



Møteinnkalling

Utval:	Stord kommune, Kontrollutvalet
Møtestad:	Stord rådhus, Formannskapssalen
Dato:	20.04.2023
Tid:	14:00

Dagsplan for kontrollutvalet:

Kl. 11.45 - 13.30 Deloitte har kurs i kommunestyresalen om prosjektstyring/oppfølging/fallgruver

Kl. 14.00 Ordinært kontrollutvalsmøte med sakshandsaming i formannskapssalen

Øvrig informasjon:

Dersom nokon av medlemmene ikkje kan møte og må melde forfall, vert dei bedne om å gjere dette så tidleg som råd er ved å ringa til Hogne Haktorson tlf. 911 05 982.

Til varamedlemar er denne innkallinga å sjå på som ei orientering.

Dersom det vert aktuelt at varamedlemar må møta, vil det bli gjeve nærmare beskjed.

Det er alt kjent at Amram Hadida vert innkalla som vara for Tore Jubskås.

Fung. rådmann og/eller medarbeidarar vil gje orientering frå møtestart - i sak PS 11/23, evt. og om utvalet ønskjer anna informasjon.

Fredrik Litleskare
kontrollutvalsleiar

Hogne Haktorson
kontrollsjef

Dokumentet er godkjent elektronisk og har difor ingen handskriven underskrift

Kopi: Vararepresentantar til kontrollutvalet
Ordførar
Revisor
Rådmann

Sakliste

Utvals- saknr	Innhald	Arkiv- saknr	U.Off
	Godkjenningssaker		
GK 3/23	Godkjenning av innkalling og sakliste		
GK 4/23	Godkjenning av møteprotokoll frå møte 14.02.2023	2022/209	
	Politiske saker		
PS 11/23	Konstituert rådmann orienterer om arbeid med etikk og missleg framferd i Stord kommune	2023/354	
PS 12/23	Forvaltningsrevisjon om effektivitet og kvalitet i tenester til personar med utviklingshemming - rapport	2022/154	
PS 13/23	Eigarskapskontroll av overordna eigarskapsforvaltning - Forslag til prosjektplan	2023/355	
PS 14/23	Møteplan hausten 2023 for kontrollutvalet	2022/332	
PS 15/23	Årsmelding 2022 for Stord kontrollutval	2022/233	
PS 16/23	Gjennomgang av møteprotokollar i Stord kommune	2022/36	
PS 17/23	Eventuelt	2022/28	
	Referat saker		
RS 4/23	Nytt fra FKT februar 2023	2022/33	
RS 5/23	Folkevalgtopplæringen etter kommune- og fylkestingsvalget 2023	2022/206	

GK 3/23 Godkjenning av innkalling og sakliste



Saksframlegg

Saksnr: 2022/209-26
Saksbehandlar: Hogne Haktorson

Saksgang

Utval	Utv.saksnr.	Møtedato
Stord kommune, Kontrollutvalet	4/23	20.04.2023

Godkjenning av møteprotokoll frå møte 14.02.2023

Forslag til vedtak

Møteprotokoll frå møte i kontrollutvalet 14.02.2023 vert godkjent.

Hogne Haktorson
kontrollsjef

Saksframlegget er godkjent elektronisk og har difor inga handskriven underskrift

Vedlegg

- 1 Møteprotokoll etter møte i Stord kontrollutval 14.02.23.pdf

**Møteprotokoll**

Utval:	Stord kommune, Kontrollutvalet
Møtestad:	Stord rådhus, Formannskapssalen
Dato:	14.02.2023
Tid:	14:00 - 17:15

Følgjande faste medlemer møtte:

Namn	Funksjon	Representerer
Fredrik Liltleskare	Leiar	H
Stian Djuvsland	Nestleiar	FRP
Astrid-Cecilie F. Aleksandersen	Medlem	AP

Følgjande medlemer hadde meldt forfall:

Namn	Funksjon	Representerer
Tore Jubskås	MEDL	SP
Gunnhild Kristin Borlaug	MEDL	FRP

Følgjande varamedlemer møtte:

Namn	Møtte for	Representerer
Torbjørn Marthinsen	Gunnhild Kristin Borlaug	FRP

Merknader

Varamedlem Amram Hadida skulle møta for Tore Jubskås, men meldte avbod møtedagen. Det var ikkje andre varamedlemer som kunne møta på så kort varsel.

