorvidt kommunen gir et samordnet, helhetlig og fleksibelt tilbud der beboerne får medvirke

De pårørende peker på behovet for bedre involvering. Informasjonsflyt og kommunikasjon er viktig for å sikre kontinuitet i tjenesten. De pårørendes tilbakemelding tyder på at kommunen kan forbedre dette.

Det er vår vurdering at eventuelle prosedyrer og retningslinjer som finnes ikke fullt ut gjennomføres i praksis. Strukturene, særlig pårørendekontakt, er i utgangspunktet gode. Uten at de pårørende kjenner til strukturene og møteplassene, kan de imidlertid ikke fungere som tenkt. Dette er en bekreftelse på at kommunen har et forbedringspotensial på etterlevelse av egne rutiner.

Det er etter vårt syn mye som tyder på at medvirkningen kan styrkes. De pårørendes tilbakemeldinger samsvarer med de ansattes oppfatning og informasjon vi har fått gjennom intervjuene. For at medvirkningen skal være reell, må tilbakemeldinger tas videre. Det er ikke dermed sagt at alle innspill og meninger skal tas hensyn til, det er forskjell på medvirkning og medbestemmelse. Tilbakemeldinger bør som minimum tas med i vurderinger, og det bør gis tilbakemelding i én eller annen form.

Grunnleggende behov

De pårørende opplever at kommunen legger godt til rette for privatliv, samt ro og skjerming til beboere som trenger dette. Dette illustreres gjennom ulike eksempler og er etter vår vurdering positivt. Dette med av- og påkledning synes for oss å være godt ivarettatt, og ikke minst brukertilpasset. Dette med «rimelig tid» må tilpasses den enkelte og varierer fra dag til dag. Det er vår vurdering at dette praktiseres på en god måte ved sykehjemmet.

Mattilbudet, og hvordan det legges til rette for å innta måltidene, synes meget godt ivaretatt i Våler kommune. Enkelte pårørende har også sagt at deres nære har gått opp i vekt ved sykehjemmet, noe som er en indikasjon på at dette grunnleggende behovet er godt dekket.

Selv om det er delte oppfatninger om deler av aktivitetstilbudet, er det vår vurdering at de pårørende i all hovedsak synes det samlede tilbudet er godt. De pårørende opplever at aktivitetstilbudet varierer basert på hvilke ansatte som er på jobb. Dette kan tyde på at det ikke er et tydelig system for hvilke aktiviteter som skal gjennomføres. Det er vanskelig å vurdere hvorvidt aktivitetstilbudet burde vært høyere, da det i stor grad vil variere fra beboer til beboer og fra dag til dag. Enkelte pårørende mener deres nære kan oppfordres til å delta i større grad selv om de først takker nei til å delta. Det er vår vurdering at dette er en vanskelig balansegang for sykehjemmet fordi det kan oppleves som påtvunget. Ved å kjenne den enkelte beboer godt, kan man finne riktig avveining, men dette er ekstra utfordrende for personer med kognitiv svikt.

4.4 KONKLUSJON OG FORSLAG TIL TILTAK

Kommunen gir i all hovedsak rett tjeneste til rett tid ved sykehjemmet selv om det for enkelte deler av tjenesten stilles spørsmål om tjenestenivået. Det er et tydelig behov for bedre involvering og medvirkning. Dette handler både om hvilke strukturer som er etablert, og hvordan disse fungerer, men også om informasjonsflyt mellom sykehjemmets ansatte og beboere/pårørende. Det er til dels varierende oppfatning av hvorvidt beboerne tilbys et tilstrekkelig høyt, og tilpasset, aktivitetsnivå. De pårørende er i all hovedsak tilfredse med aktivitetstilbudet ved sykehjemmet. Mattilbudet oppleves jevnt over som godt, og de pårørende opplever det som spesielt godt. Andre grunnleggende behov, eksempelvis personlig hygiene og tilpasset av- og påkledning, ivaretas på en god måte.

Basert på våre vurderinger og konklusjoner har vi ikke identifisert konkrete forslag til tiltak knyttet til denne problemstillingen.

5 HØRINGSUTTAELSE

5.1 ADMINISTRASJONSSJEFENS UTTAELSE

Våler kommune har gitt følgende høringssvar på forvaltningsrevisors utkast til rapport. Tilbakemeldingene fra kommunen er innarbeidet i endelig versjon av rapporten.

