

Medlemmer i Rødøy kommunes kontrollutvalg

INNKALLING TIL MØTE I KONTROLLUTVALGET

Møtedato: Onsdag, 3. september 2025 kl. 12.15

Møtested: Møterom formannskapssalen, Rødøy rådhus

SAKSLISTE

Saksnummer	Sakstittel
19/25	Godkjenning av protokoll fra kontrollutvalgets møte 28. mai 2025
20/25	Oppfølging kontrollutvalgets sak 12/25 Nummerert brev nr 2 rutiner for oppdatering av budsjett
21/25	Orientering om fremdriftsplan for oppfølging av forvaltningsrevisjon Innkjøp
22/25	Orientering om kommunens rutiner for oppfølging av forskrift om miljørettet helsevern kapitel 3 a
23/25	Revisors uttalelse etter forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen: Rutiner ved utarbeidelse og avleggelse av årsregnskap, samt dokumentasjon og avstemming av regnskapsposter.
24/25	Dialog med revisor
25/25	Budsjett for kontroll og tilsyn 2026
26/25	Orienteringer
27/25	Eventuelt

Eventuelle forfall bes meldt leder eller sekretariat (470 37 452)

Tjongsfjord, 22. august 2025

Arne Tore Bang (s)
Leder kontrollutvalget)

Lars Hansen
Sekretær for kontrollutvalget

Kopi sendes: Ordfører, kommunedirektør, revisor: BDO AS, varamedlemmer i kontrollutvalget til orientering (varamedlemmer møter kun etter særskilt innkalling).

SAK 19/25**Godkjenning av protokoll fra kontrollutvalgets møte 28. mai 2025****Saksgang:**
Kontrollutvalget**Møtedato:**
03.09.2025**Vedlegg:**

- a) Rødøy kontrollutvalg: Protokoll fra utvalgets møte 28. mai 2025

Bakgrunn for saken:

Protokoll fra kontrollutvalgets forrige møte legges frem for godkjenning.

Forslag til vedtak:

Protokoll fra kontrollutvalgets møte 28. mai 2025 godkjennes.

Inndyr, 22. august 2025Lars Hansen
Sekretariatsleder

PROTOKOLL – RØDØY KONTROLLUTVALG

Møtedato: Onsdag, 28. mai 2025, kl 12.15 – 14.55

Møtested: Møterom formannskapssalen, Rødøy rådhus

Saksnr.: 10/25 - 18/25

Til stede:

Arne Tore Bang, Rødøy fellesliste RFL, leder
Knut Kvarv, RFL, medlem
Marit Hagtvedt, RFL, medlem
Monica Karlsen, Ap/KrF, medlem

Forfall:

Varamedlemmer:

Isak Vangstad, Ap/KrF, møtte som vara for Sten Våtvik

Øvrige:

Administrasjonen

Kommunedirektør Harald Einar Erichsen, sak 11-14/25
Økonomisjef Geir Arne Solbakk, sak 11-12/25 (Teams)

Revisor:

Oppdragsansvarlig revisor Håkon Romuld, BDO AS (Teams)
Regnskapsrevisor Astrid Kjølstad, BDO AS (Teams)
Senior Manager Bård Vestøl Birkedal, BDO AS (Teams)

Sekretariat:

Sekretariatsleder Lars Hansen, Salten Kontrollutvalgsservice KO

Godkjenning av innkalling og sakliste

Innkalling og sakliste til møtet ble godkjent.

SAKSLISTE

Saksnummer	Sakstittel
10/25	Godkjenning av protokoll fra kontrollutvalgets møte 12. februar 2025
11/25	Årsregnskap Rødøy kommune 2024 – uttalelse fra kontrollutvalget
12/25	Nummerert brev nr 2 fra revisor, jfr kommuneloven § 24-7 nr 2
13/25	Oppfølging av kommunestyrets vedtak (33/2023) Rapport eierskapskontroll, 2.gangs oppfølging
14/25	Skriftlig tilbakemelding fra administrasjonen: oppfølging av kommunestyrets vedtak (77/2021) forvaltningsrevisjon Innkjøp
15/25	Bestilling av forvaltningsrevisjon Renovasjon
16/25	Dialog med revisor
17/25	Orienteringer
18/25	Eventuelt

10/25 Godkjenning av protokoll fra kontrollutvalgets møte 12. februar 2025

Forslag til vedtak:

Protokoll fra kontrollutvalgets møte 12. februar 2025 godkjennes.

Votering:

Forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Protokoll fra kontrollutvalgets møte 12. februar 2025 godkjennes.

11/25 Årsregnskap Rødøy kommune 2024 – uttalelse fra kontrollutvalget

Kommunedirektør Harald Einar Erichsen og økonomisjef Geir Arne Solbakk møtte fra administrasjonen for å redegjøre og svare på spørsmål.

Forslag til vedtak:

Til kommunestyret i Rødøy:

Kontrollutvalgets uttalelse om Rødøy kommunes årsregnskap for 2024.

Kontrollutvalget har i møte 28. mai 2025 behandlet Rødøy kommune sitt årsregnskap for 2024. Uttalelsen gis til kommunestyret med bakgrunn i at kommunestyret etter kommuneloven (§14-2) selv skal behandle årsregnskap og årsberetning, samt kontrollutvalgets plikt til å uttale seg om årsregnskapene og årsberetningene (§ 14-3).

Grunnlaget for behandlingen har vært det avlagte årsregnskapet, revisjonsberetningen datert 15. april 2025, og årsberetning for 2024. I tillegg har revisor og kommunedirektør supplert kontrollutvalget med muntlig informasjon om aktuelle problemstillinger.

Kommunestyret har vedtatt finansielle måltall som i et lengre tidsperspektiv skal gi en

forsvarlig økonomi og ivareta kommunens handleevne – kommunal økonomisk bærekraft.

Netto driftsresultat 2024 var 8,5 % - Måltall minst 1,5 %
Andel lånegjeld 2024 er 46,9 % - Måltall maksimalt 75 %
Disposisjonsfond 2024 er 49,2 % - Måltall minst 20,0 %

Kontrollutvalget registrerer at driftsregnskapet legges frem med et netto driftsresultat med kr 22 174 041. I samsvar med bestemmelser i lov og forskrift er kr 22 174 041 disponert. Kontrollutvalget viser her til informasjon i årsregnskapet *Økonomisk oversikt drift*.

Utover dette og det som kommer frem av revisjonsberetningen til årsregnskapet datert 22. april 2025, har kontrollutvalget ingen merknader til Rødøy kommunes årsregnskap for 2024.

Votering:

Forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Til kommunestyret i Rødøy:

Kontrollutvalgets uttalelse om Rødøy kommunes årsregnskap for 2024.

Kontrollutvalget har i møte 28. mai 2025 behandlet Rødøy kommune sitt årsregnskap for 2024. Uttalelsen gis til kommunestyret med bakgrunn i at kommunestyret etter kommuneloven (§14-2) selv skal behandle årsregnskap og årsberetning, samt kontrollutvalgets plikt til å uttale seg om årsregnskapene og årsberetningene (§ 14-3).

Grunnlaget for behandlingen har vært det avlagte årsregnskapet, revisjonsberetningen datert 15. april 2025, og årsberetning for 2024. I tillegg har revisor og kommunedirektør supplert kontrollutvalget med muntlig informasjon om aktuelle problemstillinger.

Kommunestyret har vedtatt finansielle måltall som i et lengre tidsperspektiv skal gi en forsvarlig økonomi og ivareta kommunens handleevne – kommunal økonomisk bærekraft.

Netto driftsresultat 2024 var 8,5 % - Måltall minst 1,5 %
Andel lånegjeld 2024 er 46,9 % - Måltall maksimalt 75 %
Disposisjonsfond 2024 er 49,2 % - Måltall minst 20,0 %

Kontrollutvalget registrerer at driftsregnskapet legges frem med et netto driftsresultat med kr 22 174 041. I samsvar med bestemmelser i lov og forskrift er kr 22 174 041 disponert. Kontrollutvalget viser her til informasjon i årsregnskapet *Økonomisk oversikt drift*.

Utover dette og det som kommer frem av revisjonsberetningen til årsregnskapet datert 22. april 2025, har kontrollutvalget ingen merknader til Rødøy kommunes årsregnskap for 2024.

12/25 Nummerert brev nr 2 fra revisor, jfr kommuneloven § 24-7 nr 2

Kommunedirektør Harald Einar Erichsen og økonomisjef Geir Arne Solbakk møtte fra administrasjonen for å redegjøre og svare på spørsmål.

Forslag til vedtak:

Saken legges frem uten forslag til vedtak.

Omforent forslag til vedtak:

Kontrollutvalget tar redegjørelse fra administrasjon og revisor til orientering, og ber om å få tilsendt kopi av rutiner for oppdatering av budsjett når disse foreligger – til kontrollutvalgets møte i september.

Votering:

Omforent forslag ble enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Kontrollutvalget tar redegjørelse fra administrasjon og revisor til orientering, og ber om å få tilsendt kopi av rutiner for oppdatering av budsjett når disse foreligger – til kontrollutvalgets møte i september.

13/25 Oppfølging av kommunestyrets vedtak (33/2023) Rapport eierskapskontroll, 2.gangs oppfølging

Kommunedirektør Harald Einar Erichsen møtte fra administrasjonen for å redegjøre og svare på spørsmål.

Forslag til vedtak:

1. Kontrollutvalget har i samsvar med forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 5 gjennomført en oppfølging av kommunestyrets vedtak i sak 33/2023 Rapport eierskapskontroll
2. Administrasjonen har redegjort for på hvilken måte kommunestyrets vedtak er fulgt opp. Kontrollutvalget registrerer følgende om oppfølging av rapportens anbefalinger:
 - i. *Sørge for at den selskapsspesifikke informasjonen i eierskapsmeldingen blir oppdatert og lagt frem for de folkevalgte årlig.*
 - ii. *Utarbeide en eierstrategi for Helgeland avfallsforedling IKS i samarbeid med de andre eierkommunene.*
Anbefalinger er fulgt opp, jfr vedtatt eierstrategi i kommunestyrets sak 54/24
 - iii. *Gjennomgå, vurdere og oppdatere styringsdokumentene til selskapene jevnlig.*
 - iv. *Utarbeide rutiner som sikrer at samtlige folkevalgte får tilstrekkelig opplæring i eierskapsforvaltning tidlig i valgperioden.*

- v. *Utarbeide system og rutiner som sikrer prinsippene og kravene i eierskapsmeldingen blir fulgt ved nominasjon og valg av styrerepresentanter til selskapene kommunen eier.*
3. Kontrollutvalgets vedtak oversendes kommunestyret til orientering.
Kontrollutvalget kommer tilbake til saken i senere møte.

Votering:

Forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Kontrollutvalget har i samsvar med forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 5 gjennomført en oppfølging av kommunestyrets vedtak i sak 33/2023 Rapport eierskapskontroll
2. Administrasjonen har redegjort for på hvilken måte kommunestyrets vedtak er fulgt opp. Kontrollutvalget registrerer følgende om oppfølging av rapportens anbefalinger:
 - i. *Sørge for at den selskapsspesifikke informasjonen i eierskapsmeldingen blir oppdatert og lagt frem for de folkevalgte årlig.*
 - ii. *Utarbeide en eierstrategi for Helgeland avfallsforedling IKS i samarbeid med de andre eierkommunene.*
Anbefalinger er fulgt opp, jfr vedtatt eierstrategi i kommunestyrets sak 54/24
 - iii. *Gjennomgå, vurdere og oppdatere styringsdokumentene til selskapene jevnlig.*
 - iv. *Utarbeide rutiner som sikrer at samtlige folkevalgte får tilstrekkelig opplæring i eierskapsforvaltning tidlig i valgperioden.*
 - v. *Utarbeide system og rutiner som sikrer prinsippene og kravene i eierskapsmeldingen blir fulgt ved nominasjon og valg av styrerepresentanter til selskapene kommunen eier.*
3. Kontrollutvalgets vedtak oversendes kommunestyret til orientering.
Kontrollutvalget kommer tilbake til saken i senere møte.

14/25 Skriftlig tilbakemelding fra administrasjonen: oppfølging av kommunestyrets vedtak (77/2021) forvaltningsrevisjon Innkjøp

Kommunedirektør Harald Einar Erichsen møtte fra administrasjonen for å redegjøre og svare på spørsmål.

Forslag til vedtak:

Saken legges frem uten forslag til vedtak.

Omforent forslag til vedtak:

Redegjørelse fra administrasjonen tas til orientering. Utvalget registrerer at ingen av punktene er lukket så langt, men at det arbeides aktivt med saken. Til neste møte ber utvalget om en fremdriftsplan for når administrasjonen forventer å komme i mål med oppfølging av vedtaket.

Votering:

Omforent forslag ble enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Redegjørelse fra administrasjonen tas til orientering. Utvalget registrerer at ingen av punktene er lukket så langt, men at det arbeides aktivt med saken. Til neste møte ber utvalget om en fremdriftsplan for når administrasjonen forventer å komme i mål med oppfølging av vedtaket.

15/25 Bestilling av forvaltningsrevisjon Renovasjon

Forslag til vedtak:

1. Med bakgrunn i vedtatt Plan for forvaltningsrevisjon 2024-2027, vedtar kontrollutvalget bestilling av forvaltningsrevisjon Renovasjon.
2. Innspill og føringer fra kontrollutvalget som skal ligge til grunn for prosjektplan
 - a.
 - b.
3. Alternativ 1: Kontrollutvalget ber revisor levere forslag til prosjektplan til sekretariatet innen 18. august 2025, slik at utvalget kan godkjenne prosjektplan i møte 3. september 2025.
Alternativ 2: Kontrollutvalget ber revisor levere forslag til prosjektplan til sekretariatet innen 9. juni 2025, slik at utvalget kan godkjenne prosjektplan ved skriftlig saksbehandling, eventuelt ved fjernmøte.

Omforent forslag til vedtak:

1. Med bakgrunn i vedtatt Plan for forvaltningsrevisjon 2024-2027, vedtar kontrollutvalget bestilling av forvaltningsrevisjon Renovasjon.
2. Innspill og føringer fra kontrollutvalget som skal ligge til grunn for prosjektplan
 - a. selvkost
 - b. bærekraft
3. Kontrollutvalget ber revisor levere forslag til prosjektplan til sekretariatet innen 12. juni 2025, slik at utvalget kan godkjenne prosjektplan ved skriftlig saksbehandling, eventuelt ved fjernmøte.