Andre som møtte

Namn	Stilling
Mariann Jacobsen Hilt	Fung. rådmann (sak PS 2/23)
Marianne Heggholmen Aarbø	Økonomisjef (sak PS 2/23)
Lovise Vestbøstad	Plansjef (sak PS 1-4/23 og PS 10/23 del A)
Arne Bjelland	Einingsleiar (sak PS 2/23)
Siren Eldøy Hinderaker	Personal- og organisasjonssjef (sak PS 1-4/23)
Else Holst-Larsen	Partner i Deloitte AS (sak PS 1-8/23 og PS 10/23 del A)
Annbjørn Ryssdal	Forvaltningsrevisor Deloitte AS (sak PS 1-8/23 PS 10/23 del A)
Hogne Haktorson	Kontrollsjef, sekret. for kontrollutvalet i Vestland fylkeskommune

Fredrik Liltleskare
utvalsleiar

Hogne Haktorson
utvalssekretær

Dokumentet er godkjent elektronisk og har difor inga handskriven underskrift

Sakliste

Utvals- saknr	Innhald	Arkiv- saknr	U.Off
	Godkjenningssaker		
GK 1/23	Godkjenning av innkalling og sakliste		
GK 2/23	Godkjenning av møteprotokoll frå møte 01.12.2022	2022/209	
	Politiske saker		
PS 1/23	Støymåling ved Eldøyane industriområde - orientering frå rådmannen	2022/334	
PS 2/23	Rådmannen orienterer om kommunal økonomisk berekraft i Stord kommune	2022/230	
PS 3/23	Forvaltningsrevisjon innan plan- og byggesakshandsaming - oppfølging	2022/279	
PS 4/23	Forvaltningsrevisjon innan beredskap - oppfølging	2022/248	
PS 5/23	Informasjon frå NKRF sin kontrollutvalskonferanse 2023.	2022/206	
PS 6/23	Forvaltningsrevisjon effektivitet og kvalitet i tenester til utviklingshemma - statusrapport	2022/154	
PS 7/23	Godkjenning av rullert plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2020 - 2024	2022/243	
PS 8/23	Bestilling av forvaltningsrevisjon eller eigarskapskontroll	2022/243	
PS 9/23	Gjennomgang av møteprotokollar i Stord kommune	2022/36	
PS 10/23	Eventuelt	2022/28	
	Referat saker		
RS 1/23	Sekretariat for kontrollutvalet frå 01.01.2023.	2022/289	
RS 2/23	Spørsmål om valgt revisor og håndtering av personopplysninger sendt fra Datatilsynet	2022/335	
RS 3/23	Invitasjon til FKTs fagkonferanse 31. mai -1. juni	2022/33	

GK 1/23 Godkjenning av innkalling og sakliste

Saksprotokoll 14.02.2023 - Stord kommune, Kontrollutvalet

Behandling i møte

Det var ingen merknader til innkalling og sakliste.

Vedtak

Innkalling og sakliste vart samrøystes godkjent.

GK 2/23 Godkjenning av møteprotokoll frå møte 01.12.2022

Forslag til vedtak

Møteprotokoll frå møte i kontrollutvalet 01.12.2022 vert godkjent.

Saksprotokoll 14.02.2023 - Stord kommune, Kontrollutvalet

Behandling i møte

Forslag til vedtak vart samrøystes vedteke.

Vedtak

Møteprotokoll frå møte i kontrollutvalet 01.12.2022 vert godkjent.

PS 1/23 Støymåling ved Eldøyane industriområde - orientering frå rådmannen

Forslag til vedtak

Kontrollutvalet tar informasjonen til orientering.

Saksprotokoll 14.02.2023 - Stord kommune, Kontrollutvalet

Behandling i møte

Plansjef Lovise Vestbøstad orienterte. Hennar orientering vil bli ettersendt til sekretariatet og gjort tilgjengeleg for kontrollutvalet sine medlemmar i etterkant. I samtale mellom kontrollutval og plansjef var ein bl.a. innom dette:

1. Kost / nytte ift. måleinstrument
2. Det er andre årsaker til støy enn aktivitet i verksemder, td. vind.

3. Varsling til nærliggande ved forventet støy
4. Kommuneplanarbeid,, arealdel, har starta opp. Nye støysonekart vil koma.

Vedtak.

Kontrollutvalet tar informasjonen til orientering.

PS 2/23 Rådmannen orienterer om kommunal økonomisk berekraft i Stord kommune

Forslag til vedtak

1. Kontrollutvalet tar fung. rådmann si orientering om kommunal økonomisk berekraft i Stord kommune til orientering.
2. Utvalet ber om ei ny orientering frå rådmannen i første kontrollutvalsmøte i 2024, med frist for levering av notat eller alternativt skriftleg tilfang til sekretariatet innan 15.01.2024.

Saksprotokoll 14.02.2023 - Stord kommune, Kontrollutvalet

Behandling i møte

God orientering frå fung. rådmann, økonomisjef og einingsleiar. Kommunen har gjort mykje godt arbeid med kartlegging på området.

Økonomisjef orienterte bl.a. om økonomiske måltal.

Einingsleiar opplyste at det er avdekka vedlikehaldsetterslep på kr. 74 mill. kroner så langt, og at heile 46 mill. av desse gjeld kulturhuset. Elles er det etterkvart mange nyare bygg, derav Nysæter ungdomsskule som skal offisielt opnast i dag. Det vil bli utarbeidda oppdaterte tal for veg, vatn og avlaup i løpet av vårhalvåret 2023. På den bakgrunn var det semje om å endra datoar for ny orientering.