Kommunens høringssvar fremgår i sin helhet under:

Tilbakemelding på Forvaltningsrevisjon ved Våler sykehjem 2019

Kommunen kjenner seg igjen i forbedringspotensialet på de ulike områdene.

Når det gjelder systemer og rutiner for kvalitet i tjenesten finnes det mye gode rutiner, men på grunn av at kommunen har manglet et kvalitetssystem kan det være vanskelig for den ansatte og finne frem til nødvendige prosedyrer. Arbeidet med å gjennomgå hva vi har og hva vi mangler og å få dette over i kvalitetssystemet Simployer er nå i gang, opplæring er gitt. Imidlertid vil ikke Simployer dekke behovet som påpekes i rapporten for godkjenningssløsning, det er kun et nivå, og det er den som er redaktør av prosedyren.

Kommunen skal legge om sine systemer til O365 og «åpen sone» vil da være lettere tilgjengelig for den ansatte, dette innebærer at de logger inn på PC og har tilgang, kun egen innlogging etter dette inn på sikker sone. Det er ikke mulig for ansatte å kopiere noe inn fra åpen til sikker sone eller motsatt, dette må gjøres av IT. Fare skissert med dette på side 9 i rapporten er ikke mulig.

Det er ny ledelse på plass i hele pleie og omsorg, foruten kjøkken, og pårørendemøte er så langt ikke gjennomført. Dette vil settes i system som tidligere, tjenesten ser de pårørende som viktige ressurser og god dialog er av stor betydning for alle parter. Det skal være en pårørendekontakt ved sykehjemmet, den som har vært har nå avgått da de ikke lenger er pårørende ved sykehjemmet. Brukerundersøkelser er blant et av områdene man ønsker å gjennomføre systematisk. Dette jobbes det med å finne løsning på for hele virksomhet Helse og Velferd.

Hva gjelder aktivitet er det et område vi tenker vi har en del å gå på, vi ønsker å tilby aktivitet i hverdagen også når man er i behov av en langtidsplass i sykehjem. Vi har vært heldige og mottatt en stor aktivitetstavle fra Sparebank 1- stiftelsen, denne skal hjelpe oss å tilby aktivitet til beboerne. En ansattgruppe er nå i gang med ABC musikk og det er meningen at det skal gi seg utslag i økt aktivitet. I tillegg er det i Våler kommune et betydelig antall frivillige som skaper aktiviteter det er mulig å delta for også for pasientene i sykehjemmet, og noen pasienter har glede av dette, for andre blir det for mye.

Avvik er skrevet på papir og avdelingsledere har to ganger pr. år rapportert på disse, type avvik, omfang og alvorlighetsgrad. Rutine for oppfølging av Forskrift om krav til ledelse og kvalitetsforbedring er under arbeid. Avvikshåndteringen i Simployer er pr. i dag kun tilrettelagt for å melde HMS-avvik. Praksis på tilbakemelding på avvik er 14 dager, denne praksis tenkes videreført og det finnes prosedyre der dette er nedfelt.

Når det gjelder kompetanseheving er det vesentlig å få frem at ABC-opplæringen er en systematisert opplæring basert på en pedagogisk og trinnvis oppbygging. Det er hefter i hver perm som er bygd opp systematisk for faglig progresjon <https://abc.aldringoghelse.no/oppbygging/>. Dagssamlingene arrangeres av Aldring og helse, og heftene i permen gjennomføres lokalt.

Det arbeides med å se på måter å strukturere arbeidet på for å rekruttere og beholde personellet, dette arbeidet gjøres sammen med tillitsvalgapparatet og henger sammen med den store sykepleiermangelen helsevesenet generelt er i.

Vi er glad for at kvaliteten i all hovedsak oppleves god, men vil jobbe for kontinuerlig forbedring særlig på systemnivå der behovet slik vi trodde ser ut til å være størst.