Votering:

Omforent forslag ble enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Med bakgrunn i vedtatt Plan for forvaltningsrevisjon 2024-2027, vedtar kontrollutvalget bestilling av forvaltningsrevisjon Renovasjon.
2. Innspill og føringer fra kontrollutvalget som skal ligge til grunn for prosjektplan
 - a. selvkost
 - b. bærekraft
3. Kontrollutvalget ber revisor levere forslag til prosjektplan til sekretariatet innen 12. juni 2025, slik at utvalget kan godkjenne prosjektplan ved skriftlig saksbehandling, eventuelt ved fjernmøte.

16/25 Dialog med revisor

Forslag til vedtak:

Kontrollutvalget i Rødøy kommune tar dialog med revisor til orientering.

Votering:

Forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Kontrollutvalget i Rødøy kommune tar dialog med revisor til orientering.

17/25 Orienteringer

Sekretariatet orienterte om:

- Vedlagte dokumenter

Omforent forslag til vedtak:

Orienteringene tas til orientering.

Votering:

Omforent forslag ble enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Orienteringene tas til orientering.

18/25 Eventuelt

Ingen ytterligere saker til behandling.

Vågaholmen, 28. mai 2025

Lars Hansen
Sekretær for kontrollutvalget

Utskrift sendes:
Kontrollutvalgets medlemmer, varamedlemmer,
Rødøy kommune v/ ordfører og kommunedirektør,
Revisor: BDO AS

SAK 20/25**Oppfølging kontrollutvalgets sak 12/25 Nummerert brev nr 2 rutiner for oppdatering av budsjett****Saksgang:**
Kontrollutvalget**Møtedato:**
03.09.2025**Vedlegg:**

- a) Nummerert brev nr 2 fra revisor, jfr kommuneloven § 24-7 nr 2
- b) BDO, 16.4.2025: Nummerert kommunikasjon med kontrollutvalget i Rødøy kommune etter kommuneloven § 24-7, nr. 2

Bakgrunn for saken:

Kontrollutvalget behandlet i sin sak 12/25 nummerert brev fra revisor angående bl.a manglende rutiner for oppdatering av budsjett (vedlegg a og b). Utvalgets vedtak var som følger:

Kontrollutvalget tar redegjørelse fra administrasjon og revisor til orientering, og ber om å få tilsendt kopi av rutiner for oppdatering av budsjett når disse foreligger – til kontrollutvalgets møte i september.

I forbindelse med at saken er satt på dagsorden er kommunedirektøren, eller den kommunedirektøren bemyndiger, bedt om å møte i kontrollutvalget klokken 12.15 for å gå gjennom kommunens rutiner for oppdatering av budsjett. Sekretariatet har bedt om å få tilsendt de nevnte rutinene dersom disse foreligger i forkant av utvalgets møte. Dette slik at de kan sendes ut til kontrollutvalget på forhånd. I tillegg er det gjort oppmerksom på at kontrollutvalget kan ha ønske om å stille spørsmål i tilknytning til saken.

Det er så langt ikke mottatt skriftlige rutiner. I påvente av dette legges saken frem med følgende

Forslag til vedtak:

Saken legges frem uten forslag til vedtak.

Inndyr, 22. august 2025

Lars Hansen
Sekretariatsleder

SAK 12/25**Nummerert brev nr 2 fra revisor, jfr kommuneloven § 24-7 nr 2****Saksgang:**
Kontrollutvalget**Møtedato:**
28.05.2025**Vedlegg:**

- BDO, 16.4.2025: Nummerert kommunikasjon med kontrollutvalget i Rødøy kommune etter kommuneloven § 24-7, nr. 2
- Notat fra administrasjonen v/ Geir Arne Solbakk 20.5.2025: Ad oppfølging av spørsmål fra Salten Kontrollutvalg service i innkalling til møte 28. mai 2025.
- Notat fra administrasjonen: Innledende kommentarer og bakgrunn for kommunens rett til merverdiavgiftskompensasjon
- Rødøy kommune, økonomireglement

Bakgrunn for saken:

Revisor skal etter kommuneloven § 24-7 sende skriftlige påpekninger til kontrollutvalget om følgende forhold:

- a) *vesentlige feil som kan føre til at årsregnskapet ikke gir riktig informasjon*
- b) *vesentlige mangler ved registrering og dokumentasjon av regnskapsopplysninger*
- c) *vesentlige mangler ved den økonomiske internkontrollen*
- d) *manglende eller mangelfull redegjørelse i årsberetningen for vesentlige budsjettavvik*
- e) *enhver mislighet*
- f) *hvorfor han eller hun ikke har skrevet under på oppgaver som kommunen eller fylkeskommunen skal sende til offentlige myndigheter, og som revisor etter lov eller forskrift skal bekrefte*

g) *hvorfor han eller hun sier fra seg revisjonsoppdraget.*

Meldinger som nevnt i første ledd skal sendes i nummerte brev til kontrollutvalget, med kopi til kommunedirektøren.»

Som det fremkommer av punktene a)- g) er det i utgangspunktet vesentlige forhold som skal tas opp i nummererte brev. Dette vil være sentrale forhold som det er viktig for revisors oppdragsgiver å få skriftlig informasjon om, og dermed få behandlet og fulgt opp på en forsvarlig måte. Misligheter skal imidlertid alltid rapporteres, uansett om det er store eller små beløp.

Forskrift om kontrollutvalg § 8 gir opplysninger om hvordan kontrollutvalget skal følge opp revisjonsmerknader:

«Når revisor påpeker forhold i årsregnskapet, jf. forskrift om revisjon i kommuner og fylkeskommuner § 4, skal kontrollutvalget påse at dette blir fulgt opp.»

I vedlagte nummererte brev tar revisor opp følgende:

- For sent avlagt årsberetning og årsregnskap, tar revisor opp
- Manglende løpende innleggelse av vedtatte budsjettendringer
- Generelt om frister for attestasjoner mm. – bl.a at revisor flere ganger har fått fremlagt attestasjonskrav kort tid før frist for at krav / rapportering skal sendes inn

Ut fra at saken er satt på dagsorden er kommunedirektøren, eller den kommunedirektøren bemyndiger, bedt om å møte i kontrollutvalget klokken 12.45 for å redegjøre om følgende:

- **Har kommunen på plass skriftlige rutiner eller avtale som sikrer at budsjettvedtak fortløpende blir lagt inn i regnskaps- og rapporteringsprogram? Dersom det ikke foreligger slike rutiner eller avtale, når vil dette være på plass?**
- Når det gjelder frister for revisors attestasjon, nevner revisor eksempler bl.a med
 - Refusjonskrav ressurskrevende brukere mars 2025 - oversendt revisor 16 dager etter frist
 - Prosjektregnskap med feil mottatt revisor for attestasjon 1. april 2025, samme dag som kommunens frist for levering. Etter korrigeringer attesterte revisor 8. april.
 - I forhold til revisors kontroll av krav om momskompensasjon, nevner revisor at de i flere tilfeller har mottatt kravet til attestasjon sent.
 - Revisor nevner i brevet at
 - *Kommunen plikter å sørge for at vi som revisor gis tilstrekkelig tid til å kunne gjennomføre nødvendig kontroll knyttet opp til attestasjoner. Svært ofte er det også feil og/eller mangler i de regnskapsoppsett vi mottar, som medfører at disse må korrigeres og mer dokumentasjon fremskaffes.*
 - *Vi ber derfor om at kommunens rutiner rundt dette, på alle områder, innskjerpes. Mangelfulle rutiner kan i verste fall medføre at retten til tilskudd faller bort og kommunen går glipp av opptjente inntekter.*

- **Har kommunen på plass skriftlige rutiner eller avtale som sikrer at revisor mottar attestasjonskrav slik at de kan gjennomføre nødvendig kontroll ved attestasjoner?**

Rutiner for kompensasjon av merverdiavgift:

I kontrollutvalgets sak 02/25 *Status for kommunens økonomiforvaltning og regnskap* tok utvalget opp manglende rutiner for å sikre riktige krav om kompensasjon av merverdiavgift. Bakgrunnen for saken var en etterlevelsesk kontroll på området. Utvalget fikk skriftlig tilbakemelding fra administrasjonen om at nye sentrale rutiner for kompensasjon av merverdiavgift *søkes utarbeidet og implementert innen utgangen av første kvartal 2025*. Utvalget fattet på denne bakgrunn følgende vedtak:

3. Kontrollutvalget tar til orientering svar fra administrasjonen om oppfølging av revisors uttalelse etter forenklet etterlevelsesk kontroll. Utvalget registrerer at det skal foretas en formalisering av sentrale rutiner for kompensasjon av merverdiavgift;

1. Internkontroll og ansvarfordeling
2. Registrering og grunnlag for kompensasjon
3. Avstemming og dokumentasjon
4. Innsending og oppfølging av krav
5. Revisjon og etterkontroll

Utvalget registrerer at rutinene *søkes utarbeidet og implementert innen utgangen av første kvartal 2025*, og ber om en skriftlig tilbakemelding når dette er gjennomført.

På denne bakgrunn er administrasjonen spurt om følgende: **Hva er status for utarbeidelse og implementering av rutinene? Dersom rutinene er utarbeidet, ber jeg om en kopi av disse.**

Svar fra administrasjonen er vedlagt saken: Her nevnes innledningsvis at kommunen de siste to årene har vært i en vanskelig situasjon når det gjelder bemanning av økonomikontoret. I tillegg gis det honnør til de fast ansatte som gjennom «*godt innarbeidede rutine og kontroll har sikret at kommunen har vært i stand til å levere på sine primære oppgaver*»

I forhold til kompensasjon for merverdiavgift opplyses følgende:

I Kontrollutvalgets siste møte ble det avklart at det skulle utarbeides skriftlige rutiner for kommunens mva-kompensasjon. Slik rutine må, foruten å sikre at revisjon får mulighet til å gjennomføre nødvendig kontroll ved sin attestasjon, ivareta at kommunen faktisk overholder det sentrale regelverket knyttet til kompensasjon for merverdiavgift. Kompensasjon for merverdiavgift er underlagt særskilt regelsett som gir rammer for kommunens rett til å føre kompensasjon for inngående merverdiavgift. I tillegg er retten til å kreve kompensasjon pr. i dag omfattet av strenge regler knyttet til blant annet foreldelse av kravet ovenfor Skatteetaten.

Vedlagt følger rutinene som er utarbeidet for området. Disse vil da bidra til å sikre en grunnleggende forståelse av kommunens rett for kompensasjon, en beskrivelse av kommunens kodeoppsett i Visma opp mot Skatteetatens kodeverk, en sikring av kontroll med at kommunen rettmessig krever kompensasjon på transaksjonsnivå, samt rutiner som skal sikre klarhet i forventning om oversending av terminoppgaven for revisors kontroll. Rutinen er direkte koblet opp mot avstemming som utarbeides i excel, jfr. vedlagte avstemming.

I forhold til rutiner for innarbeiding av budsjettvedtak, er det gitt tilbakemelding bl.a om følgende fra innleid økonomisjef:

I forbindelse med mitt arbeide med kommunens årsregnskap ble det klart at det hadde vært vedtatt et betydelig antall enkeltvedtak i kommunestyret gjennom 2024 som hver for seg påvirket kommunens regulerte budsjett. Disse enkeltvedtak kommer i tillegg til kommunens «ordinære» endringssak knyttet til inneværende års budsjett for 2024. Etter en kartlegging viste det seg at det totalt var vedtatt 25 enkeltvedtak som hver på ulik måte påvirket budsjetttrammene for kommunen.

På bakgrunn av at det kan forventes at det også for kommende budsjettperioden vil bli vedtatt en rekke enkeltvedtak som berører regulert budsjett så bør det legges inn faste rutiner der protokoll fra det enkelte kommunestyret gjennomgås av kommunens økonomisjef for å kunne ivareta løpende vedtak som vedgår kommunens økonomiske disposisjoner. (...) En fremtidig rutine for budsjettregulering bør derfor sikre at det minst ved behandling av separat samlet reguleringssak i kommunestyret utarbeides lovpålagte forskriftsskjema i henhold til krav i lov og forskrift.

Når det gjelder frister for revisors attestasjoner gis tilbakemelding om følgende:

Med bakgrunn i den reelle ressursituasjonen som har vært ved kommunens økonomiavdeling har det i denne perioden vært bestrebet å overholde gjeldende frister. Kommunens årsregnskap ble oversendt ferdig avstemt med tilhørende kretsløp og dokumentasjon pr. 22. februar 2025. I oversendelsen ble det opplyst om at estimat for refusjon ressurskrevende tjenester var innarbeidet med Mnok 2 i påvente av mottak av nødvendig underlag for eksakt beregning av forventet refusjon. I ettertid er dette den eneste posten ble endret i kommunens årsregnskap for 2024. Likeledes ble det opplyst om avdekket behov for en fullstendig gjennomgang av regulert budsjett, jfr. ovenfor redegjørelse.

Gitt de forutsetningene og rammene for utarbeidelse av kommunens årsregnskap skulle dette ved denne oversendelsen være tilgjengelig for oppstart av revisors arbeide. I en normal driftssituasjon vil det imidlertid være ønskelig at slik oversending til revisjon er komplett og endelig for kommunens avsluttede årsregnskap.

Jeg har ettergått tidspunkt for oversending av kompensasjonsmelding for attestering for termin 06/2024 og 01/2025. Disse ble henholdsvis levert 04.02.2025 og 07.04.2025. I tilfelle det på forhånd hadde vært kommuniser en forventning om at disse skulle vært levert 10 dager før terminfrist ville det ikke vært problematisk å overholde dette. Slik forventning er nå innarbeidet i vedlagte rutine.

Hva gjelder antegnet attestasjon pr. 1. april 2025 så ser jeg at dette gjelder innrapportering fra Helse for tilskuddsordningen «Rapportering på tilskudd fra Helsedirektoratet, 2024, Styrking og utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten». Økonomiavdelingen kan ikke se å ha vært involvert i slik rapportering, hvor frist for innsending til Helsedirektoratet var 01.04.2025, mens rapport ble sendt inn pr. 08.04.2025 sammen med revisors attestasjon.