Partner Else Holst-Larsen i Deloitte kom innom problemstillingar relatert til kommunale barnehagar opp mot private barnehagar.

Vedtak i saka var samrøystes.

Vedtak

1. Kontrollutvalet tar fung. rådmann, økonomisjef og einingsleiar si orientering om kommunal økonomisk berekraft i Stord kommune til orientering.
2. Utvalet ber om ei ny orientering frå rådmannen i kontrollutvalsmøte 21.09.2023, med frist for levering av notat eller alternativt skriftleg tilfang til sekretariatet innan 31.08.2023.

PS 3/23 Forvaltningsrevisjon innan plan- og byggesakshandsaming - oppfølging

Forslag til vedtak

1. Kontrollutvalet ber rådmannen koma med ny skriftleg status på oppfølging av punkt 4 etter forvaltningsrevisjon av plan og byggesakshandsaming i Stord kommune, til møte i utvalet 21.09.2023.
2. Kontrollutvalet inviterer og rådmannen til å gje ei munnleg orientering.
3. Ny statusrapport vert å senda til sekretariatet innan 31.08.23.

Saksprotokoll 14.02.2023 - Stord kommune, Kontrollutvalet

Behandling i møte

Plansjef Lovise Vestbøstad orienterte. I samtale mellom kontrollutval og plansjef var ein bl.a. innom dette:

- Det er kome nytt program innan byggesak.
- Utfordring ved at det var feil i nasjonale sjekklister.
- Forvaltningsrevisjon skjerpar dei tilsette.
- Ny eining innan tekniske tenester må gå seg til.

Etter sams drøfting vert det ikkje teke med spesifikke punkt i forslag til vedtak, pkt. 1.

Forslag til vedtak, inkl. redigering av pkt. 1, vart samrøystes vedteke.

Vedtak

1. Kontrollutvalet ber rådmannen koma med ny skriftleg status på oppfølging etter forvaltningsrevisjon av plan og byggesakshandsaming i Stord kommune, til møte i utvalet 21.09.2023.
2. Kontrollutvalet inviterer og rådmannen til å gje ei munnleg orientering.
3. Ny statusrapport vert å senda til sekretariatet innan 31.08.23.

PS 4/23 Forvaltningsrevisjon innan beredskap - oppfølging

Forslag til vedtak

1. Kontrollutvalet ser positivt på det forbetningsarbeidet som er utført i samband med forvaltningsrevisjon innan beredskap i Stord kommune.
2. Utvalet ber rådmannen koma med ny skriftleg status, særleg for pkt. B2 og B3, til møte i utvalet 21.09.2023.
3. Ny statusrapport vert å senda til sekretariatet innan 31.08.23.

Saksprotokoll 14.02.2023 - Stord kommune, Kontrollutvalet

Behandling i møte

Personal- og organisasjonssjef Siren Eldøy Hinderaker orienterte. Ho informerte bl.a. om at arbeidsgruppe innan beredskap har hatt 3 møter til no. Tema innan overordna revidering, tiltak ROS-analyse, øvingar og logg varslingsystem.

I samtale med kontrollutvalet i etterkant, var ein bl.a. innom dette:

- Risikoområde IKT-tenester og Straum.
- Døme frå barnehagesektoren om ulovlege epost-adresser
- Vekentlege e-postar i oktober, som er nasjonal tryggleiksmånad.
- Eigen dag med leiarane i kommunen i desember vedr. beredskap.

Forslag til vedtak vart samrøystes vedteke

Vedtak

1. Kontrollutvalet ser positivt på det forbetningsarbeidet som er utført i samband med forvaltningsrevisjon innan beredskap i Stord kommune.
2. Utvalet ber rådmannen koma med ny skriftleg status, særleg for pkt. B2 og B3, til møte i utvalet 21.09.2023.
3. Ny statusrapport vert å senda til sekretariatet innan 31.08.23.

PS 5/23 Informasjon frå NKRF sin kontrollutvalskonferanse 2023.

Forslag til vedtak

Kontrollutvalet tar informasjonen til orientering.

Saksprotokoll 14.02.2023 - Stord kommune, Kontrollutvalet

Behandling i møte

Kontrollutvalsleiar gav ei svært god skildring av tema som var oppe på kontrollutvalskonferansen.

Vedtak

Kontrollutvalet tar informasjonen til orientering.

PS 6/23 Forvaltningsrevisjon effektivitet og kvalitet i tenester til utviklingshemma - statusrapport

Forslag til vedtak

Kontrollutvalet tar informasjonen til orientering.

Saksprotokoll 14.02.2023 - Stord kommune, Kontrollutvalet

Behandling i møte

Forvaltningsrevisor Annbjørg Ryssdal orienterte.

- Prøver å halda frist for levering til kontrollutvalet / sekretariatet, men har ikkje motteke all informasjon frå kommunen i tide.
- Nokre fleire timar brukt enn tildelt ift. stadie i revisjonen, men prøver å henta dei inn.