6 VEDLEGG

RESULTATER FRA SPØRREUNDERSØKELSEN

De ansatte i Våler kommunes sykehjemstjeneste opplever at:	I liten og i veldig liten grad	I noen grad	I stor og i veldig stor grad	Ikke relevant
Den enkelte beboer får riktig tjeneste til riktig tid	4 %	48 %	48 %	0 %
Beboere og pårørende får medvirke til utforming og/eller endring av tjenestetilbudet	4 %	57 %	35 %	4 %
Beboere blir møtt med respekt, forutsigbarhet og trygghet i tjenestetilbudet	4 %	4 %	91 %	0 %
Det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet for beboere	4 %	44%	52 %	0 %
Beboerne får nødvendig tilpasset medisinsk undersøkelse og behandling	0 %	30 %	70 %	0%
Beboerne får nødvendig og tilpasset rehabilitering	9 %	61 %	26 %	4 %
Beboerne får nødvendig og tilpasset pleie og omsorg	0 %	17 %	83 %	0 %
Kommunens sykehjemstjeneste legger til rette for personer med demens	22 %	48 %	26 %	4 %
Kommunens sykehjemstjeneste legger til rette for andre som har vansker med å formulere sine behov	17 %	52 %	30 %	0 %
Beboere får tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter	26 %	61 %	13 %	0 %
Beboere har mulighet til sosialt samvær	4 %	35 %	61 %	0 %
Beboere får et tilstrekkelig, godt og variert kosthold	0 %	26 %	74 %	0 %
Beboere har rimelig valgfrihet i kostholdet	17%	44 %	39 %	0 %

De ansatte i Våler kommunes sykehjemstjeneste opplever at:	I liten og i veldig liten grad	I noen grad	I stor og i veldig stor grad	Ikke relevant
Beboere får tilpasset hjelp ved måltider, nok tid og tilstrekkelig ro til å spise	26 %	52 %	22 %	0 %
Kommunens sykehjemstjeneste legger til rette for selvstendighet og styring av eget liv	0 %	61 %	39 %	0 %
Kommunens sykehjemstjeneste legger til rette for ro og skjermet privatliv	13 %	52 %	35 %	0 %
Kommunens sykehjemstjeneste legger til rette for at beboere på langtidsopphold får tilbud om eget rom	0 %	0 %	96 %	4 %
Kommunens sykehjemstjeneste legger til rette for en verdig livsavslutning i trygge omgivelser	0 %	9 %	91 %	0 %
Kommunens sykehjemstjeneste legger til rette for at beboere får ivaretatt sine behov for personlig hygiene og nødvendige funksjoner (toalett)	4 %	9 %	87 %	0 %
Kommunens sykehjemstjeneste legger til rette for at beboere får nødvendig hjelp til av- og påkledning	0 %	4 %	96 %	0 %
Rutiner, prosedyrer og retningslinjer er gode verktøy for å sikre god kvalitet i sykehjemstjenesten	4 %	39 %	57 %	0 %

Tabell 2 Svar på spørreundersøkelsen. N=23. Kilde: Spørreundersøkelsen

KONTAKT

ESPEN LØGE GOKSØYR

Senior Manager

m: +4799796241

e: Espen.Loge.Goksoyr@bdo.no

BDO AS, et norsk aksjeselskap, er deltaker i BDO International Limited, et engelsk selskap med begrenset ansvar i henhold til garanti, og er en del av det internasjonale BDO-nettverket, som består av uavhengige selskaper i de enkelte land. Foretaksregisteret: NO 993 606 650 MVA. Medlem av Den Norske Revisorforening.

Leveransen er utarbeidet for oppdragsgiver, og dekker kun de formål som med denne er avtalt. All annen bruk og distribusjon skjer for oppdragsgivers regning og risiko. BDO AS eller BDO Advokater AS vil ikke kunne gjøres ansvarlig overfor en tredjepart.



Saksnr.: 2020/2218
Dokumentnr.: 3
Løpenr.: 29268/2020
Klassering: 3018/192
Saksbehandler: Anita Dahl Aannerød

Møtebok

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Kontrollutvalget Våler	26.02.2020	20/5

Prinsippavklaringssak

Kontrollutvalgssekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

1. Saken legges frem uten forslag til innstilling

Fredrikstad, 10.02.2020

For Indre Østfold kontrollutvalgssekretariat IKS

Vedlegg

Ingen

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)

Ingen

Saksopplysninger

Det fremkommer av kommunelovens §13-1 at kommunedirektøren/rådmannen har møte- og talerett i alle kommunale eller fylkeskommunale folkevalgte organer, med unntak av kontrollutvalget.