Vurdering:

Nummerert brev fra revisor:

Det er tydelig at revisor og administrasjon har ulik oppfatning av forholdene revisor har tatt opp i sitt nummererte brev. Behandlingen i utvalget med muntlig informasjon fra henholdsvis revisor og administrasjon må antas å kunne gi større klarhet for de saksforholdene som er tatt opp.

Kontrollutvalget må uansett se til at forhold revisor tar opp blir fulgt opp. Når det gjelder overholdelse av frister for levering av henholdsvis regnskap og årsberetning, vil resultatet av administrasjonens oppfølging måtte vente på seg til de skal avlegges for regnskapsåret 2025.

Rutiner for kompensasjon for merverdiavgift:

Vedlagte oversendte dokument med tittelen *Innledende kommentarer og bakgrunn for kommunens rett til merverdiavgiftskompensasjon* inneholder en solid gjennomgang av regelverk og kodeverk på området. I tillegg inneholder dokumentet elementer av rutine i betydningen *Beskrivelse av oppgaver eller aktiviteter i en prosess. Beskrivelsen inneholder formål, omfang, ansvar, beskrivelse av aktiviteten samt eventuelle frister.*

Elementene / aktivitetene som er på plass er bl.a at

- A. *Krav om kompensasjon fremsettes elektronisk, og Krav fremsettes 6 ganger i året*
- B. *Ved kontroll og avstemming av kompensasjon benyttes følgende rapporter fra Visma*
- C. *For kontroll av korrekt bokføring gjennomføres test av 15 transaksjoner fra rapporten*
- D. *«Bilagslinjer med mva-koder». Følgende tester utføres og dokumenteres i regnearket*
 - a. *som trekkes ut fra Visma*
- E. *Fyll ut avstemming «Avstemming mva kompensasjon 20xx» for aktuell termin. Sørg for at eventuelle avvik avklares.*
- F. *Aktuell terminoppgave legges inn via www.skattetaten.no. Terminoppgaven signeres og melding sendes revisjon for attestasjon. Revisjon har ønske om å motta denne 10 dager før innleveringsfrist, forsøk å overholde denne fristen ved rapportering.*

Aktivitetene A-F har til felles at de er forankret i regelverket på området. I tillegg har de til felles at ingen stilling / funksjon i administrasjonen er gitt ansvar for å ivareta den enkelte aktiviteten. Kontrollutvalget fikk i februar informasjon om at det skal gjennomføres en formalisering av sentrale rutiner for kompensasjon av merverdiavgift, herunder

1. *Internkontroll og ansvarfordeling.* Det er viktig at ansvar for gjennomføring av rutinens aktiviteter fordeles og fastsettes.

Forslag til vedtak:

Saken legges frem uten forslag til vedtak.

Inndyr, 21. mai 2025

Lars Hansen
Sekretariatsleder

Til Kontrollutvalget i Rødøy Kommune
Vågaveien 100
8185 Vågaholmen

Nummerert kommunikasjon med kontrollutvalget i Rødøy Kommune etter kommuneloven § 24-7, nr. 2

I forbindelse med vår revisjon av årsregnskapet for 2024 for Rødøy Kommune er vi blitt kjent med forhold som vi iht. kommuneloven § 24-7 skal informere kontrollutvalget om.

For sent avlagt årsberetning og årsregnskap

Ifølge kommuneloven § 14-7 skal årsberetningen avgis senest 31. mars. Vi mottak endelig årsberetning 15. april.

Årsregnskapet skal ifølge kommuneloven § 14-6 avgis senest 22. februar. Vi mottok et foreløpig regnskap til revisjon 23. februar. Det er senere foretatt korrigeringer både av regnskapstall og budsjettall i regnskapet. Noter til regnskapet var heller ikke utarbeidet ved frist for avleggelse av årsregnskap.

Årsregnskap og årsberetning er derfor avlagt etter de frister som framgår av kommuneloven. Vi vil presisere dette i revisjonsberetningen.

Innleggelse av vedtatt budsjett i Framsikt og Visma

Kommunestyret har i løpet av året vedtatt flere budsjettendringer. Det er ikke alle budsjettendringene som har blitt lagt inn fortløpende i regnskapssystemet Visma og kommunens styringsverktøy Framsikt.

Kommunens administrasjon har ved utarbeidelsen av årsregnskapet tatt en gjennomgang for å sikre at budsjettall som framgår av årsregnskapet er i samsvar med det som faktisk er vedtatt.

Kommunen må for senere år bedre sine rutiner slik at budsjettvedtak fortløpende blir riktig lagt inn i Framsikt og Visma. Dette for at kommunen selv skal kunne ha et tilfredsstillende verktøy for økonomisk kontroll.

Generelt om frister for attestasjoner mm.

Vi har flere ganger fått framlagt attestasjonskrav kort tid før frist for at krav/ rapportering skal sendes inn eller etter den frist som er satt for at vi skal ha krav inn til revisjon.

Her kan nevnes:

- Refusjonskrav ressurskrevende brukere skal ifølge Rundskriv IS-4 fylles ut i Altinn og sendes til oss for kontroll innen 10. mars 2025. Refusjonskrav ble framlagt 26.03.2025.
- Attestasjon for kostnader prosjektrengskap ble framlagt for oss 1. april, - kommunens frist for levering var 1. april. Regnskapet inneholdt også feil og etter diverse korrigering ble attestasjon skrevet 08.04.2025.

- Vi har gitt uttrykk for at vi ønsker å motta krav om momskompensasjon til kontroll i månedsskiftet før frist for attestasjon. I flere tilfeller har vi fått inn kravet til attestasjon bare et par dager før frist for attestasjon/ levering.

For å sikre at kommunen ikke går glipp av tilskudd/refusjoner, må det påses av refusjonskrav blir levert til revisor i god tid før fastsatte frister.

Kommunen plikter å sørge for at vi som revisor gis tilstrekkelig tid til å kunne gjennomføre nødvendig kontroll knyttet opp til attestasjoner. Svært ofte er det også feil og/eller mangler i de regnskapsoppsett vi mottar, som medfører at disse må korrigeres og mer dokumentasjon fremskaffes.

Vi ber derfor om at kommunens rutiner rundt dette, på alle områder, innskjerpes. Mangelfulle rutiner kan i verste fall medføre at retten til tilskudd faller bort og kommunen går glipp av opptjente inntekter.

BDO AS

Håkon Romuld
statsautorisert revisor
(elektronisk signert)

Kopi til Kommunedirektøren i Rødøy kommune

PENNEO

Signaturene i dette dokumentet er juridisk bindende. Dokument signert med "Penneo™ - sikker digital signatur". De signerende parter sin identitet er registrert, og er listet nedenfor.

"Med min signatur bekrefter jeg alle datoer og innholdet i dette dokument."

Romuld, Håkon

Partner

Serienummer: no_bankid:9578-5994-4-472774

IP: 188.95.xxx.xxx

2025-04-16 08:44:21 UTC



Dette dokumentet er signert digitalt via [Penneo.com](https://penneo.com). De signerte dataene er validert ved hjelp av den matematiske hashverdien av det originale dokumentet. All kryptografisk bevisføring er innebygd i denne PDF-en for fremtidig validering.

Dette dokumentet er forseglet med et kvalifisert elektronisk segl ved bruk av et sertifikat og et tidsstempel fra en kvalifisert tillitstjenesteleverandør.

Slik kan du bekrefte at dokumentet er originalt

Når du åpner dokumentet i Adobe Reader, kan du se at det er sertifisert av **Penneo A/S**. Dette beviser at innholdet i dokumentet ikke har blitt endret siden tidspunktet for signeringen. Bevis for de individuelle signatørenes digitale signaturer er vedlagt dokumentet.

Du kan bekrefte de kryptografiske bevisene ved hjelp av Penneos validator, <https://penneo.com/validator>, eller andre valideringsverktøy for digitale signaturer.

SAK 21/25**Orientering om fremdriftsplan for oppfølging av
forvaltningsrevisjon Innkjøp****Saksgang:**
Kontrollutvalget**Møtedato:**
03.09.2025**Vedlegg:**

- Deloitte, september 2021: Rapport forvaltningsrevisjon Innkjøp (utdrag)

Bakgrunn for saken:

Kontrollutvalget behandlet i sin sak 14/25 en sak angående oppfølging av kommunestyrets vedtak (77/2021) forvaltningsrevisjon Innkjøp. Utvalgets vedtak i saken hadde følgende ordlyd:

Redegjørelse fra administrasjonen tas til orientering. Utvalget registrerer at ingen av punktene er lukket så langt, men at det arbeides aktivt med saken. Til neste møte ber utvalget om en fremdriftsplan for når administrasjonen forventer å komme i mål med oppfølging av vedtaket.

I forbindelse med at saken er satt på dagsorden er kommunedirektøren, eller den kommunedirektøren bemyndiger, bedt om å møte i kontrollutvalget klokken 12.30 for å gi utvalget en orientering om fremdriftsplan for oppfølging av forvaltningsrevisjon Innkjøp. Sekretariatet har bedt om å få fremdriftsplanen tilsendt i forkant av utvalgets møte, dersom denne foreligger. I tillegg er det gjort oppmerksom på at kontrollutvalget kan ha ønske om å stille spørsmål i tilknytning til saken.

Forslag til vedtak:

Saken legges frem uten forslag til vedtak.

Inndyr, 22. august 2025

Lars Hansen
Sekretariatsleder



Forvaltningsrevisjon | Rødøy kommune

Innkjøp

September 2021

«Forvaltningsrevisjon av innkjøp»

September 2021

Rapporten er utarbeidet for Rødøy
kommune av Deloitte AS.

Deloitte AS
Postboks 6013 Postterminalen, 5892
Bergen

tlf: 55 21 81 00

www.deloitte.no

forvaltningsrevisjon@deloitte.no

Sammendrag

Deloitte har i samsvar med bestilling fra kontrollutvalget i Rødøy kommune gjennomført en forvaltningsrevisjon av innkjøp i kommunen. Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke om organisering av innkjøpsarbeidet i Rødøy kommune er hensiktsmessig, om system og rutiner for innkjøpsarbeidet er i samsvar med lover og regler og ev. politiske føringer i kommunen, og om regelverket blir etterlevd i innkjøpsprosesser. Videre har det vært et formål å kartlegge hvilke rutiner og system for kontrollhandlinger som er etablert når det gjelder innkjøp, og å undersøke om disse er i samsvar med lover og regler og politiske føringer i kommunen.

Som datagrunnlag har Deloitte benyttet intervju, dokumentanalyse og stikkprøvegjennomgang. Forvaltningsrevisjonen har blitt gjennomført fra februar til august 2021.

Undersøkelsen viser at arbeidet med innkjøp i Rødøy kommune på noen områder ikke er tilfredsstillende. Rødøy kommune har ikke etablert en overordnet innkjøpsstrategi, og det er i liten grad utarbeidet rutiner og retningslinjer som sikrer at innkjøp blir gjennomført i samsvar med regelverket. Kommunen etterlever med dette ikke kommunelovens krav til internkontroll og eget vedtak i økonomireglementet om å etablere rutiner for arbeidet med anskaffelser. Gjeldende reglement for anskaffelser er ikke oppdatert med fungerende lenker, og reglementet fungerer i liten grad som støtte i innkjøpsprosessene i kommunen. Samlet gir dette økt risiko for at det forekommer feil og/eller brudd på regelverk i innkjøpsprosessene i kommunen.

Undersøkelsen viser at kommunen ikke sikrer at det er tilstrekkelig kompetanse innen innkjøp blant lederne som har ansvar for dette i kommunen. Rødøy kommune stiller, gjennom reglement for anskaffelser, krav til at ansatte med innkjøpsansvar skal gjennomføre e-læringskurs knyttet til innkjøp. Det gjennomføres i liten grad kontroll av at slike kurs blir gjennomført.

Rødøy kommune er i et vertskommunesamarbeid med Bodø kommune innen IKT-drift og digitalisering. Gjennom dette samarbeidet gjennomfører Bodø kommune også innkjøp av IKT-utstyr på vegne av Rødøy kommune, og Rødøy kommune benytter seg av innkjøpsfaglig kompetanse i Bodø kommune. Dersom Rødøy kommune fortsetter å gjøre innkjøp i samarbeid med Bodø kommune, bør innkjøpssamarbeidet formaliseres, og rutiner, roller og ansvar bør skriftliggjøres.

Rødøy kommune har ikke etablert rutiner for oppfølging av kontrakter. Det blir ikke i tilstrekkelig grad gjennomført interne kontroller for å avdekke eventuelle brudd på regelverk for offentlige innkjøp, noe som øker risiko for at kommunen ikke fanger opp og lærer av avvik i innkjøpsprosessene. Rødøy kommune har videre ikke tilstrekkelig oversikt over alle inngåtte innkjøpsavtaler og rammeavtaler, noe som gir økt risiko for at kommunen ikke etterlever avtaler som er inngått. Sammen med manglende rutiner for oppfølging av inngåtte avtaler er det risiko for at kommunen ikke etterlever kontraktsvilkår i alle avtaler.

Deloitte har gjennomgått et utvalg innkjøp som kommunen har gjennomført. Gjennomgangen viser at Rødøy kommune ikke konkurranseeksponerer alle anskaffelsene sine som skulle ha vært det og at ikke alle anskaffelsene er dokumentert i samsvar med krav i regelverket. Kommunen bryter med dette flere av de grunnleggende prinsippene for offentlige anskaffelser.

Deloitte's konklusjon og anbefalinger går frem av kapittel 8 i rapporten.

8 Konklusjon og anbefalinger

I denne forvaltningsrevisjonen har Deloitte undersøkt om organisering av innkjøpsarbeidet i Rødøy kommune er hensiktsmessig, om system og rutiner for innkjøpsarbeidet er i samsvar med lover og regler og ev. politiske føringer i kommunen, og om regelverket blir etterlevd i innkjøpsprosesser. Videre har det vært et formål å kartlegge hvilke rutiner og system for kontrollhandlinger som er etablert når det gjelder innkjøp, og å undersøke om disse er i samsvar med lover og regler og politiske føringer i kommunen.