Kontrollutvalet merka seg utfordringa med å motta informasjon frå kommunen i tide. Det kan medføra forseinking samt auka kostnader og bør unngåast seinare.

Forslag til vedtak vart samrøystes vedteke.

Vedtak

Kontrollutvalet tar informasjonen til orientering.

PS 7/23 Godkjenning av rullert plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2020 - 2024

Forslag til vedtak

Kontrollutvalget godkjenner rullert plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2020 – 2024 slik den ligg føre.

Saksprotokoll 14.02.2023 - Stord kommune, Kontrollutvalet

Behandling i møte

Kontrollutvalet hadde ei grei drøfting av utkast til rullert plan for forvaltningsrevisjon.

Forslag til vedtak vart samrøystes vedteke.

Vedtak

Kontrollutvalget godkjenner rullert plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2020 – 2024 slik den ligg føre.

PS 8/23 Bestilling av forvaltningsrevisjon eller eigarskapskontroll

Forslag til vedtak

1. Kontrollutvalet har intensjon om at det vert gjennomført slik revisjon:
.....
2. Utvalet ber Deloitte om å levera forslag til prosjektplan i tråd med dei føringar utvalet har gjeve, inkl. føremål, problemstillingar, evt. avgrensingar, ressursbruk og leveringstidspunkt.
3. Utvalet ber om at prosjektplan vert levert til sekretariatet seinast 28.03.2023.
4. Kontrollutvalet handsamar prosjektplanen i møte 20.04.2023.

Saksprotokoll 14.02.2023 - Stord kommune, Kontrollutvalet

Behandling i møte

Utvalet drøfta først om det skulle gjennomførast forvaltningsrevisjon eller eigarskapskontroll. Ettersom det er gjennomført fleire forvaltningsrevisjonar men ingen eigarskapskontrollar denne valperioden, samla utvalet seg om å gjennomføra eigarskapskontroll av generell eigarstyring. Under samtalen var det drøfta heileigde kommunale/fylkeskommunale selskap sett ift. deleigde, Sunnhordlandsrådet IKS og Sunnhordland lufthavn AS som drifrar Stord lufthavn, er døme på heileigde. Kommunen si eigarskapsmelding var og nemnt.

Vedtak

1. Kontrollutvalet har intensjon om at det vert gjennomført eigarskapskontroll av generell eigarstyring.
2. Utvalet ber Deloitte om å levera forslag til prosjektplan i tråd med dei føringar utvalet har gjeve, inkl. føremål, problemstillingar, evt. avgrensingar, ressursbruk og leveringstidspunkt.
3. Utvalet ber om at prosjektplan vert levert til sekretariatet seinast 28.03.2023.
4. Kontrollutvalet handsamar prosjektplanen i møte 20.04.2023.

PS 9/23 Gjennomgang av møteprotokollar i Stord kommune

Forslag til vedtak

Kontrollutvalet tar møteprotokollane til orientering.

Saksprotokoll 14.02.2023 - Stord kommune, Kontrollutvalet

Behandling i møte

Grunna forfall og vararepresentasjon, vart ikkje protokollane frå Formannskapet og Utval for plan og utvikling gjennomgått i møtet. Det var ikkje særskilte merknader til øvrige protokollar.

Vedtak i saka var samrøystes.

Vedtak

Kontrollutvalet tar møteprotokollane frå Kommunestyret, Utval for rehabilitering, helse og omsorg og Utval for oppvekst og kultur til orientering.

PS 10/23 Eventuelt

Forslag til vedtak

Saka vert lagt fram utan forslag til vedtak.

Saksprotokoll 14.02.2023 - Stord kommune, Kontrollutvalet

Behandling i møte

A) Byggesak på Haga.

Saka har vore omtalt tidlegare i kontrollutvalet, under eventuelt. Det vil bli handsaming i Stord kommune, og kontrollutvalet ønskjer å få vedtak i saka som referatsak.

B) Orientering om etikk og missleg framferd.

Kontrollutvalet har tidlegare fått informasjon frå rådmannen om etikk. Det er ønskeleg å be om ny orientering til neste kontrollutvalsmøte og at informasjon generelt gjeldande missleg framferd kan takast samstundes.

C) Budsjett 2023 for kontrollutvalet.

Sekretariatet orienterte om kontrollutvalet sitt budsjett for 2023.

Vedtak i saka var samrøystes.

Vedtak

A) Byggesak på Haga.

Jmf. tidlegare evnt.sak i kontrollutvalet, ønskjer utvalet kommunen sitt vedtak i saka som referatsak.

B) Orientering om etikk og missleg framferd.

Kontrollutvalet ber om at fung. rådmann informerer om etikk, samt generelt om missleg framferd, for kontrollutvalet i møte 20.04.2023..

C) Budsjett 2023 for kontrollutvalet.

Kontrollutvalet tar informasjonen til orientering.

RS 1/23 Sekretariat for kontrollutvalet frå 01.01.2023.