Det vil likevel være hensiktsmessig at rådmannen er til stede i enkelte av kontrollutvalgets møter og saker. Dette for blant annet å gi informasjon og eller besvare spørsmål.

Kontrollutvalget bør ta stilling til om rådmannen skal ha en løpende invitasjon til å stille i samtlige kontrollutvalgsmøter, eller om rådmannen kun skal bli invitert inn til de saker kontrollutvalget ser det som formålstjenlig.

Vurdering

Sekretariatet vurderer ved at rådmannen har en løpende invitasjon til kontrollutvalgets møter, så har likevel ikke rådmannen talerett, så sant ikke kontrollutvalget ber om dette. Det kan være hensiktsmessig at rådmannen er til stede i kontrollutvalgets møter. Sekretariatet vurderer imidlertid at hvis rådmannen skal gi informasjon eller svare på detaljerte spørsmål i kontrollutvalget, så bør rådmannen være kjent med dette i forkant av møtet. Dette så rådmannen kan stille forberedt.

Sekretariatet vurderer at kontrollutvalget enten kan fatte vedtak om at rådmannen har en løpende invitasjon til kontrollutvalgets møter, eller fatter vedtak om at rådmannen skal bli invitert til enkeltsaker/enkeltmøter.

Sekretariatet legger frem saken uten forslag til innstilling.

ØSTFOLD KONTROLLUTVALGSSEKRETARIAT

Saksnr.: 2020/2218
Dokumentnr.: 4
Løpenr.: 32691/2020
Klassering: 3018/192
Saksbehandler: Anita Dahl Aannerød

Møtebok

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Kontrollutvalget Våler	26.02.2020	20/6

Informasjon fra rådmann angående tidligere budsjettoverskridelse i oppvekst og kultur

Sekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

1. Saken legges frem uten forslag til innstilling.

Fredrikstad, 12.02.2020

Vedlegg

Ingen.

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)

Ingen.

Saksopplysninger

Kontrollutvalgsleder har ønsket at rådmann stiller i kontrollutvalgsmøte og gir informasjon om og besvarer følgende:

Budsjettoverskridelse i oppvekst og kultur

Kontrollutvalgsleder ønsker at følgende spørsmål blir besvart:

1. Har rammeområdet, oppvekst og kultur, hatt budsjetterings-rapporterings- og oppfølgingsrutiner som skiller seg fra de andre rammeområdene i kommunen? Hvis ja, hva er skilnadene og hva er grunnen til disse forskjellene med hensyn på budsjetterings-, rapporterings- og oppfølgingsrutiner?
2. Hvordan har vedtatt delegeringsreglement blitt gjennomført og fulgt opp om det har vært brudd på lovfestet regelverk inkludert budsjettering og budsjettoppfølging?
3. Grunnskolens informasjonssystem (GSI) brukes av forskere, journalister og andre som er interessert i utdanningsstatistikk på alle nivåer fra skolenivå til nasjonalt nivå. Skoleeier skal rapportere status i oktober hvert år. Er det sammenheng mellom tallene som framkommer i GSI og i budsjetteringen? Hvilke kilder brukes som grunnlag ved budsjettering?
4. Hvordan sikrer det nye budsjett- og økonomisystemet som innføres at budsjettprosessen, økonomioppfølging og rapportering er transparent og kontrollerbart, i tillegg til at avvik blir fulgt opp og lukket jevnlig og ofte nok?

Kontrollutvalget ønsker også en redegjørelse for forventede eller opplevde konsekvenser for brukerne av tjenestene/ ansatte inkl. bemanning som følge av budsjettoverskridelsene.

Rådmann stiller i møtet og vil gi muntlig informasjon.

Vurdering

Siden dette er en muntlig informasjonssak kan ikke sekretariatet gjøre vurderinger.

Kontrollutvalget kan ta informasjonen fra rådmann til orientering.

Sekretariatet vil bistå kontrollutvalget å utforme eventuelle nye bestillinger hvis de etter informasjonen ønsker dette.

Forøvrig legger sekretariatet frem saken uten forslag til innstilling.

ØSTFOLD KONTROLLUTVALGSSEKRETARIAT

Saksnr.: 2020/2218
Dokumentnr.: 5
Løpenr.: 32716/2020
Klassering: 3018/192
Saksbehandler: Anita Dahl Aannerød

Møtebok

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Kontrollutvalget Våler	26.02.2020	20/7

Informasjonsaker fra rådmann

Sekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

1. Saken legges frem uten forslag til innstilling.

Fredrikstad, 12.02.2020

Vedlegg

Ingen.