Rødøy kommune har etter Deloitte vurdering ikke etablert tilstrekkelig internkontroll for å sikre at innkjøp skjer i samsvar med mål og regelverk. Denne forvaltningsrevisjonen viser at:

- Kommunen har ikke utarbeidet en innkjøpsstrategi. Økonomireglementet og reglement for anskaffelser inneholder mål for innkjøpsarbeidet og henvisninger til regelverk på området, men det vil likevel være hensiktsmessig for kommunen å etablere en innkjøpsstrategi, og på denne måten i større grad legge til rette for en tydeliggjøring av kommunens mål og strategier knyttet til anskaffelser.
- Rødøy kommune er i et vertskommunesamarbeid med Bodø kommune innen IKT-drift og digitalisering. Gjennom dette samarbeidet gjennomfører Bodø kommune også innkjøp av IKT-utstyr på vegne av Rødøy kommune, og Rødøy kommune benytter seg av innkjøpsfaglig kompetanse i Bodø kommune. Oppgaver knyttet til innkjøp er ikke formalisert i vertskommunesamarbeidet. Dersom Rødøy kommune fortsetter å gjøre innkjøp i samarbeid med Bodø kommune, mener Deloitte det er viktig at innkjøps samarbeidet formaliseres, og at rutiner, roller og ansvar tydeliggjøres og skriftliggjøres, jf. § 20-4 i kommuneloven.
- Kommunen sikrer ikke at ansatte som gjennomfører innkjøp har tilstrekkelig kompetanse. Manglende fokus på og kontroll av opplæring innen innkjøp øker risiko for at ansatte som gjennomfører innkjøp ikke har tilstrekkelig kompetanse. Ved å sikre tilstrekkelige retningslinjer og rutiner for innkjøp kan kommunen bidra til å redusere denne risikoen.
- Kommunen har ikke formalisert intern innkjøpsrådgiverrolle. Deloitte vurderer at det vil være hensiktsmessig å formalisere innkjøpsrådgiveransvaret i kommunen. På denne måten vil kommunen i større grad sikre en tydeliggjøring av hvor man kan henvende seg ved spørsmål knyttet til innkjøp.
- Det er i liten grad utarbeidet rutiner og retningslinjer som sikrer at innkjøp blir gjennomført i samsvar med regelverket. Gjeldende reglement for anskaffelser er ikke oppdatert med fungerende lenker, og reglementet fungerer i liten grad som støtte i innkjøpsprosessene i kommunen.
- Det er lite enhetlig praksis for hvordan innkjøp blir dokumentert i kommunen. Kommunen plikter å oppbevare dokumentasjon som er tilstrekkelige til å begrunne viktige beslutninger i anskaffelsesprosessen, og kommunen må legge til rette for en enhetlig praksis for hvordan dokumentasjon knyttet til innkjøp skal lagres. På revisjonstidspunktet ble dokumentasjon lagret på e-postkonto, i saksbehandlingssystem og i papirform. Dette kan bidra til mangelfull etterprøvbarehet i kommunens innkjøpspraksis, da det kan være utfordrende å finne relevant dokumentasjon for noen innkjøp.
- Det blir ikke i tilstrekkelig grad gjennomført interne kontroller i kommunen for å avdekke eventuelle brudd på regelverk for offentlige innkjøp, noe som øker risiko for at kommunen ikke fanger opp og lærer av avvik i innkjøpsprosessene.
- Gjennomgangen av et utvalg innkjøp viser at Rødøy kommune ikke konkurranseeksponerer alle anskaffelsene sine som skulle ha vært det og at ikke alle anskaffelsene er dokumentert i samsvar med krav i regelverket. Kommunen bryter med dette flere av de grunnleggende prinsippene for offentlige anskaffelser.
- Rødøy kommune har ikke tilstrekkelig oversikt over alle inngåtte innkjøpsavtaler, noe som gir økt risiko for at kommunen ikke etterlever avtaler som er inngått. Sammen med manglende rutiner for oppfølging av inngåtte avtaler er det risiko for at kommunen ikke etterlever kontraktsvilkår i alle avtaler.

Basert på funnene i undersøkelsen, anbefaler Deloitte at Rødøy kommune iverksetter følgende tiltak:

- 1) Vurderer å etablere en innkjøpsstrategi for kommunen.
- 2) Sikrer tilstrekkelig innkjøpsrutiner og oppdatert reglement for innkjøp som er tilgjengelig for de ansatte som gjennomfører innkjøp på vegne av kommunen.
- 3) Sikrer tilstrekkelig innkjøpskompetanse i organisasjonen, under dette:
 - a) Innfører rutiner for gjennomføring og registrering av pålagt e-læringskurs i offentlige anskaffelser.
 - b) Vurderer behov for formalisering av innkjøpsrådgivning i kommunen.
- 4) Formaliserer rutiner, roller og ansvar for innkjøp gjennomført gjennom vertskommunesamarbeidet med Bodø kommune om IKT-drift og digitalisering.
- 5) Innfører rutiner for å gjennomføre interne kontroller for å avdekke eventuelle brudd på regelverk for offentlige innkjøp.
- 6) Tilrettelegger for en enhetlig praksis for hvordan dokumentasjon knyttet til innkjøp skal utarbeides og lagres.
- 7) Implementerer tilfredsstillende system for konkurransegjennomføring og kontraktsoppfølging.
- 8) Gjennomfører innkjøp i henhold til krav i regelverket, under dette:
 - a) Konkurransesponerer anskaffelser i samsvar med krav i regelverket.
 - b) Dokumenterer innkjøp i samsvar med krav i regelverket.

SAK 22/25**Orientering om kommunens rutiner for oppfølging av forskrift om miljørettet helsevern kapittel 3 a****Saksgang:**
Kontrollutvalget**Møtedato:**
03.09.2025**Vedlegg:**

- Henvendelse til kontrollutvalget via sekretariatets nettside, 6.8.2025: Melding til Salten kontrollutvalgsservice

Bakgrunn for saken:

Saken er satt på dagsorden etter avtale med utvalgets leder, og etter anonymt innspill fra publikum via sekretariatets nettside (vedlegg a):

Hvilke rutiner har Rødøy kommune for å imøtekomme forskrift om miljørettet helsevern kapittel 3a. Krav om å hindre spredning av Legionella via aerosol?

Spør fordi dusjanlegg i tilknytning til gymsaler/svømmebasseng i lengre perioder ikke benyttes pga. skoleferier og relativ kort driftsperiode med "bassengsesong". Slike perioder uten drift gir vel de beste forutsetninger og grobunn for oppblomstring av legionella. Har selv kommet til slike anlegg og opplevd at sluker er gått tørre siden anlegget ikke har blitt brukt på lang tid (ikke sirkulert vann i systemet). Når våtrom da tas i bruk etter lengre driftstans er sjansen for spredning av legionella via aerosol aller størst.

Det nevnte kapitelet i forskriften gjelder krav om å hindre spredning av Legionella via aerosol.

Forskriftens virkeområde jfr § 11 a er *blant annet kjøletårn, luftskrubbere, faste og mobile vaskeanlegg, dusjanlegg, VVS-anlegg i sameier og borettslag, klimaanlegg med luftfukting, innendørs befuktningsanlegg og innendørs fontener.*

For disse innretningene er det stilt krav i forskriftens § 11 b, bl.a: *Innretningene skal etterses regelmessig, og det skal på grunnlag av en risikovurdering fastsettes rutiner som sikrer at drift og vedlikehold gir tilfredsstillende vern mot Legionella.*

Folkehelseinstituttet har gitt ut en egen veileder om forebygging av legionellasmitte, og her fokuserer de blant annet på interkontroll for forebygging av slik smitte:

Internkontrollen for forebygging av legionellasmitte bør være en del av det totale systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet i virksomheten, og innebærer at man:

- Kartlegger farer for vekst av legionellabakterier
- Kartlegger farer for spredning av aerosoler som kan inneholde legionellabakterier
- Vurderer risiko for slik vekst og spredning, og på dette grunnlag:
 - o Gjennomfører tiltak og utarbeider planer, herunder rutiner for drift og vedlikehold for å redusere faren for spredning av legionellasmitte
 - o Sørger for tilstrekkelig dokumentasjon av planlagte og utførte tiltak, herunder verifisering i form av analyseresultater

Internkontroll innebærer også at alle avvik fra lovpålagte krav og egne rutiner skal håndteres slik at gjentakelse av samme type avvik unngås, at driftsansvarlige og andre som er involvert i arbeidet med forebygging av legionellasmitte, har tilstrekkelig og dokumentert kompetanse, og at det skjer en systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen slik at den oppdateres ved endrede risikoforhold og/eller ved ny kunnskap om risikoforhold.

I forbindelse med at saken er satt på dagsorden er kommunedirektøren, eller den kommunedirektøren bemyndiger, bedt om å møte i kontrollutvalget klokken 13.30 for å orientere om følgende

- kommunens rutiner for oppfølging for å sikre at egne innretninger, f.eks dusjanlegg, følges opp i samsvar med forskriften: krav til risikovurdering, regelmessig ettersyn for å gi tilfredsstillende vern mot Legionella.
- Har kommunen andre innretninger enn dusjanlegg som omfattes av forskriften? (kjøletårn, luftskrubbere, klimaanlegg med luftfukting etc)
- Ifølge delegeringsreglementet for Rødøy er avgjørelsesmyndighet etter Folkehelseloven delegert til kommunedirektør v/ Kommunalsjef Oppvekst og kultur. I samme reglement står det at Kommunalsjef Helse og omsorg har myndighet til å ta beslutninger knyttet til folkehelsearbeid. Hvordan er den interne arbeidsfordelingen når det gjelder beslutningsmyndighet på dette området?
- Har kommunen fattet avgjørelser /beslutninger med hjemmel i Folkehelseloven de siste 4 årene?

I tillegg kan kontrollutvalget ha ønske om å stille spørsmål i tilknytning til saken.

Forslag til vedtak:

Saken legges frem uten forslag til vedtak.

Inndyr, 22. august 2025

Lars Hansen
Sekretariatsleder

Fra: [WordPress](#)
Til: [Post Sekretariatet](#)
Emne: Melding til Salten kontrollutvalgsservice
Dato: onsdag 6. august 2025 15:07:52

Fra: <[your-email]>
Tlf:
Firma: [your-firm]
Adresse: [your-address]
Melding:

Hvilke rutiner har Rødøy kommune for å imøtekomme forskrift om miljørettet helsevern kapittel 3a. Krav om å hindre spredning av Legionella via aerosol?

Spør fordi dusjanlegg i tilknytning til gymsaler/svømmebasseng i lengre perioder ikke benyttes pga. skoleferier og relativ kort driftsperiode med "bassengsesong". Slike perioder uten drift gir vel de beste forutsetninger og grobunn for oppblomstring av legionella. Har selv kommet til slike anlegg og opplevd at sluker er gått tørre siden anlegget ikke har blitt brukt på lang tid (ikke sirkulert vann i systemet). Når våtrom da tas i bruk etter lengre driftstans er sjansen for spredning av legionella via aerosol aller størst.

SAK 23/25**Revisors uttalelse etter forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen: Rutiner ved utarbeidelse og avleggelse av årsregnskap, samt dokumentasjon og avstemming av regnskapsposter.****Saksgang:**
Kontrollutvalget**Møtedato:**
03.09.2025**Vedlegg:**

- BDO AS: Uavhengig revisors rapport om etterlevelse av bestemmelser og vedtak for økonomiforvaltningen.

Bakgrunn for saken:

Kommuneloven § 24-9 stiller krav til kontroll med kommunens økonomiforvaltning, ut over den kontroll som skjer ved ordinær regnskapsrevisjon:

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

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

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

Kontrollutvalget skal i henhold til Forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 3 «påse at regnskapsrevisorens påpekinger etter kommuneloven § 24-7 til § 24-9 blir rettet eller fulgt

opp. Hvis påpekingene ikke blir rettet eller fulgt opp, skal kontrollutvalget rapportere det til kommunestyret eller fylkestinget.»

Formålet med kontrollen er å forebygge svakheter og sikre at kommunen følger sentrale bestemmelser og vedtak innen økonomiforvaltningen.

For regnskapsåret 2024 har revisor valgt følgende tema: *Rutiner ved utarbeidelse og avleggelse av årsregnskap, samt dokumentasjon og avstemming av regnskapsposter.* Vedlagt saken er revisors uttalelse, datert 30. juni 2025 etter gjennomført etterlevelseskontroll.

Revisor har for regnskapsår 2024 kontrollert følgende:

- 1. Har kommunen en internkontroll som sikrer at årsregnskapet blir avlagt i samsvar med gjeldende bestemmelser? Er det utarbeidet skriftlige rutiner for avleggelse av årsregnskapet?*
- 2. Er årsregnskap og regnskapsposter dokumentert og avstemt for å sikre riktigheten av framlagt årsregnskap?*

Kontrollene er basert på følgende risikovurderinger fra revisors side:

- 1. Risiko for at årsregnskap og årsberetning avlegges for sent.*
- 2. Risiko for at regnskapsposter er feil som følge av manglende avstemming av regnskap og dokumentasjon av balanseposter.*

Revisors konklusjon er som følger:

Basert på de utførte handlingene og innhentede bevis i forbindelse med årsoppgjørsrevisjonen for 2024 er vi ikke blitt oppmerksomme på noe som gir oss grunn til å tro at Rødøy kommune ikke i det alt vesentlige har etterlevd bestemmelsene i lov og forskrift ved utarbeidelse av årsregnskap for 2024.

Etter at ny økonomisjef er tiltrådt vil vi anbefale at kommunens rutiner ved årsavslutning blir gjennomgått og at det utarbeides skriftlige rutiner for gjennomføring og dokumentasjon av årsoppgjørdisposisjoner og utarbeidelse av årsregnskap.

Revisor nevner følgende om grunnlag for sin konklusjon:

Som følge av særskilte forhold ved bemanningssituasjonen ved kommunens økonomikontor ble årsavslutning og utarbeidelse av årsregnskapet for 2024 utført ved hjelp av innleid ekstern bistand.

Vår kontroll har derfor i liten grad kunne kontrollere kommunens egne rutiner for årsavslutning.

Kommunens administrasjon har så vidt vi kjenner til ikke utarbeidet skriftlige rutiner for gjennomføring og dokumentasjon av årsoppgjørdisponeringer, slik det ble anbefalt i tidligere revisors attestasjon.

Vurdering;

Sekretariatet anbefaler at kontrollutvalget tar revisors uttalelse til orientering. I samsvar med revisors konklusjon anbefales at kontrollutvalget følger opp kontrollens funn ved å se til at *kommunens rutiner ved årsavslutning blir gjennomgått og at det utarbeides skriftlige rutiner for gjennomføring og dokumentasjon av årsoppgjørdisposisjoner og utarbeidelse av årsregnskap*. Revisors anbefaling er at dette gjennomføres etter at ny økonomisjef har tiltrådt. Ny økonomisjef har nylig tiltrådt, og det synes derfor hensiktsmessig at kontrollutvalget kommer tilbake til dette spørsmålet i neste møte.