Saksprotokoll 14.02.2023 - Stord kommune, Kontrollutvalet

Behandling i møte

Utvalseiar gav uttrykk for at han var vel nøgd med val av sekretariat, noko han og har uttrykt i eigen epost.

Vedtak i saka var samrøystes.

Vedtak

Referatsaka vart teken til orientering.

RS 2/23 Spørsmål om valgt revisor og håndtering av personopplysninger sendt fra Datatilsynet

Saksprotokoll 14.02.2023 - Stord kommune, Kontrollutvalet

Behandling i møte

Vedtak i saka var samrøystes.

Vedtak

Referatsaka vart teken til orientering.

RS 3/23 Invitasjon til FKTs fagkonferanse 31. mai -1. juni

Saksprotokoll 14.02.2023 - Stord kommune, Kontrollutvalet

Behandling i møte

Deltaking på konferansen vert å drøfta på neste møte i kontrollutvalet, ettersom det møtet kjem før påmeldingsfristen.

Vedtak i saka var samrøystes.

Vedtak

Deltaking på konferansen vert å drøfta på neste møte i kontrollutvalet.



Saksframlegg

Saksnr: 2023/354-2
Saksbehandlar: Hogne Haktorson

Saksgang

Utval	Utv.saksnr.	Møtedato
Stord kommune, Kontrollutvalet	11/23	20.04.2023

Konstituert rådmann orienterer om arbeid med etikk og misleg framferd i Stord kommune

Forslag til vedtak

1. Kontrollutvalet tar informasjonen til orientering
2. Utvalet tilrår at tilsvarende sak vert sett på sakslista i siste møte i 2024.

Samandrag

Føremålet med denne saka er at kontrollutvalet skal få orientering frå konstituert rådmann på korleis status er i Stord kommune når det gjeld arbeid med etikk og misleg framferd.

Hogne Haktorson
kontrollsjef

Saksframlegget er godkjent elektronisk og har difor inga handskriven underskrift

Saksutgreiing

Bakgrunn for saka

Sekretariatet sende slik epost til Stord kommune 20.02.23:

Her er vedtak i sak PS 10/23 Eventuelt, underpkt. B, frå kontrollutvalet i Stord kommune sitt møte 14.02.23.

«B) Orientering om etikk og misleg framferd.
Kontrollutvalet ber om at fung. rådmann informerer om etikk, samt generelt om misleg framferd, for kontrollutvalet i møte 20.04.2023.»

Påskrift frå sekretariatet.

- Kontrollutvalet har tidlegare fått informasjon om kommunen sitt arbeid med etikk, ved eit par høve.
- Det var den gongen utvalet sin tanke å få slik informasjon med jamne mellomrom.
- No er det lenge sidan sist, og kontrollutvalet meiner tida er inne for å be om informasjon att.
- I tillegg ønskjer kontrollutvalet denne gongen også informasjon relatert til misleg framferd.

Det er altså ønskeleg at no konstituert rådmann orienterer kontrollutvalet om status når det gjeld arbeid med etikk og misleg framferd i Stord kommune. Ei slik orientering **kan t.d. innehalde slike opplysningar**:

1. Kva er gjort på etikk området siste året?
2. Kva er planlagt å gjera innan etikk det neste året?
3. Er det gjennomført dilemmatrening?
4. Er det halde kurs eller seminar om etikk?
5. Generell informasjon om omfang og handtering av eventuell misleg framferd i kommunen
6. Osv.

Omgrepet misleg framferd vert definert slik i revisjonsstandar ISA 240

<https://www.revisorforeningen.no/fag/standarder-og-veiledninger/revisjonsstandardene/> :

«En bevisst handling begått av en eller flere personer innen ledelsen, av personer som har overordnet ansvar for styring og kontroll, av ansatte eller av andre, som innebærer uredelighet for å oppnå en urettmessig eller ulovlig fordel.»

KS og Transparency International Norge (TI Norge) har laga ei dilemmasamling om refleksjon rundt etikk og antikorrupsjon i kommunar og fylkeskommunar som finns på denne lenkja: [Dilemmasamling for kommuner og fylkeskommuner - Forum for kontroll og tilsyn \(fkt.no\)](#)

Det vil vera ei føremon om det også vert orientert om kommunen har laga eit **antikorrupsjonsprogram** eller har vurdert å lage eit slikt program. Jf. i den forbindelse «Håndbok i antikorrupsjon – Beskytt kommunen» som du finn på denne lenkja: [Beskytt-kommunen-Handbok-i-antikorrupsjon.pdf \(ks.no\)](#)

Vedtakskompetanse

Kontrollutvalet har vedtakskompetanse i sak der utvalet vil innhente informasjon, jf. kommuneloven § 23-2.

Vurderingar og verknader

Konstituert kommunedirektør er som nemnt over blitt invitert til møtet for om lag to månader sidan. Det vert vist til informasjonen overfor om kva som kan vera aktuelt som deltema for slik informasjon.