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)

Ingen

Saksopplysninger

Kontrollutvalgsleder har ønsket at følgende fire temaer blir satt på sakskartet og at rådmann gir en orientering:

- Fremdrift ny skole Kirkebygden:
- Fremdrift Svinndal gymsal:
- Kommunens innkjøpsavtaler. Hvilke avtaler finnes, og hvordan etterfølges de.
- Tilstandsrapport for grunnskolen, hvordan det går med arbeidet og hvilke tiltak er gjennomført per dags dato.

Rådmann har sagt seg villig til å stille i møtet for å gi muntlig informasjon om temaene.

Vurdering

Sekretariatet vurderer at dette i hovedsak er orienteringssaker. Hvis kontrollutvalget, ut fra informasjonen de blir forelagt, ser det som nødvendig å gjennomføre ytterligere undersøkelser, vil sekretariatet bistå med å utforme eventuelle nye bestillinger.

Sekretariatet påminner om at kontrollutvalget ikke er et klageorgan, og skal ikke behandle klager på vedtak som har vært til administrativ eller politisk behandling. Klager eller krav om å få omgjort vedtak må behandles i kommunens klageinstanser i tråd med forvaltningsloven. For klager på enkeltvedtak er det klagenemder, kommunestyret, formannskapet eller

fylkesmannen som er klageinstans, og klagen skal fremsettes for det organet som fattet vedtaket. Politiske vedtak – som ikke retter seg mot enkeltpersoner eller interessegrupper med rettslig klageinteresse, kan derimot ikke påklages.

Det kontrollutvalget kan gjøre, på generelt grunnlag og med fokus på systemkontroll, er å undersøke henvendelser som kan tyde på svikt i den kommunale saksbehandlingen, eller at kommunen ikke følger de lover og retningslinjer den er underlagt.

Kontrollutvalgets arbeid med lovpålagte og planlagte saker kan gjerne suppleres av dagsaktuelle saker knyttet til offentlig forvaltning. Dessuten ligger det til kontrollutvalget å vurdere om blant annet innspill fra innbyggerne kan eller bør inngå i en større systemkontroll. I henhold til forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 1 kan imidlertid ikke kontrollutvalget overprøve politiske prioriteringer som er foretatt av kommunens folkevalgte organer eller andre kommunale organer. Likevel kan kontrollutvalget si fra til kommunestyret hvis de er i ferd med å fatte et ulovlig vedtak.

Kontrollutvalget må samlet avgjøre om sakene skal undersøkes nærmere basert på den informasjonen som blir gitt i møtet.

Saken legges frem uten forslag til innstilling fra sekretariatet.

+

Saksnr.: 2020/2218
Dokumentnr.: 6
Løpenr.: 33873/2020
Klassering: 3018/192
Saksbehandler: Anita Dahl Aannerød

Møtebok

Behandlet av Kontrollutvalget Våler	Møtedato 26.02.2020	Utvalgssaksnr. 20/8
---	-------------------------------	-------------------------------

Rutiner ved kontroll av selvkostområdet

Kontrollutvalgssekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

1. Informasjonen tas til orientering.

Fredrikstad, 13.02.2020

Vedlegg

Ingen.

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)

Ingen.

Saksopplysninger

Kontrollutvalget har ønsket en informasjon om gjennomgang av rutiner og beregninger for sikring av selvkost på de områder hvor selvkostmodellen gjelder. Revisjonen er derfor bedt om å gi en informasjon om deres arbeid ved revisjon av selvkostområdet. Revisjonen stiler i møtet og gir informasjon.

Vurdering

Sekretariatet vurderer at informasjonen kan tas til orientering.