Forslag til vedtak:

Rødøy kontrollutvalg har mottatt uttalelse datert 30. juni 2025 fra revisor etter at denne i samsvar med kommunelovens § 24-9 har gjennomført en forenklet etterlevelseskontroll hvor det er undersøkt etterlevelse av økonomiforvaltningen når det gjelder Rutiner ved utarbeidelse og avleggelse av årsregnskap, samt dokumentasjon og avstemming av regnskapsposter.

Uttalelsen tas til orientering.

Til kontrollutvalgets møte 3. desember 2025 ber kontrollutvalget kommunedirektøren om en skriftlig tilbakemelding om det er foretatt en gjennomgang av rutiner ved årsavslutning, og om det er utarbeidet skriftlige rutiner for gjennomføring og dokumentasjon av årsoppgjørdisposisjoner og utarbeidelse av årsregnskap.

Inndyr, 22. august 2025

Lars Hansen
Sekretariatsleder

Til kontrollutvalget i Rødøy kommune

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

Vi har utført et gjennomgang av Rødøy kommunes etterlevelse av bestemmelser og vedtak for økonomiforvaltningen på følgende områder:

Rutiner ved utarbeidelse og avleggelse av årsregnskap, samt dokumentasjon og avstemming av regnskapsposter.

1. Har kommunen en internkontroll som sikrer at årsregnskapet blir avlagt i samsvar med gjeldende bestemmelser? Er det utarbeidet skriftlige rutiner for avleggelse av årsregnskapet?
2. Er årsregnskap og regnskapsposter dokumentert og avstemt for å sikre riktigheten av framlagt årsregnskap?

Vi har vurdert at det foreligger følgende risikoer:

1. Risiko for at årsregnskap og årsberetning avlegges for sent.
2. Risiko for at regnskapsposter er feil som følge av manglende avstemming av regnskap og dokumentasjon av balanseposter.

Bakgrunn for at dette temaet ble valgt ut for kontroll er tidligere revisors rapport fra desember 2023 hvor det ble påpekt svakheter, og at revisor ba om at administrasjonen utarbeidet skriftlige rutiner for gjennomføring og dokumentasjon av årsoppgjørdisponeringer.

Kriterier er hentet fra:

Kommuneloven § 14-6

Forskrift om økonomiplan, årsbudsjett, årsregnskap og årsberetning for kommuner og fylkeskommuner mv. kapittel 4

Kommunens økonomireglement

Bokføringsloven § 11

Ledelsens ansvar for etterlevelse av bestemmelser og vedtak for økonomiforvaltningen

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

Vår uavhengighet og kvalitetskontroll

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

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

Våre oppgaver og plikter

Vår oppgave er å avgi en uttalelse om etterlevelse av bestemmelser og vedtak for økonomiforvaltningen på grunnlag av bevisene vi har hentet inn.

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

Grunnlag for konklusjon

Som følge av særskilte forhold ved bemanningssituasjonen ved kommunens økonomikontor ble årsavslutning og utarbeidelse av årsregnskapet for 2024 utført ved hjelp av innleid ekstern bistand. Vår kontroll har derfor i liten grad kunne kontrollere kommunens egne rutiner for årsavslutning. Kommunens administrasjon har så vidt vi kjenner til ikke utarbeidet skriftlige rutiner for gjennomføring og dokumentasjon av årsoppgjørdisponeringer, slik det ble anbefalt i tidligere revisors attestasjon.

Konklusjon

Basert på de utførte handlingene og innhentede bevis i forbindelse med årsoppgjørsrevisjonen for 2024 er vi ikke blitt oppmerksomme på noe som gir oss grunn til å tro at Rødøy kommune ikke i det alt vesentlige har etterlevd bestemmelsene i lov og forskrift ved utarbeidelse av årsregnskap for 2024.

Etter at ny økonomisjef er tiltrådt vil vi anbefale at kommunens rutiner ved årsavslutning blir gjennomgått og at det utarbeides skriftlige rutiner for gjennomføring og dokumentasjon av årsoppgjørdisposisjoner og utarbeidelse av årsregnskap.

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

BDO AS

Håkon Romuld
statsautorisert revisor
(elektronisk signert)

PENNEO

Signaturene i dette dokumentet er juridisk bindende. Dokument signert med "Penneo™ - sikker digital signatur". De signerende parter sin identitet er registrert, og er listet nedenfor.

"Med min signatur bekrefter jeg alle datoer og innholdet i dette dokument."

Romuld, Håkon

Partner

Serienummer: no_bankid:9578-5994-4-472774

IP: 188.95.xxx.xxx

2025-06-30 14:12:00 UTC



Dette dokumentet er signert digitalt via [Penneo.com](https://penneo.com). De signerte dataene er validert ved hjelp av den matematiske hashverdien av det originale dokumentet. All kryptografisk bevisføring er innebygd i denne PDF-en for fremtidig validering.

Dette dokumentet er forseglet med et kvalifisert elektronisk segl. For mer informasjon om Penneos kvalifiserte tillitstjenester, se <https://eutil.penneo.com>.

Slik kan du bekrefte at dokumentet er originalt

Når du åpner dokumentet i Adobe Reader, kan du se at det er sertifisert av **Penneo A/S**. Dette beviser at innholdet i dokumentet ikke har blitt endret siden tidspunktet for signeringen. Bevis for de individuelle signatørenes digitale signaturer er vedlagt dokumentet.

Du kan bekrefte de kryptografiske bevisene ved hjelp av Penneos validator, <https://penneo.com/validator>, eller andre valideringsverktøy for digitale signaturer.



SAK 24/25

Dialog med revisor

Saksgang:
Kontrollutvalget

Møtedato:
03.09.2025

Vedlegg:
a) Ingen

Bakgrunn for saken:

Saken har bakgrunn i oppgaver kontrollutvalget er pålagt etter Forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 3 Kontrollutvalgets oppgaver ved regnskapsrevisjon:

Kontrollutvalget skal holde seg løpende orientert om revisjonsarbeidet og påse at

- a. kommunens eller fylkeskommunens årsregnskaper blir revidert på en betryggende måte*
- b. regnskapsrevisjonen utføres i samsvar med lov, forskrift og kontrollutvalgets instrukser og avtaler med revisor*
- c. regnskapsrevisjonen blir utført av revisorer som oppfyller kravene i kapittel 2 og 3.*

Bestemmelsen retter seg mot revisors arbeid med regnskapsrevisjon, men revisors oppdrag omfatter i tillegg forvaltningsrevisjon, eierskapskontroll og ikke-lovpålagte kontroller med forvaltningen (mindre omfattende undersøkelser). Av denne grunn er det hensiktsmessig at revisor gir en bred orientering om status for sitt oppdrag, og at kontrollutvalget kan stille spørsmål, drøfte og gi innspill til revisor.

Utvalget skal i egne saker behandle revisors uttalelse til regnskap, rapporter fra forvaltningsrevisjon og fra eierskapskontroll, nummererte brev og revisors uttalelse til gjennomført etterlevelseskontroll. Tema utenom dette som naturlig hører med i utvalgets dialog med revisor vil være:

- Revisjonsplan (årlig)
- Revisors vurdering av egen uavhengighet (årlig)
- Status og funn ved gjennomføring av løpende regnskapsrevisjon. Status for gjennomføring av bestillinger innen forvaltningsrevisjon, eierskapskontroller og andre mindre omfattende undersøkelser
- Revisors valg av tema for etterlevelseskontroll og bakgrunn for valget
- Gjennomført kvalitetskontroll av revisor
- Revisors oppstartsmøte med administrasjonen

Til inneværende møte har revisor ikke kommunisert inn saker utenom det som behandles i egne saker: revisors uttalelse til regnskap, hhv revisors nummererte brev nr 2.

Forslag til vedtak:

Kontrollutvalget i Rødøy kommune tar dialog med revisor til orientering, herunder

Status / fremdrift for regnskapsrevisors arbeid:

-

Status / fremdrift innen forvaltningsrevisjon, eierskapskontroll etc:

-

Inndyr, 22. august 2025

Lars Hansen
Sekretariatsleder

SAK 25/25

Budsjett for kontroll og tilsyn 2026

Saksgang:
Kontrollutvalget**Møtedato:**
03.09.2025**Vedlegg:**
a) Ingen**Bakgrunn for saken:**

Kontrollutvalget skal i henhold til egen virksomhetsplan for 2025 behandle Budsjett for kontroll og tilsyn 2026 i sitt første møte på høsten.

Forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 2 pålegger kontrollutvalget å utarbeide forslag til budsjett for kontroll- og tilsynsarbeidet i kommunen:

Kontrollutvalget skal utarbeide forslag til budsjett for kontrollarbeidet i kommunen eller fylkeskommunen. Forslaget skal følge innstillingen til årsbudsjettet etter kommuneloven § 14-3 tredje ledd til kommunestyret eller fylkestinget.

Kommunaldepartementet har i veileder til forskriften følgende merknad:

Bestemmelsen viderefører den tidligere kontrollutvalgsforskriften § 18 første ledd. Den gir kontrollutvalget rett og plikt til å utarbeide forslag til budsjett for kontrollarbeidet i kommunen eller fylkeskommunen. I uttrykket kontrollarbeidet inngår da utgifter til kontrollutvalget, kontrollutvalgssekretariatet og revisjonen. Kontrollutvalgets forslag skal følge innstillingen om årsbudsjett, som går fra formannskapet til kommunestyret eller fylkestinget. Som en del av sin helhetlige budsjettinnstilling, tar formannskapet selv stilling til hvordan det mener budsjettet for

kontrollarbeidet bør være. Kontrollutvalgets budsjettforslag følger uendret saken. Det skal være klart og tydelig for kommunestyret hva kontrollutvalget har foreslått.

Henvisningen til kommuneloven § 14-3 tredje ledd sikrer at kontrollutvalgets forslag følger med innstillingen både i kommuner som er styrt etter formannskapsmodellen og kommuner som er styrt etter parlamentarismemodellen.

At forslaget skal følge innstillingen betyr også at kommunedirektøren ikke har adgang til å gjøre endringer i kontrollutvalgets forslag underveis i prosessen. Dette er også presisert i departementets tolkningsuttalelse i sak 20/2919-5. Her heter det at "[d]epartementet legger derfor til grunn at kommunedirektøren ikke kan endre eller redusere kontrollutvalgets budsjettforslag for kontrollarbeidet før det skal behandles i formannskapet."

I departementets tolkningsuttalelse i sak 20/2919-3 slås det fast at når kontrollutvalget oversender budsjettforslaget sitt, vil dette ikke være en rapportering om resultatene av sitt arbeid, jf. kommuneloven § 23-5 første punktum. Departementet legger derfor til grunn at § 23-5 ikke innebærer at kommunedirektøren skal gis anledning til å uttale seg før kontrollutvalget behandler saker som gjelder budsjettforslag for kontrollarbeidet.

Budsjett for kontroll- og tilsynsarbeidet i kommunen omfatter revisor, kontrollutvalg og sekretariat.

Utgifter til revisjon

Når det gjelder revisjon kjøper Rødøy kommune denne tjenesten hos BDO AS, etter at dette firmaet vant anbudskonkurransen som ble gjennomført i 2023. Avtaleperioden er 1.1.2024 - 31.12.2026, men kommunen har opsjon på 1 år ut over denne perioden.

- Regnskapsrevisjon (kommune og menighet)
- Forvaltningsrevisjon
- Eierskapskontroll

Rødøy kjøpte revisjonstjenester for kr 535 000 i 2022, kr 364 000 i 2023, og kr 406 525 i 2024. (I 2023 ble det ikke gjennomført forvaltningsrevisjon – kun eierskapskontroll). For 2025 ble det budsjettert en utgift til revisor med cirka kr 620 000. Det foreslås et budsjett på kr **645 000** for 2026 (4 % økning)

Utgifter til sekretariat

Salten kontrollutvalgsservice yter sekretariatstjenester til kommunene i Salten, også Rødøy. Det legges ikke opp til vesentlige endringer i driften fra 2025 til 2026. Sekretariatets representantskap budsjetterer med kr 2 879 000 i samlede utgifter og inntekter i 2026 (2025 - budsjett 2 742 000.).

Utgiftene fordeles kommunene imellom i samsvar med vedtatt Samarbeidsavtale (En tredjedel av utgiftene fordeles flatt mellom de 10 kommunene, en annen tredjedel fordeles ut fra innbyggertall, og den siste tredjedelen fordeles ut fra antall møte i hvert utvalg. Variasjoner i antall gjennomførte møter kan dermed påvirke utgiftsnivået til den enkelte kommune).

Rødøy kommunes utgifter til sekretariat i sist avlagte regnskapsår (2024) utgjorde kr 173 438. Kontrollutvalgets forslag til budsjett for 2025 (kontrollutvalgets sak 24/24) la til grunn utgifter på kr 150 000 i 2025, basert på fire møter dette året). Basert på representantskapets vedtatte budsjett for 2026, men også erfaringstall fra 2024, foreslås derfor at Rødøy kommune budsjetterer med utgifter på **kr 162 000** til sekretariat.

Utgifter til kontrollutvalget

For 2025 ble det fra kontrollutvalgets side budsjettert med kr 65 500 til kontrollutvalgets egne utgifter (kurs og opplæring, møtegodtgjørelse og andre driftsutgifter). Dette foreslås videreført, med en økning på 4 % til **68 000**.

Alle tall er basert på forventet aktivitet. Endret aktivitet kan medføre endret utgiftsnivå.

Oppsummert utgjør forslag til budsjett til kontroll og tilsyn følgende:

Regnskaps- og forvaltningsrevisjon, eierskapskontroll	Kr 645 000
Sekretærbistand	Kr 162 000
Kurs og opplæring, andre driftsutgifter	Kr 68 000
Sum	Kr 875 000

Forslag til vedtak:

Rødøy kommunes utgifter til tilsyn og kontroll (revisjon, sekretariat og kontrollutvalg) 2026 foreslås budsjettert til kr 875 000.