Konklusjon

Sekretariatet tilrår at kontrollutvalet tar informasjonen til orientering, samt kjem med tilråding om at kontrollutvalet i neste valperiode handsamar tilsvarande sak i siste møte i 2024. Då kan ein og høyra med nytilsett rådmann / kommunedirektør kva tankar vedkomande har på dette feltet.



Saksframlegg

Saksnr: 2022/154-34
Saksbehandlar:Hogne Haktorson

Saksgang

Utval	Utv.saksnr.	Møtedato
Stord kommune, Kontrollutvalet	12/23	20.04.2023

Forvaltningsrevisjon om effektivitet og kvalitet i tenester til personar med utviklingshemming - rapport

Forslag til innstilling

På bakgrunn av gjennomført forvaltningsrevisjon om effektivitet og kvalitet i tenester til personar med utviklingshemming, ber kommunestyret rådmannen syta for å:

1. Arbeida vidare med å tilby eit tilstrekkeleg variert arbeids- og aktivitetstilbod som er tilpassa behova og ønska til brukarane.
2. Sikra at personar som har fått vedtak om støttekontakt får innfridd tenestene, ev. vurderer alternative ordningar i ein overgangsperiode.
3. Sikra systematisk oppfølging og førebygging av sjukefråvær i alle avdelingar i eining for habilitering.
4. Arbeida vidare med å sikra at tilsette og vikarar får tilstrekkeleg opplæring i avviksrutinar og kva som skal meldast som avvik, samt sørjja for tilbakemelding til meldar og at avvik blir brukt til læring og forbetring av tenestene.
5. Utarbeida kompetanseplanar for eining for habilitering og underliggende avdelingar.
6. Etablera system for å henta inn og gjera bruk av erfaringar frå brukarar og deira pårørande i forbetningsarbeid.
7. Kommunestyret ber også om at rådmannen lagar ein prioritert handlingsplan til kontrollutvalet innan 31.08.2023 som viser kva tiltak som skal setjast i verk for å følgja opp tilrådingane i rapporten, når tiltaka skal setjast i verk og kven som skal ha ansvaret for iverksettinga.

Samandrag

Deloitte har no gjort ferdig forvaltningsrevisjon om effektivitet og kvalitet i tenester til personar med utviklingshemming og revisjonsrapport er levert. Føremålet med denne saka er at kontrollutvalet skal handsama rapporten og vedta innstilling til kommunestyret som gjer endeleg vedtak.

Hogne Haktorson
kontrollsjef

Saksframlegget er godkjent elektronisk og har difor inga handskriven underskrift

Vedlegg

- 1 Ferdig rapport - forvaltningsrevisjon av effektivitet og kvalitet i tenester til personar med utviklingshemming - Stord kommune.pdf

Saksutgreiing

Bakgrunn for saka

Kontrollutvalet bestilte i møte 26.04.2022 forvaltningsrevisjon om effektivitet og kvalitet i tenester til utviklingshemma. Prosjektplanen vart justert litt og endeleg bestilling vart sendt Deloitte 16.05.22, etter at utvalsmedlemmane hadde fått høve til å koma med merknader.

Av den godkjende prosjektplanen går det fram at føremålet med forvaltningsrevisjonen er:

Føremålet med prosjektet vil vere å undersøke om Stord kommune har system for å sikre effektive og kvalitativt gode helse- og omsorgstenester til personar med utviklingshemming.

Med bakgrunn i prosjektet sitt føremål har revisjonen formulert følgjande problemstillingar:

1. I kva grad har Stord kommune etablert **strategi og planar** for å sikre nødvendig kapasitet og kompetanse innan tenestene til personar med utviklingshemming når det gjeld:
 - a) Normalsituasjon
 - b) Pandemisituasjon eller ved andre kritiske hendingar
2. I kva grad dekker **tilbodet** innan tenester til personar med utviklingshemming behovet for tenester?
 - a) Korleis er Stord kommune sine kostnader til tenester til utviklingshemma samanlikna med relevant KOSTRA gruppe?
 - b) I kva grad er tilbodet dimensjonert effektivt med omsyn til ulike omsorgsnivå (slik som butilbod, støttekontakt, dagtilbod, avlastningstilbod)?
 - c) I kva grad er det ventelister/overkapasitet for ulike tilbod?
 - d) I kva grad er det etablert ei god samhandling mellom tildelingskontor og utførande einingar som sikrar rett nivå på tenestene?
3. I kva grad har ein sikra **tilstrekkeleg med ressursar med rett kompetanse** i tenestene?
 - a) Er det lagt opp til ei bemanning som er tilfredsstillande med omsyn til å levere naudsynte tenester?
 - b) Klarer tenestene å ivareta tilfredsstillande nærvær blant medarbeidarane?
 - i. I kva grad arbeider kommunen med å redusere sjukefråvær knytt til arbeidsrelaterte forhold?
 - c) Klarer kommunen å sikre tilfredsstillande kompetanse blant medarbeidarane?
 - i. Ved rekruttering
 - ii. Gjennom kompetansehevande tiltak
4. I kva grad er det etablert eit tilfredsstillande **avvikssystem**?
 - a) I kva grad meiner tilsette at det er tydeleg kva som er avvik og korleis desse skal meldast?
 - b) I kva grad blir det meldt avvik ved brot på rutinar?
 - c) Blir avvik følgt opp på ein tilfredsstillande måte for å sikre læring og forbetring?
5. I kva grad har kommunen etablert eit system for innhenting av **erfaringar og synspunkt frå brukarar og deira pårørande**?