Saksnr.: 2020/2218
Dokumentnr.: 1
Løpenr.: 29221/2020
Klassering: 3018/192
Saksbehandler: Anita Dahl Aannerød

Møtebok

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Kontrollutvalget Våler	26.02.2020	20/9

Kontrollutvalgets årsmelding for 2019

Kontrollutvalgssekretariatets innstilling

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å fatte slikt vedtak:

1. Kontrollutvalgets årsmelding for 2019 godkjennes
2. Årsmeldingen oversendes kommunestyret med følgende forslag til vedtak:
Kontrollutvalgets årsmelding for 2019 tas til orientering

Fredrikstad, 10.02.2020

For Indre Østfold kontrollutvalgssekretariat IKS

Vedlegg

1. Kontrollutvalgets årsmelding for 2019

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)

Ingen

Saksopplysninger

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

Vurdering

Årsmeldingen skal gi kommunestyret 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.

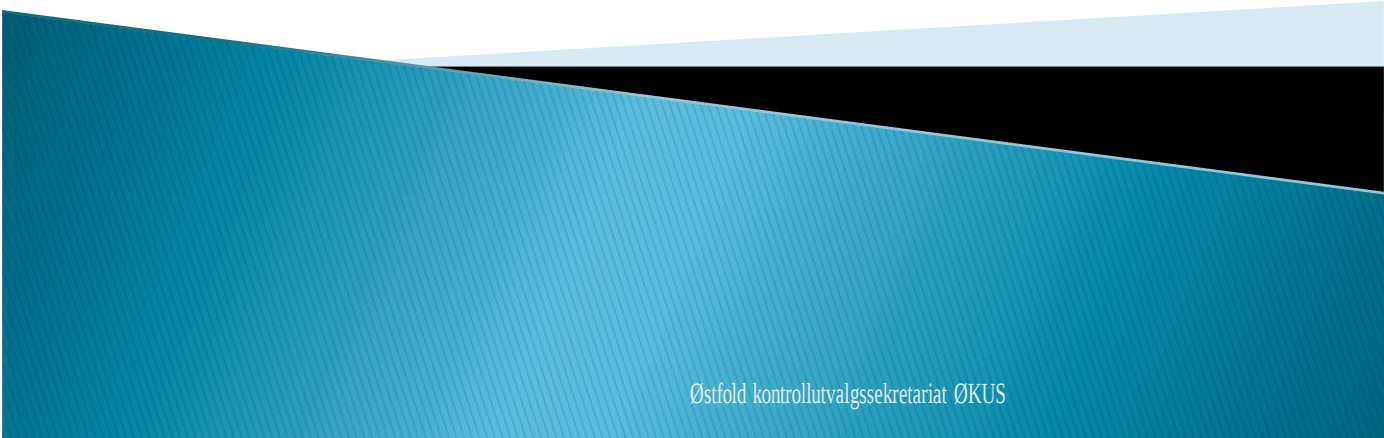
Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget at vedlagte årsmelding for 2019 vedtas.

Årsmeldingen oversendes til kommunestyret med følgende forslag vedtak:

- Kontrollutvalgets årsmelding for 2019 tas til orientering

Kontrollutvalgets årsmelding for 2019

Våler kommune

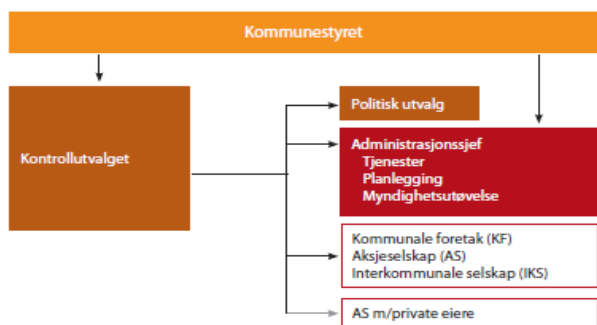


Østfold kontrollutvalgssekretariat ØKUS

Kontrollutvalgets hjemmelsgrunnlag

Bestemmelsene om at kommunen skal ha et eget kontrollutvalg ble først hjemlet i kommuneloven av 25. september 1992. Siste reviderte bestemmelser i kommuneloven om kontrollutvalg er av 22. juni 2019. Det fremkommer i kommunelovens 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/bystyret går to styringslinjer. Den ene går fra kommunestyret/bystyret 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/ansvar

Kommunaldepartementet har i forskrift om kontrollutvalg og revisjon, av 17. juni 2019, gitt nærmere bestemmelser om kontrollutvalgets saksbehandling og oppgaver.

Påse-ansvaret

Kontrollutvalget har tre 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.

- Etterlevelses kontroll

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.