Regnskaps- og forvaltningsrevisjon, eierskapskontroll	Kr 645 000
Sekretærbistand	Kr 162 000
Kurs og opplæring, andre driftsutgifter	Kr 68 000
Sum	Kr 875 000

Kontrollutvalgets forslag til budsjettramme for kontroll- og revisjonsarbeidet oversendes formannskapet.

Inndyr, 22. august 2025

Lars Hansen
Sekretariatsleder

SAK 26/25**Orienteringer****Saksgang:**
Kontrollutvalget**Møtedato:**
03.09.2025**Vedlegg:**

- a) Statsforvalteren i Nordland: Rapport - Landsomfattende tilsyn - kommunale helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende eldre 2025 - 2026 - Rødøy 2025
- b) Forum for kontroll og tilsyn. Program fagkonferanse Gardermoen 03.-04. juni.
- c) Bodø kommune, barnevernstjenesten, udatert: Notat til kontrollutvalget 10. juni 2025

Bakgrunn for saken:

Mottatte og aktuelle dokumenter og henvendelser legges frem for kontrollutvalget til orientering, og vurdering av eventuell oppfølging. I tillegg til brev og andre henvendelser vil dette gjelde

- Innkallinger til representantskap og generalforsamlinger
- Uttalelser, tolkninger og annet fagstoff fra departement og interesseorganisasjoner innen kontroll og tilsyn (FKT og NKRF)
- Rapporter etter statlige tilsyn
- Henvendelser til kontrollutvalget

Vedlegg a) er rapport etter Statsforvalterens tilsyn med helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende eldre i kommunen. Hovedkonklusjonen i rapporten er at det er

Manglende systematikk i kartlegging, dokumentasjon og faglig oppfølging medfører at tjenesten i varierende grad fanger opp forverring i helsetilstanden hos hjemmeboende eldre. Når ansvarsforhold er uklare,

og det ikke finnes felles rutiner eller faste møtepunkter for vurdering og evaluering, svekkes muligheten til å sette inn riktige tiltak i tide. Dette kan føre til forsinket behandling, noe som videre kan føre til forverret helsetilstand og redusert livskvalitet for brukerne.

Samlet sett innebærer dette en svikt i tjenestene og et brudd på kravene til faglig forsvarlighet og systematisk styring etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6-9.

Kommunen er bedt om å lage og sende Statsforvalteren en plan for forbedringsarbeidet. Frist for dette er 31.8.2025. Kommunen skal deretter selv kontrollere at oppfølgingen av lovbrudd fører til forbedring i tjenesten slik at lovbrudd rettes. Her skal kommunen sende inn resultatet av egen kontroll innen 1.3.2026.

I vedlegg b) følger program for fagkonferansen som Forum for kontroll og tilsyn (FKT) avholdt på Gardermoen i begynnelsen av juni. Presentasjonene fra konferansen er tilgjengelig på Salten kontrollutvalgsservice sin nettside sekretariatet.no/nedlastinger.

Vedlegg c) er notat til Bodø kontrollutvalg i forbindelse med dette utvalgets oppfølging av vedtak angående forvaltningsrevisjon barnevern i Bodø kommune (bystyret sak 46/22). Ett av vedtakspunktene gjaldt oppdatering av samarbeidsavtaler for vertskommunesamarbeidet mellom Bodø og de andre kommunene (inkludert Rødøy). I notatet fremkommer det at det skal gjennomføres en evaluering av samarbeidet før arbeidet med oppdaterte avtaler slutføres.

Inndyr, 22. august 2025

Lars Hansen
Sekretariatsleder

Rapport - Landsomfattende tilsyn - kommunale helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende eldre 2025 - 2026 - Rødøy 2025

Tidsrom for tilsynsbesøket:

26.05.25-28.05.25

Statsforvalteren i Nordland 08.07.2025

Oppfølging av tilsynet

Ved dette tilsynet ble det avdekt lovbrudd/avvik. Kontakt etaten som har utført tilsynet for status på lovbruddet/avviket.

Innholdsfortegnelse

- [Sammendrag](#)
- [1. Tilsynets tema og hvordan vi har gjennomført tilsynet](#)
- [2. Rettslig grunnlag for tilsynet](#)
- [3. Kommunens organisering og styringssystem for hjemmebaserte tjenester](#)
- [4. Presentasjon av faktum og vurdering av funnene](#)
- [5. Hovedkonklusjon](#)
- [6. Oppfølging av påpekte lovbrudd](#)
- [Alle tilsynsrapporter fra dette landsomfattende tilsynet](#)

Åpne innholdsfortegnelse
Sammendrag 1. Tilsynets tema og hvordan vi har gjennomført tilsynet
2. Rettslig grunnlag for tilsynet
3. Kommunens organisering og styringssystem for hjemmebaserte tjenester
4. Presentasjon av faktum og vurdering av funnene
5. Hovedkonklusjon
6. Oppfølging av påpekte lovbrudd
Alle tilsynsrapporter fra dette landsomfattende tilsynet

Statsforvalteren i Nordland gjennomførte tilsyn med Rødøy kommune 26.05.25-28.05.25. Vi undersøkte om kommunen sikrer at hjemmetjenesten identifiserer forverring i helse- og funksjonsnivå hos hjemmeboende eldre, og at det ved forverring blir fulgt opp med nødvendige tiltak.

Tilsynet ble gjennomført som del av et landsomfattende tilsyn initiert av Statens helsetilsyn. Utkast til rapport fra tilsynet ble oversendt 18.06.25 der kommunen ble bedt om å gi tilbakemeldinger på faktagrunnlaget dersom de oppdaget feil. Vi mottok ikke tilbakemelding fra kommunen.

Endelig rapport vil bli publisert på nettsidene til Statens helsetilsyn.

Med hilsen

Beate Iren Johansen (e.f.)
underdirektør

Linn Adele Orø Sund
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk godkjent

Sammendrag

Statsforvalteren i Nordland har gjennomført tilsyn med hjemmetjenesten i Rødøy kommune. Vi undersøkte om kommunen sikrer at hjemmetjenesten identifiserer forverring i helse- og funksjonsnivå hos hjemmeboende eldre og at det ved forverring blir fulgt opp med nødvendige tiltak.

Tilsynet er gjennomført som del av et landsomfattende tilsyn iverksatt av Statens helsetilsyn.

Tidsrommet for tilsynsbesøket: 26.05.25 avsluttet med oppsummerende møte 28.05.25.

Statsforvalterens konklusjon:

Manglende systematikk i kartlegging, dokumentasjon og faglig oppfølging medfører at tjenesten i varierende grad fanger opp forverring i helsetilstanden hos hjemmeboende eldre. Når ansvarsforhold er uklare, og det ikke finnes felles rutiner eller faste møtepunkter for vurdering og evaluering, svekkes muligheten til å sette inn adekvate tiltak i tide. Dette kan føre til forsinket behandling, noe som videre kan føre til forverret helsetilstand og redusert livskvalitet for brukerne.

Samlet sett innebærer dette en svikt i tjenestene og et brudd på kravene til faglig forsvarlighet og systematisk styring etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6-9.

1. Tilsynets tema og hvordan vi har gjennomført tilsynet

Landsomfattende tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester for perioden 2025-2026 dreier seg om ivaretagelse av grunnleggende behov hos eldre som bor hjemme. Dette tilsynet er en av flere tilsynsaktiviteter som blir gjennomført i løpet av disse to årene, og inngår i den overordnede tilsynssatsningen på helse- og omsorgstjenester til eldre i perioden 2024-2027.

Tema for denne tilsynsaktiviteten er om forverring i helse- og funksjonsnivå hos hjemmeboende eldre blir identifisert, og om forverring blir fulgt opp med nødvendige tiltak. Tilsynet er avgrenset til å gjelde hjemmeboende eldre over 75 år og som har langvarig behov for helsehjelp i hjemmet.

Tilsynet har som formål å rette oppmerksomheten mot betydningen av tidlig oppdagelse av forverring i helsetilstand og funksjonsnivå hos eldre, og hva som kreves av kommunen for å ivareta dette. For pasienten kan tidlig oppdagelse av forverring bety høyere grad av livskvalitet og selvstendighet, samt bedre behandlingsmuligheter med økt sjanse for effektiv behandling. Tidlig oppdagelse kan også forhindre at mindre helseutfordringer utvikler seg til en alvorlig tilstand, som igjen kan redusere behovet for sykehusinnleggelser. Samtidig kan det avlaste pårørende og være samfunnsøkonomisk gunstig.

Tilsynet bygger på systemrevisjon som metode for å se sammenhengen mellom praksis og kommunes styring av tjenesten og arbeid med kvalitetsforbedring. Det er kommunens ansvar som virksomhet som har vært utgangspunkt for tilsynet, og undersøkelsene har bestått av dokument- og journalgjennomgang, intervjuer og pasienterfaringer. Vi har ikke overprøvd enkeltsaker, men har brukt informasjon fra pasientjournaler for å se om kommunens praksis er et resultat av systematisk styring og forbedringsarbeid.

Pasientenes tilbakemeldinger og erfaringer med hjemmebasert helsehjelp er viktig informasjon for å belyse kvaliteten på tjenesten og kommunens praksis. Et utvalg pasienter har besvart en

spørreundersøkelse utarbeidet for dette tilsynet. Normeringen av god praksis er nærmere konkretisert i rapportens kapittel 4-1 og 4.2.

2. Rettslig grunnlag for tilsynet

Tilsynet er gjennomført som et lovlighetstilsyn med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 og helsetilsynsloven § 4. Vi gir her en oversikt over hvilke lov- og forskriftsbestemmelser som er lagt til grunn i dette tilsynet.

2.1 Krav til forsvarlighet

Forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, som stiller krav til innholdet i tjenester som kommunen tilbyr. Forsvarlighetskravet innebærer at tjenestene skal være en viss kvalitet og omfang, de skal ytes i tide og være helhetlige og koordinerte.

2.2 Krav til systematisk styring og kvalitetsforbedring

Kravet om forsvarlighet henger tett sammen med kravet om å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og bruker- og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2.

Forsvarlighetskravet omfatter videre en plikt for kommunen til å legge til rette for at helsepersonellet kan oppfylle sine plikter. I dette tilsynet innebærer det undersøkelser av om kommunen legger til rette for at helsepersonell kan yte forsvarlig helsehjelp etter helsepersonelloven § 4 og oppfylle dokumentasjonsplikten i helsepersonelloven § 39.

Kravet om å legge til rette for forsvarlige tjenester i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 omfatter også å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenesten. Denne delen av forsvarlighetskravet henger sammen med kommunens overordnede ansvar for å iverksette tiltak som sikrer at virksomhetens aktiviteter blir planlagt, gjennomført, evaluert og korrigert i samsvar med krav fastsatt i lov og forskrift, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten tydeliggjør og utdyper innholdet i kravet til styring og kvalitetsforbedring.

2.3 Pasient- og brukerrettigheter

Pasienten/pårørende har rett på informasjon og til å medvirke i de ulike valg som skal gjøres i forbindelse med et behandlingsforløp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1, 3-2, 3-3 og 3-5. Involveringen er videre viktig for å sikre at hjemmetjenesten har oppdatert informasjon om pasienten.

3. Kommunens organisering og styringssystem for hjemmebaserte tjenester

Kommunens styringssystem for de hjemmebaserte tjenestene skal være tilpasset kommunens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og være dokumentert i den form og omfang som er nødvendig for å sikre at praksis er i tråd med lovpålagte krav.

I dette kapitlet gir vi en kort presentasjon av kommunens organisering og styringssystem for hjemmebaserte tjenester. Presentasjonen har ikke til hensikt å gi en full oversikt over alle styringsaktiviteter- og prosesser, men er tilpasset de opplysninger som kom fram i tilsynet med størst betydning for tilsynets tema.

Rødøy kommune er en liten kommune med ca. 1200 innbyggere og ligger i skjæringspunktet Salten/Helgeland. Det er utfordrende geografi i kommunen med mange øyer og fergeforbindelser. Kommunesenteret ligger på Vågaholmen og der ligger også kommunens et av to sykehjem, som også

er base for den delen av hjemmetjenesten vi har undersøkt. Kommunen har også en base på Rødøya, med fire brukere av hjemmetjenester. Da ikke alle var i vår målgruppe, ble de ikke innlemmet i tilsynet.

Hjemmetjenesten har for tiden en konstituert leder som har vært i stillingen siden august 2024. Leder for hjemmetjenesten har ukentlige møter med ledergruppa i kommunen og det er kommunalsjef helse og omsorg som kaller inn til og leder møtene. Det skrives ikke referat fra disse møtene. Kommunalsjef helse og omsorg var ikke til stede under tilsynet, men hadde en stedfortreder som fulgte tilsynet fra oppstartsmøtet til oppsummerende møte. Vedkommende har stillingstittel spesialkonsulent og har et nært samarbeid med kommunalsjefen i det daglige.

Kommunalsjefen har ukentlige møter med kommunaldirektøren. Ut fra informasjonen vi fikk i intervju med kommunaldirektøren, fremstod det som at han hadde god oversikt over sektor omsorg, som hjemmetjenesten er organisert under.

Hjemmetjenesten består av totalt 13 ansatte inkludert leder. Av disse 13 er det en vernepleier (leder), 6 sykepleiere, 2 helsefagarbeidere, 2 hjelpepleiere og to assistenter, der den ene er fast vikar.

Statsforvalteren har ikke fått tilsendt styrende dokumenter i forkant av tilsynet. Kommunen har ikke utarbeidet organisasjonskart og har ikke stillingsbeskrivelser for noen av stillingene i organisasjonen. Hjemmetjenesten bruker Digipro og har tilgang på rutiner gjennom denne portalen. Vi ba om å få en oversikt over hvilke rutiner hjemmetjenesten aktivt bruker og mottok da kartleggingsskjema, News observasjonskurve, opplæring ansatt, vurderingsverktøy for fallrisiko (Stratify), vurdering av risiko for underernæring (MST) og et organisasjonskart som var laget for anledningen. Samtlige skjema var skrevet ut fra Digipro og var ikke tilpasset lokale forhold. Det viste seg underveis i tilsynet at kartleggingsskjemaet vi mottok var til bruk for saksbehandler og brukes ved hjemmebesøk og tildeling av tjenester.

Underveis i intervjuene fremkom det at tjenesten har flere rutiner de benytter som Statsforvalteren ikke hadde fått informasjon om. Dette var arbeidsliste for sykepleier/ vernepleier på topp, rutiner for dag/aften/nattevakt, sykepleierrutiner, ansvarsvaks rutiner og sjekkliste for utstyr. Det viste seg etter hvert at disse rutinene, unntatt de to siste, gjelder kun for sykehjemmet.