Avgrensing

Undersøkinga har primært omhandla bufellesskap, arbeid og aktivitet og har hatt eit hovudfokus på tenester til vaksne over 18 år. Revisjonen har ikkje gjort undersøkingar i avlastningsbustad etter dialog med kommunen og kontrollutvalet. Samtidig som revisjonen pågår blir det gjennomført eit tilsyn av Statsforvaltaren på avlastningsbustad og tenester til barn og unge med utviklingshemming. Revisor har likevel valt å kort omtala kapasiteten i avlastningstilbodet under kapittel 3.

Vedtakskompetanse

Det er kontrollutvalet som har ansvar for å gjennomføre slike revisjonar. Det er likevel kommunestyret som har avgjersmynde i saka, etter innstilling frå kontrollutvalet, når revisjonsrapport ligg føre, jf. kommunelova § 23-3.

Vurderingar og verknader

Deloitte har no gjort ferdig forvaltningsrevisjon om effektivitet og kvalitet i tenester til personar med utviklingshemming. Revisjonsrapport er levert og ligg ved. Rapporten har vore send til uttale til konst. rådmann og uttalen går fram av vedlegg 1 i rapporten.

Deloitte har i denne forvaltningsrevisjonen nytta dokumentanalyse, intervju, spørjeundersøking, analyse av statistikk og verifiseringsprosessar som metodar. Det er gjennomført heile 9 intervju. Dessutan spørjeundersøking sendt til 178 personar, derav 83 tilsette svara, noko som gjev svarprosent på 46 %. Trass i mange svar kunne svarprosenten gjerne vore enno litt høgare. Det var iverksett fleire tiltak for å få opp svarprosenten. Etter sekretariatet si vurdering har Deloitte levert ein god rapport som er i samsvar med kontrollutvalet si bestilling.

Av punkt 8 i rapporten – konklusjon og tilrådingar – går bl.a. dette fram:

«Basert på det som kjem fram av undersøkinga, kjem revisjonen med følgjande tilrådingar til Stord kommune:

1. Arbeide vidare med å tilby eit tilstrekkeleg variert arbeids- og aktivitetstilbod som er tilpassa behova og ønska til brukarane.
2. Sikre at personar som har fått vedtak om støttekontakt får innfridd tenestene, ev. vurderer alternative ordningar i ein overgangsperiode.
3. Sikre systematisk oppfølging og førebygging av sjukefråvær i alle avdelingar i eining for habilitering.
4. Arbeide vidare med å sikre at tilsette og vikarar får tilstrekkeleg opplæring i avviksrutinar og kva som skal meldast som avvik, samt sørgja for tilbakemelding til meldar og at avvik blir brukt til læring og forbetring av tenestene.
5. Utarbeide kompetanseplanar for eining for habilitering og underliggande avdelingar.
6. Etablere system for å hente inn og gjere bruk av erfaringar frå brukarar og deira pårørande i forbetningsarbeid.»

Sekretariatet tilrår at dei seks punkta inngår i kontrollutvalet si innstilling til kommunestyret. Sekretariatet merkar seg og eit samsvar mellom revisjonen sine funn og fung. rådmann si oppfatning. Det vert her vist til Vedlegg 1 – Uttale frå rådmannen, der bl.a. dette er med:

- «Konklusjon og råd frå revisjonen er langt på veg i tråd med forbetningsområde som kommunen sjølv har identifisert. På fleire område er kommunen i gang med tiltak og ser dels resultat av desse.»
- «Stord kommune tek rapporten til vitande og ser på den som eit nyttig verktøy i vidare forbetningsarbeid»

Dette skulle brygga for eit godt forbetningsarbeid framover.