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 selskapskontrollen. 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 selskapskontroller 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 bl.a. at medlem av kontrollutvalg ikke kan være medlem eller varamedlem av kommunal nemnd med beslutningsmyndighet eller ansatt i kommunen.

Kontrollutvalget skal i henhold til den nye kommuneloven (2019) bestå av minimum fem medlemmer. Det er opp til kommunestyret å bestemme om kontrollutvalget skal ha flere medlemmer enn lovens minstekrav. Kommunestyret i Våler har for perioden 2019-2023 vedtatt at kontrollutvalget skal ha fem medlemmer. Minst ett av utvalgets medlemmer skal velges blant kommunestyrets medlemmer.

Medlemmer 2015-2019

Andreas Holm, leder
Pauli Staalelsen, nestleder
Anne Kristine Graff

Varamedlemmer 2015-2019

Jan Dahler
Rune Rafshol
Roger Brennvall
Inger Hovland
Kjerstin Wøyen Funderud

Medlemmer 2019-2023

Tom Andre Brubak, leder (Frp)
Ronja Johansen, nestleder (R)
Inger Marie Drillestad Standal (Sp)
Fredrik Bjerketvedt (Sp)
Egil Holm (H)

Varamedlemmer 2019-2023

For Sp, Ap, Krf og Frp:
Jan Dahler (Ap)
Gerd Marie Gylde Corneliusen (Sp)
Anne Kristine Graff (Sp)

Johan Isak Hjerterbråten (Frp)
Elisabeth Kjærnsrød (Krf)

For Høyre, Sv og Rødt:

Bjørn Frøland (H)
Jorunn Tinglum (Sv)
Ulla Listerud (H)
Christian Østberg (H)

Kontrollutvalgets møte- og informasjonsaktivitet

Indre Østfold kontrollutvalgssekretariat har utført sekretariatstjenesten i 2019. 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 2019 avholdt 4 møter. Til sammen har det behandlet i alt 27 saker.

Statistikk for de fire siste årene:

	2019	2018	2017	2016
møter	4	5	5	4
saker	27	28	27	27

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

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

I januar møte var rådmann og kommunalsjef helse og omsorg invitert til å gi en orientering om «Bruken av statlige midler til systematisk arbeid mot barnefattigdom». I tillegg orienterte rådmannen om budsjett for 2019.

Ved behandling av kommunes årsregnskap for 2018 var rådmann til stede i møte for å redegjøre for årets regnskap og resultat.

Behandlede saker i 2019

I 2019 er regnskapsrevisjon, selskapskontroll og forvaltningsrevisjon utført av Indre Østfold kommunerevisjon IKS.

Plandokumenter

Kontrollutvalget har i 2019 behandlet følgende plandokumenter for sin virksomhet:

- Møteplaner for kontrollutvalget
- Overordnet revisjonstrategi 2019
- Budsjett for kontroll- og tilsyn 2020

Regnskapsrevisjon

Kontrollutvalgets uttalelse til årsregnskapet for 2018

Kontrollutvalget har i 2019 avgitt uttalelse til kommunestyret om Våler kommunes årsregnskap for 2018.

Revisjonsberetningen for regnskapsåret 2018

Resultatet av regnskapsrevisjonen rapporteres direkte fra revisjonen til kommunestyret gjennom revisjonsberetningen.

Revisors årsbrev - Oppsummering av utført arbeid ved regnskapsavleggelsen 2018

Revisors årsbrev er en oppsummering av deler av revisjonens arbeid for 2018, med en beskrivelse av revisors beretning. Revisors årsbrev har blitt lagt til saken om «Kontrollutvalgets uttalelse til årsregnskapet 2018.»

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.

Revisjonsforskriften § 4 gir bestemmelser om hvilke forhold som skal rapporteres i nummererte brev. Det er i løpet av 2019 ikke blitt behandlet nummererte revisjonsbrev.

Forvaltningsrevisjon

Kontrollutvalget har ikke behandlet forvaltningsrevisjonsrapport i 2019:

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.