Kommunen bruker Compilo som avvikssystem. Vi ba om å få oversendt avvikene knyttet til hjemmetjenesten de siste seks månedene, men vi fikk beskjed før ankomst om at det ikke var noen avvik registrert av eller på hjemmetjenesten i den perioden. Underveis i tilsynet viste det seg at det var ett avvik som var meldt, der en person som hadde fått tildelt trygghetsalarm ikke var registrert som bruker i hjemmetjenesten.

Kommunen kjøper journalsystem gjennom Bodø kommune og bruker for tiden Gerica. I praksis innebærer dette at Bodø kommune styrer tilganger til journalsystemet og det er Bodø kommune vi har forholdt oss til for å få oversendt journaler.

Hjemmetjenesten bruker mobiltelefon (LMP) for å lese tiltaksplan når de er ute hos brukerne i hjemmetjenesten. Appen på mobilen er utformet slik at den ansatte ser informasjon om pasienten og tiltaksplanen. Det er kun anledning til å kvittere ut oppdraget, og man må logge seg på Ipad eller pc for å dokumentere ut over dette.

4. Presentasjon av faktum og vurdering av funnene

Vurderinger av kommunens praksis bygger på Helsedirektoratets nasjonale faglige råd, «Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand», Helsedirektoratet nasjonale veileder, "Oppfølging av personer med store og sammensatte behov" og relevant fagteori om sykepleie.

I dette kapitlet vil Statsforvalteren presentere faktum vi har lagt til grunn og hvordan vi har vurdert faktumet opp mot lovkravene som er undersøkt i tilsynet. Hvert undersøkelsesområde presenteres hver for seg med Statsforvalterens vurdering.

I forkant av tilsynet ba vi om å få tilsendt ti pasientjournaler på pasienter over 75 år og der det hadde vært en forverring i helsetilstanden. Dette lot seg ikke gjøre ettersom utvalget i kommunen ikke tillot det. Tjenesten har rundt 20 tjenestemottakere og vi har derfor gjennomgått journaler til 13 pasienter, der 3 av pasientene var rett i underkant av 75 år og det var heller ikke alle som hadde hatt ei forverring i helsetilstanden. Vi mener likevel at vi ut fra utvalget har fått et bilde av praksis og ser en tendens i pasientoppfølgingen.

Vi hadde intervju med 9 av de 13 ansatte i hjemmetjenesten, noen i hver stillingsgruppe. Vi ba i forkant av tilsynet hjemmetjenesten om å dele ut et spørreskjema til brukerne av hjemmetjenesten. Vi fikk svar fra 8 brukere.

4.1. Om kommunen identifiserer forverring i helsetilstand og funksjonsnivå hos hjemmeboende eldre

Normering av god praksis for å identifisere forverring i helsetilstand og funksjonsnivå

Statsforvalteren har for undersøkelsen tatt utgangspunkt i målepunkter som er vesentlige for å kunne identifisere forverring i helsetilstand og funksjonsnivå. Målepunktene er hver for seg og samlet en angivelse av god praksis, og innebærer at hjemmetjenesten:

- fanger opp nye eller endrede symptomer og tegn som skal føre til handling, også utover det som er beskrevet i pasientens journal eller tiltaksplan
- dokumenterer og formidler observasjoner på en måte som gjør det mulig å følge med på utvikling over tid
- bygger observasjoner på oppdatert informasjon om pasientens helsetilstand og funksjonsnivå
- følger med på om behandlingstiltak har ønsket effekt
- regelmessig og systematisk vurderer pasientens helsetilstand og funksjonsnivå

Hvorvidt avvik fra god praksis innebærer brudd på kravet om forsvarlige tjenester avhenger av hvor stort avviket fra god praksis er, omfanget og hvilken risiko og konsekvens avviket har for pasientene. Kommunens praksis med å følge med på pasientens helsetilstand og funksjonsnivå.

De ansatte i hjemmetjenesten jobber også inne på sykehjemmet, Alderstun. På hver vakt er en av de ansatte satt opp til å være ute i hjemmetjenesten. Det fremkom i intervju at det hovedsakelig er hjelpepleier, helsefagarbeider eller assistent som blir satt til å være ute, ettersom det skal være sykepleier tilgjengelig inne på sykehjemmet. Dersom det skal gjøres helsefaglige oppgaver hos noen i hjemmetjenesten, blir det tatt høyde for dette, og det blir da satt opp sykepleier ute. Når arbeidsplanen settes opp, blir det vektlagt at vedkommende som skal være ute i hjemmetjenesten er trygg på arbeidsoppgavene og har kjennskap til brukerne.

I journalgjennomgangen så vi at brukerkortene hos flere av brukerne ikke var oppdatert. Det var ikke ført opp journalansvarlig. I samtale med flere av lederne i kommunen, fremkom det at ingen visste hvem som var journalansvarlig og heller ikke at dette var et lovkrav. I intervju med de ansatte fremkom det at ingen av brukerne i hjemmetjenesten har primærkontakt. Vi oppfattet at tjenesten ikke hadde sett behov for å ha primærkontakter og de vektla at tjenesten hadde oppført pårørende som de kunne kontakte ved behov. Det var i det hele tatt forskjell på rutinene inne på sykehjemmet og i hjemmetjenesten.

I samtale med leder fikk vi informasjon om at det var en legeoppgave å vurdere samtykkekompetanse hos brukerne, og å registrere dette i journalen til brukeren. Ved journalgjennomgang fant vi at det var gjort en slik vurdering, men at denne vurderingen fremgikk av saksopplysninger i tilknytning til pasientens vedtak om tjenester og ikke overført til journal.

Det eksisterer få skriftlige dokumenter som beskriver styringssystemet i kommunen, og vi mottok ingen dokumenter som beskrev styringen i forkant av tilsynet. Det fremkom i samtale med lederne i kommunen at kommunen ikke har organisasjonskart, men det ble laget et organisasjonskart for helse og omsorg i Rødøy til oss for anledningen. Videre er det ingen stillingsbeskrivelser eller andre dokumenter som viser ansvarsfordeling i organisasjonen, og følgelig heller ikke i hjemmetjenesten.

På forespørsel fikk vi oversendt prosedyrene som er i bruk i hjemmetjenesten. Ved gjennomgang av disse, viste det seg at de fleste beskriver arbeidsoppgaver på sykehjemmet og ikke i hjemmetjenesten. Rutine for ansvarsvakt inneholder fire kulepunkter, men ingen av punktene beskriver hva ansvaret innebærer. Vi fikk også utskrift av skjema for vurdering av risiko for underernæring (MST) og skjema for vurdering av fallrisiko. Begge er utskrevet fra Digipro. I intervju fikk vi informasjon om at det er lite skjemaer i bruk i tjenesten. Skjemaene er tilgjengelig for de ansatte, men det er ikke praksis for å bruke disse.

Da vi fikk oversendt kartleggingsskjema i forkant av tilsynet, utgikk vi fra at det var hjemmetjenesten som brukte dette for å kartlegge nye pasienter. Det fremkom etter hvert i intervju at dette skjemaet blir benyttet av saksbehandleren i kommunen når vedkommende skal tildele tjenester.

Saksbehandler overfører brukeropplysninger og IPLOS-registrering til Gerica og makulerer deretter skjemaet. Opplysningene fra kartleggingen overføres muntlig til avdelingsleder i hjemmetjenesten i møter som avholdes ukentlig. Hjemmetjenesten har ingen selvstendig kartlegging av nye brukere, men utformer tiltak på bakgrunn av informasjon som fremkommer i disse møtene. Det skrives ikke referat fra disse møtene. I en av journalene stod det i vedtaket at brukeren skulle ha tilsyn med fokus på ernæring. I tiltaksplanen til brukeren er det kun ført opp tilsyn for trygging.

Alle brukerne i hjemmetjenesten har tiltaksplaner, men det er varierende hvor beskrivende disse er. Det foreligger ingen rutine eller beskrivelse av hvem som har ansvar for å holde tiltaksplanene oppdatert, men ifølge de ansatte er dette et ansvar alle har og har fått opplæring i å gjøre. Vi fikk også informasjon om at det i tjenesten er to superbrukere i Gerica og at en av dem har gitt tilbud til alle om kompetanseheving før ferien.

Ved gjennomgang av journaler fant vi at de fleste ansatte dokumenterte opplysninger om pasienten i løpende journal eller sammenfattet all journaldokumentasjon under et tiltaksområde. Dette var praksis selv om alle pasientene hadde tiltaksplan med flere tiltak. Det ble forklart at de ansatte kun har anledning til å kvittere ut besøket på mobilen de bærer med seg, og må logge seg på pc for å få tilgang til å dokumentere under det aktuelle tiltaket.

Journalssystemet var utformet slik at assistenter og helsefagarbeidere ikke hadde tilgang til PLO-meldinger. Dette hadde tjenesten løst ved å klippe ut PLO-meldinger og lime inn i løpende journal, slik at alle ansatte kunne holde seg oppdatert. Vi fikk informasjon om at ansvarsvakt skal sjekke pc for PLO-meldinger. I rutinen for ansvarsvakt står det at PLO skal sjekkes to ganger per vakt. I tillegg følges dette opp av avdelingsleder og saksbehandler i kommunen.

Dersom det var behov for å gi beskjeder, ble det brukt beskjedbok på vaktrommet. Alle vi snakket med var kjent med beskjedboka og sjekket den før de dro ut på ruta. Vi fikk beskrevet at beskjedboka var plassert rett ved bilnøkkelen, så det var naturlig å se i beskjedboka før man kjørte ut. Vi så i journalen at løpende journal ble brukt til å formidle beskjeder, og disse var gjerne også ført opp i beskjedboka. Selv om journalssystemet hadde en funksjon for å utveksle beskjeder var denne lite i bruk. Flere av de ansatte sa at de ikke hadde satt seg inn i dette fordi de uansett skulle gå over til et nytt journalsystem om ikke lenge.

Det gjennomføres personalmøter jevnlig, 3-4 møter årlig. Det legges til rette for at de ansatte som ikke har vakt kan delta på Teams. Det skrives referat fra møtene, som legges i felles Teamsgruppe. Det diskuteres lite brukerinformasjon på disse møtene ettersom personalet på kjøkkenet også deltar på møtene. Ut over personalmøter er det ingen møtearenaer der de ansatte kan drøfte og evaluere tjenester til de ulike brukerne.

Statsforvalterens vurdering

Selv om saksbehandler i kommunen foretar ei grundig kartlegging av nye pasienter, har hjemmetjenesten et selvstendig ansvar for å foreta ei faglig vurdering ved oppstart, for å sikre at tjenestene som gis er forsvarlige og tilpasset brukerens faktiske behov. Det er et krav at alle pasienter skal vurderes for risiko for underernæring ved oppstart av helse- og omsorgstjenester og deretter etter en gitt frekvens. Det var gjennomgående lite kartlegging av brukerne, selv der det var anført at de skulle følge med på ernæring eller at bruker var plaget med svimmelhet. Når hjemmetjenesten ikke har praksis for selv å kartlegge pasienter ved oppstart av helsetjenester, vil det være en risiko for at tiltakene ikke bygger på riktig og oppdatert informasjon om brukerens helsetilstand og funksjonsnivå. Dette gjelder også når det ikke er et system for å holde informasjon om pasienten oppdatert.

Tjenesten har ikke etablert et system for å sikre bruker- og pårørendemedvirkning, eksempelvis i form av primærkontakt. Selv om tjenesten visste hvem som var nærmeste pårørende og hadde god kontakt med disse, var det ikke etablert et system som sikret at bruker og pårørende kunne kontakte en kjent person i tjenesten ved behov. Det er ikke et lovkrav at brukerne i hjemmetjenesten skal ha primærkontakt, men er anbefalt fra Helsedirektoratet for å sikre koordinerte og helhetlige tjenester, og for å ivareta bruker- og pårørendemedvirkningen.

4.2 Om forverring blir fulgt opp med nødvendige tiltak

Normering av god praksis for å iverksette nødvendige tiltak ved forverring i helse- og funksjonsnivå

Statsforvalteren har i undersøkelsen tatt utgangspunkt i at pasienter skal få rett hjelp til rett tid. Hvilke tiltak som er nødvendige ved forverring hos pasienten vil avhenge av hvor akutt situasjonen er, og hva forverringen består i.

Statsforvalteren har tatt utgangspunkt i følgende målepunkter, som hver for seg og samlet, gir en angivelse av god praksis. God praksis for oppfølging med nødvendige tiltak, innebærer at hjemmetjenesten:

- følger opp med kartlegging og vurdering når det er nødvendig for å få en klarere forståelse av forverringen
- gjennomfører nødvendige tiltak, undersøkelser og målinger ved behov
- endrer tiltakene i helsehjelpen ved behov
- kontakter andre instanser for vurdering av tiltak, bistand eller faglig veiledning når dette er påkrevd
- kontakter fastlege eller andre instanser for å vurdere behov for endret behandling eller omsorgsnivå

Hvorvidt avvik fra god praksis innebærer brudd på kravet om forsvarlige tjenester avhenger av hvor stort avviket fra god praksis er, omfanget og hvilken risiko og konsekvens avviket har for pasientene.

Kommunens praksis for å iverksette nødvendige tiltak ved forverring i helse- og funksjonsnivå

Kartlegging og faglig vurdering ble i liten grad dokumentert i forbindelse med oppdaget forverring i tilstanden. Praksis i tjenesten var at de ansatte ga beskjed til avdelingsleder, som kontaktet saksbehandler, når det var behov for økte tjenester. Tiltak ble ofte igangsatt før saksbehandler hadde fattet vedtak, dersom hjemmetjenesten vurderte at det var nødvendig. Endringer som medførte behov for hyppig oppfølging eller vesentlig endring av tiltak, førte oftest til innleggelse i KAD eller korttidsopphold.

Journalene vi har gjennomgått viser at det ikke er en konsekvent praksis for å registrere IPLOS på brukerne i hjemmetjenesten. Dette bekreftes av både ansatte og ledere i tjenesten. Vi fikk informasjon om at det er rutiner for å registrere IPLOS på pasientene på sykehjemmet hver tredje måned, men det eksisterer ikke rutiner for dette i hjemmetjenesten. Hos en av pasientene ble det tatt IPLOS i august 2024 og vedkommende fikk da 2,70 i skår. Det ble i april 2025 tatt ny IPLOS og skåren hadde da økt til 3,60 uten at det har vært revisjon av tiltaksplanen eller nedtegnelser om dette i journalen. Et annet eksempel er en bruker som opplever forverring av helsetilstanden i januar 2025, som resulterer i sykehusinnleggelse i mars 2025. Her er IPLOS ikke oppdatert siden 2020.

I journalen til en annen bruker med kjent kognitiv svikt, fant vi hyppige registreringer over en periode på seks måneder på at brukeren sa hen hadde spist, selv om det ikke var spor etter det. Det var også nedtegnelser i journal som tilsa at tjenesten ofte kastet gammel mat, og at middagsmat som var gjort klar ikke hadde blitt spist. Tjenesten fulgte opp vekt på vedkommende, men observasjonene utløste ingen form for evaluering eller endring av tiltaket.

Vi fant at det er praksis i hjemmetjenesten for å ta målinger (blodtrykk, puls og vekt) på alle brukere i hjemmetjenesten månedlig. Ifølge avdelingsleder er det tjenesten som ønsker å følge med på dette, og alle ansatte er opplært i bruk av måleinstrumenter. Vi kunne ikke finne at det var foretatt faglige vurderinger knyttet opp mot målingene. De ansatte hadde lav terskel for å ta målinger av brukerne, ettersom de har med seg utstyrssekk i bilen til enhver tid. Vi fikk informasjon om at de ansatte var behjelpelig med å hjelpe brukerne å få legetime hos sin fastlege hvis tjenesten eller brukeren så behov for det.

I samtale med de ansatte får vi informasjon om at de ansatte vet hvem de skal kontakte dersom de har behov for å rådføre seg. I første omgang skal ansvarsvakt konsulteres, ettersom dette skal være sykepleier. Vi fant likevel at det ikke alltid var sykepleier tilgjengelig på vakt. Vi fikk da informasjon om at avdelingsleder eller lege kunne kontaktes. Dette var ikke nedskrevet noe sted, men alle de ansatte visste dette.

Gjennom samtaler med de ansatte fikk vi inntrykk av at terskelen er lav for å kontakte fastlege eller sykehus dersom noe var uavklart rundt pasientene. Flere av sykepleierne opplyste at de kunne ta opp problemstillinger knyttet til brukere i hjemmesykepleien med sykehjemslege når det var ukentlig visitt. Kommunen har fire legehjemler, men bare to er besatt. Sannsynligheten er derfor stor for at sykehjemslegen også er fastlege for flere av pasientene i hjemmetjenesten.

Avdelingsleder har stort fokus på kompetanseheving for de ansatte. Det er utarbeidet en kursoversikt over ulike kurs de ansatte må ta. Gjennom DigiPro helse har de ansatte tilgang på både prosedyrer og kurs. Leder får jevnlig rapporter fra DigiPro over hvilke kurs de ansatte har tatt og kan på denne måten følge med på den enkelte. Alle ansatte har tatt ProAct og tjenesten har med seg sekk med utstyr til målinger når de er ute i hjemmetjenesten. Gjennom intervju med de ansatte, er det tydelig at de ansatte er sin egen kompetanse bevisst og at de tar kontakt med ansvarsvakt eller lege når det er behov. Ut fra journalene vi har sett gjennom, er det tilsynelatende god elektronisk kommunikasjon (PLO-meldinger) mellom hjemmetjenesten og legetjenesten angående pasientene. Det foreligger ingen samhandlingsrutine mellom legetjenesten og hjemmetjenesten der forventninger er avklart, men i hjemmetjenesten var det en felles oppfatning om at legene skulle benytte Gerica, blant annet for å registrere legemidler og *samtykkekompetanse*. Ledelsen i kommunen og hjemmetjenesten var ikke samstemt i om lege skulle ha tilgang til Gerica, eller om det var tjenesten sitt ansvar å oppdatere journal, med utgangspunkt i opplysninger gitt av lege gjennom samtale eller PLO- meldinger.

I forkant av tilsynet, delte hjemmetjenesten ut spørreskjema til alle brukerne i hjemmetjenesten ettersom vi hadde bedt om tilgang til alle journalene. Spørreskjemaene ble ikke merket da hjemmetjenesten samlet de inn og vi vet derfor ikke om vi har fått svar fra de brukerne vi gjennomgikk journalene til. Vi har likevel valgt å referere til spørreundersøkelsen fordi vi tenker at den gir et innblikk i brukernes opplevelse av hjemmetjenesten. Fem av åtte svarer at de har en fast person i kommunen de kan kontakte dersom de har behov. Det er uvisst om denne personen er ansatt i hjemmetjenesten, eller om det er lege eller andre de refererer til.

Statsforvalterens vurdering

Det er gjennomgående høy observasjonskompetanse hos de ansatte i hjemmetjenesten. Tjenesten tar målinger av sine brukere på regelmessig basis, og følger på denne måten med på utviklingen i brukernes tilstand. Målingene er ikke knyttet til et dokumentert behov for oppfølging, ikke faglig vurdert eller ordinert av lege. Tjenesten har ikke en felles praksis for hvor observasjoner skal dokumenteres og evalueres, og det vil derfor være utfordrende å følge med på utvikling over tid.

Ansvarsforholdene i tjenesten er uklare, og det er ikke definert møtepunkter for å drøfte eller evaluere brukere og om tiltak har ønsket effekt. I nasjonale faglige råd er det spesifisert at virksomheten bør ha skriftlige rutiner for systematiske observasjoner av pasienters vitale funksjoner. Rutinene bør spesifisere hvem som skal kontaktes og hvordan dette skal foregå.

Det er også et faglig råd at virksomheten bør etablere rutiner for varsling og respons ved tegn på forverret tilstand. Selv om de ansatte kjenner brukerne godt og har lav terskel for å kontakte annet medisinsk personell, vil det være risiko knyttet til vurderinger av brukernes tilstand når det ikke er etablert et system som sikrer at dette blir gjort.

5. Hovedkonklusjon

Her presenterer vi konklusjonen av vår undersøkelse, basert på vurderingene i kapittel 4. Manglende systematikk i kartlegging, dokumentasjon og faglig oppfølging medfører at tjenesten i varierende grad fanger opp forverring i helsetilstanden hos hjemmeboende eldre. Når ansvarsforhold er uklare,

og det ikke finnes felles rutiner eller faste møtepunkter for vurdering og evaluering, svekkes muligheten til å sette inn riktige tiltak i tide. Dette kan føre til forsinket behandling, noe som videre kan føre til forverret helsetilstand og redusert livskvalitet for brukerne.

Samlet sett innebærer dette en svikt i tjenestene og et brudd på kravene til faglig forsvarlighet og systematisk styring etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6-9.

6. Oppfølging av påpekte lovbrudd

Kommunen har et selvstendig ansvar for å etterleve krav til forsvarlige tjenester. I dette kapittelet redegjør vi for hva vi forventer kommunen skal gjøre i prosessen med å rette påpekte lovbrudd, slik at kravene til kvalitet og sikkerheten for pasienten blir ivarettatt.

For at tiltak skal føre til forbedret praksis, forutsetter Statsforvalteren at kommunen setter seg inn i tilsynsrapportens kapittel 3 og 4 i sin planlegging og gjennomføring av forbedringsarbeidet. Det er opp til kommunen selv å bestemme hvordan lovbruddet skal følges opp for å forbedre hjemmetjenestens oppfølging av hjemmeboende eldre.

For at tilsynet skal kunne avsluttes er det nødvendig at kommunen oversender dokumentasjon. Det omfatter i første omgang en plan for forbedringsarbeidet, med kommunens egne frister og angivelse av hvordan kommunen vil følge med på at om de iverksatte tiltakene fører til forbedring av tjenestene. Vi ber om at slik plan sendes oss innen 31.08.25.

Kommunen må selv kontrollere at oppfølgingen av lovbrudd fører til forbedring i tjenesten slik at påpekte lovbrudd rettes. Dokumentasjon på kommunens egen kontroll med resultatet sendes Statsforvalteren innen 01.03.26. Dokumentasjonen skal også omfatte beskrivelse av hvordan et forbedret styringssystem er egnet til å etablere ny praksis, og hvordan praksis kan følges opp over tid.

Endelig rapport oversendes Statens helsetilsyn for publisering på <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/>.

Med hilsen

Beate Iren Johansen
underdirektør

Linn Sund
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk godkjent



Forum for
kontroll og tilsyn

FAGKONFERANSE / ÅRSMØTE

Velkommen til fagkonferanse på Quality Airport Hotel

GARDERMOEN

3. — 4. juni

Tirsdag 03. juni

09:00 Registrering

10:00 **ÅPNING**

Elisabeth Aspaker / tidl. statsforvalter i Troms og Finnmark

10:30 **HVORDAN IVARETA HABILITET OG ROLLEFORSTÅELSE NÅR KOMMUNEN ER
ELLER ØNSKER Å VÆRE EN AKTØR?**

inkl. pause Cathrine Kjenner Forsland / ordfører Nesodden kommune

Sjur Authen / rådmann Vestby kommune

Bjørn Halvor Wikasteen / seniorrådgiver K-sekretariatet IKS

Paneldebatt

13:00 Lunsj

14:00 **TILLIT OG ÅPENHET – TO SIDER AV SAMME SAK**

Einar Øverenget / filosof, foredragsholder, forfatter og spaltist.

Agnar Kaarbø / politisk redaktør Kommunal Rapport

Kristin Dubland Marken/ byrådssekretær byrådsavdeling for finans, Oslo k

J. Henrik Bjørge / Advokat, spesialrådgiver, NHO Service og Handel

Paneldebatt

15:30 Pause

Tirsdag 03. juni / Årsmøte

15:45 Registrering til årsmøte

16:00 Årsmøte

18:45 Aperitiff

19:00 Felles middag på hotellet

Onsdag 04. juni

09:00 **INTERKOMMUNALT SAMARBEID - MULIGHETER OG BEGRENSNINGER**

Tonje Areng Skaara / utredningsleder Kommunal- og distriktsdepartementet

09:35 **HVA KAN VI GJØRE FOR Å SIKRE BÆREKRAFTIGE KOMMUNER?**

I denne sammenhengen er bærekraft knyttet til hvordan knapphet på kompetanse, kapasitet og økonomiske ressurser påvirker kommunen evne til å produsere gode tjenester til innbyggerne.

Tage Pettersen / Stortingsrepresentant (H), tidl. KU-leder

Bjørn Gudbjørgrud / styreleder Norsk kommunedirektørforum

10:15 Pause/utsjekking

10:40 Geir Vinsand / Nivi Analyse

11:10 Paneldiskusjon

11:30 Lunsj

12:30 **FOREBYGGING AV VOLD SKOLEN**

Øyfrid Geiring / seniorrådgiver Arbeidstilsynet

13:30 Pause

13:40 **POLITIKK OG MAKT**

Halvor Tjønn / journalist og forfatter

Hvorfor vi har så vanskelig med skjønne hvordan makt utøves i vårt naboland?

14:55 **AVSLUTNING**

Line FUSDahl / styreleder FKT

Notat til kontrollutvalget møte 10. juni 2025

Oppfølging av bystyrets vedtak (46/22) forvaltningsrevisjon barnevern (4. gangs behandling)

Det er bedt om redegjøring for

- 1. Rapportens anbefalinger var blant annet at det 2. Bør utarbeides oppdaterte rutinebeskrivelser økonomihåndbok og ta med vertskommunesamarbeid i disse oppdateringene. Ved behandling av sak 19.1.2024 om oppfølging av bystyrets vedtak, fikk kontrollutvalget opplyst at dette er satt på vent som en følge av innføring av nytt fagprogram. Kontrollutvalget legger til grunn at innføring av nytt fagprogram må komme før oppdatering av rutinebeskrivelsene.**

Barneverntjenesten vil ta i bruk nytt fagprogram i løpet av juni 2025. Økonomimedarbeider i barneverntjenesten er en viktig aktør i gruppen som har jobbet med anskaffelsen, samt prosessen vi nå er inne i for å ta i bruk nytt fagprogram. Vedkommende ivaretar at rutinebeskrivelser knyttet til økonomi blir funksjonell i forhold til at tjenesten er organisert som et vertskommunesamarbeid med til sammen 7 deltakerkommuner.

- 2. Rapportens anbefaling 3 var en anbefaling om at vertskommunesamarbeidsavtalene bør oppdateres, og at det bør også henvises til eksterne avtaler om fordeling av kostnader hvis dette foreligger. Utvalget behandlet sak 15.10.2024 om oppfølging av denne anbefalingen og vedtok da følgende:**

1. Kontrollutvalget har i samsvar med Forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 5 gjennomført en oppfølging av bystyrets vedtak i sak 11/22 Økonomisk styring og internkontroll Barnevern – anbefaling 3 Vertskommuneavtale.
2. Administrasjonen har redegjort for på hvilken måte bystyrets vedtak er fulgt opp. Kontrollutvalget registrerer at utkast til avtale sendes ut til samarbeidskommunene i løpet av neste uke. Videre at økonomiavdelingen skal vurdere selvkostforholdene ved det økonomiske mellomværende mellom vertskommune og samarbeidskommunene. Dette arbeidet vil starte etter at økonomiavdelingens arbeid med budsjett 2025 er avsluttet (6. november).
3. Kontrollutvalgets vedtak oversendes bystyret til orientering. Utvalget kommer tilbake med rapportering til bystyret i senere møte

Det ble i oktober sendt ut utkast til likelydende vertskommuneavtaler med alle deltakerkommunene. 12. februar 2025 ble det gjennomført møte med de fleste kommunene i samarbeidet. I dette møtet ble det konkludert med at det var ønskelig med en evaluering av organiseringen av tjenesten – sterke sider og utfordringer med nåværende organisering, knyttet til økonomi og ressursbruk, kvalitet i tjenesten, rekruttering samt samhandling med andre aktører innenfor oppvekstfeltet. Hamarøy kommune har på vegne av tjenesten, søkt om skjønnsmidler til dette arbeidet, og vi har nylig fått tildelt 450 000 kr til dette arbeidet.



SAK 27/25

Eventuelt

Saksgang:
Kontrollutvalget

Møtedato:
03.09.2025

Vedlegg:

Forslag til vedtak:

Inndyr, 22. august 2025

Lars Hansen
Sekretær for kontrollutvalget