Oppfølging av FR-prosjekt «Fosterhjem»

Kommunestyrets vedtak i saken var at administrasjonen skulle iverksette 11 anbefalinger som ble fremmet av revisjonen i rapporten. Oppfølgingsrapporten vurderer etterlevelsen av kommunestyrets vedtak. Revisor konkluderte i oppfølgingsrapporten med at 8 av 11 anbefalinger er fulgt opp, en er delvis fulgt opp og to anbefalinger er ikke fulgt opp. Kontrollutvalget tok oppfølgingsrapporten til orientering og oversendte den til kommunestyret med følgende forslag til vedtak:

«Kommunestyret anmoder administrasjonen om å opprette et system for vurdering av tilbakemeldinger fra brukerne i forbedringsarbeidet til fosterhjemsområdet og om at det inngås avtale om systematisk og forpliktende samarbeid mellom kommunalt og statlig barnevern.»

Oppfølging av FR-rapport «Hvordan blir politiske vedtak fulgt opp?»

I revisjonen fra 2017 fant revisjonen at kommunen i det store og hele følger opp politiske vedtak og at det er etablerte rutiner for å følge opp vedtakene. Vedtakene var i de fleste tilfellene hensiktsmessig utformet og gitt budsjettmessig dekning. Imidlertid avdekket revisor den gang enkelte forbedringsområder. Enkelte vedtak var ikke fulgt opp eller ble først fulgt opp etter lang tid. Rutiner for oppfølging av vedtak var i liten grad formalisert. Det var ikke alltid tidsfrister for vedtakene der det var hensiktsmessig og enkelte vedtak var ut fra sin utforming vanskelige å følge opp. Det var også funnet at noen innstillinger og vedtak manglet klar henvisning til hvilket organ som skal sluttbehandle saken.

Revisor konkluderte med i oppfølgingsrapporten at med enkelte forbehold er tre av anbefalingene fulgt opp, mens en er delvis fulgt opp.

Kontrollutvalget tok oppfølgingsrapporten til orientering og oversendte den til kommunestyret.

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.

I 2019 har kontrollutvalget behandlet rapport om eierskapskontroll for «Krisesenteret i Moss IKS».

Revisjonen konkluderte med at Våler kommune har lagt et godt og hensiktsmessig rammeverk for kommunal eierstyring i de selskapene de har eierinteresser i. Til tross for at kommunen har vedtatt et hensiktsmessig rammeverk og gode rutiner for eierstyring, konkluderer revisjonen med at den foreløpige praksis med hensyn til etterlevelse av de vedtatte rutiner ikke er optimal. I rapporten ble det fremmet følgende fem anbefalinger til kommunen:

1. vurdere å endre selskapets formålsparagraf
2. at kommunen utarbeider eierstrategi for selskapet
3. kommunens eiermelding legges ut på hjemmesiden til kommunen
4. lettere tilgjengelig plassering av selskapets dokumenter på kommunens hjemmesider
5. bedre rapportering fra selskapet til kommunen.

Kontrollutvalget tok saken til orientering og oversendte rapporten til kommunestyret anbefaling om at revisjonens anbefalinger blir etterlevd.

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 2019.

Andre saker og informasjon

Av andre saker som kontrollutvalget har behandlet nevnes:

- Godkjenninger av protokoller
- Kontrollutvalgets årsmelding for 2018
- Informasjon fra revisjon – (alle møter i 2019)
- Orienteringssak om budsjett
- Orienteringssak – Bruken av statlige midler til systematisk arbeid mot barnefattigdom.
- Prosjektplan; «IKT-sikkerhet – personvern, informasjonssikkerhet og kompetanse»
- Prosjektplan: «Sykehjem – fokus på kvalitet»
- Planlagt ressurs- og tidsbruk – IØKUS
- Revisors oppdragsvurdering
- Møtereglement for kontrollutvalget i Våler 2019 – 2023
- Kontrollutvalgets møte og aktivitetsplan

Saker som kontrollutvalget har fått informasjon om:

- Kontrollrapport vedrørende skatteoppkreverfunksjonen for Våler kommune
- Kommunestyrets behandling av saker fra kontrollutvalget
- Orientering om NKRF sin kontrollutvalgsskonferanse i 2019.

Denne årsmeldingen er behandlet og godkjent av kontrollutvalget i møte den 26. februar 2020.

Tom Andre Brubak (s)
Kontrollutvalgets leder

Saksnr.: 2020/2217
Dokumentnr.: 2
Løpenr.: 29197/2020
Klassering: 3018/191
Saksbehandler: Bjørn Gulbrandsen

Møtebok

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Kontrollutvalget Våler	26.02.2020	20/10

Eventuelt