Konklusjon

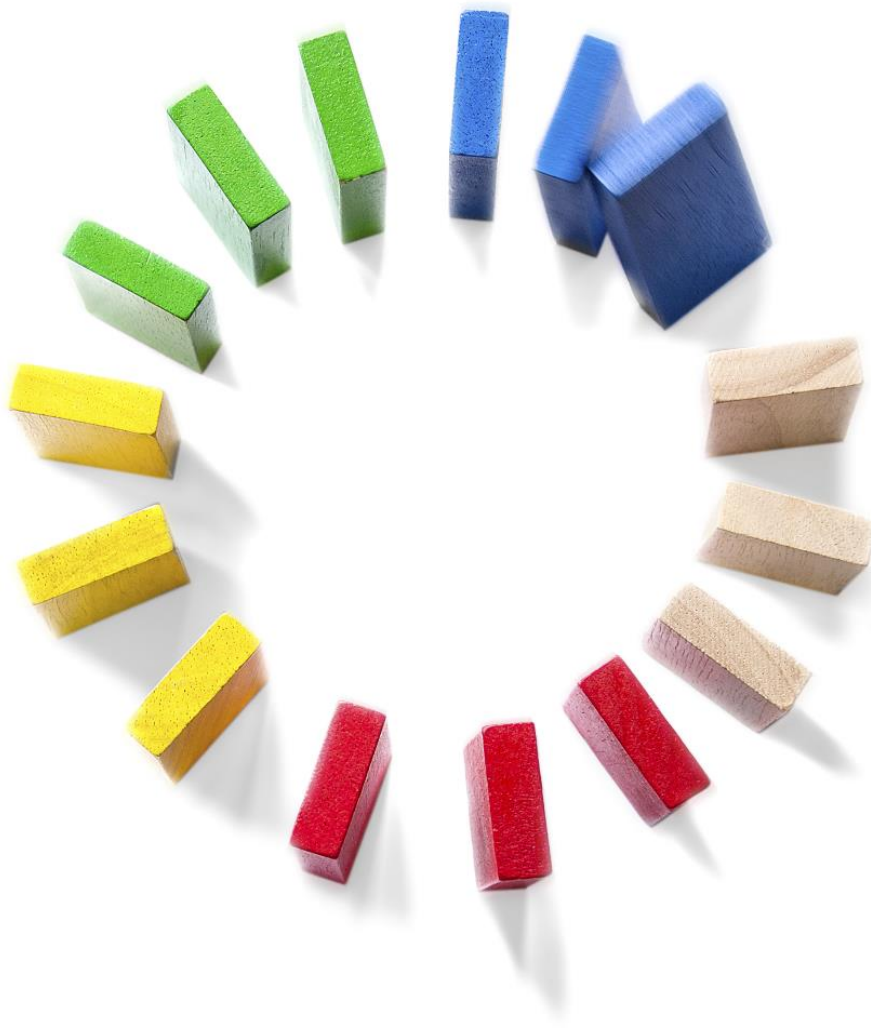
Kontrollutvalet har eit særskilt ansvar for å følgje opp at kommunestyret sine vedtak i samband med handsaming av revisjonsrapportar vert følgd opp. Det vert vist til KommuneLOVA § 23-2, e) der det står dette:

«kontrollutvalget skal påse at

e) vedtak som kommunestyret eller fylkestinget treffer ved behandling av revisjonsrapporter, blir fulgt opp.»

Sekretariatet tilrår at dei seks punkta i Deloitte si tilråding inngår i kontrollutvalet si innstilling til kommunestyret,

Det vert dessutan tilrådd at rådmannen vert beden om å laga ein prioritert handlingsplan til kontrollutvalet innan 31.08.2023 som viser kva tiltak som skal setjast i verk for å følgja opp tilrådingane i rapporten, når tiltaka skal setjast i verk og kven som skal ha ansvaret for iverksettinga.



Forvaltningsrevisjon | Stord kommune

Effektivitet og kvalitet i tenester til personar med utviklingshemming

Mars 2023

«Forvaltningsrevisjon av effektivitet og kvalitet i tenester til personar med utviklingshemming »

Mars 2023

Rapporten er utarbeidd for Stord kommune av Deloitte AS.

Deloitte AS
Postboks 6013 Postterminalen, 5892
Bergen
tlf: 55 21 81 00
www.deloitte.no
forvaltningsrevisjon@deloitte.no

Samandrag

Deloitte har i samsvar med bestilling frå kontrollutvalet gjennomført ein forvaltningsrevisjon av effektivitet og kvalitet i tenester til personar med utviklingshemming. I gjennomføringa av revisjonen har vi analysert dokumentasjon, gjennomført intervju med fleire leiarar og sakshandsamarar, samt gjennomført ei spørjeundersøking til eit utval leiarar og tilsette i tenestene.

Revisjonen har primært omhandla tenestene *bufellesskap, arbeid og aktivitet* og har hatt eit hovudfokus på tenester til vaksne over 18 år. Samtidig som denne revisjonen har pågått, blir det gjennomført eit tilsyn av Statsforvaltaren som omfattar avlastningstilbodet.

Føremålet med prosjektet har vore å undersøke om Stord kommune har system for å sikre effektive og kvalitativt gode helse- og omsorgstenester til personar med utviklingshemming. Basert på det som kjem fram i undersøkinga meiner revisjonen at Stord kommune har etablert føremålstenlege system for å dimensjonere og planlegge eit tenestetilbod som er effektivt i form av at det blir fatta vedtak i samsvar med brukarane sine behov, og at det verken er overkapasitet eller ventelister for fleire av tenestene til personar med utviklingshemming. Likevel er ikkje tilbodet fullt ut i samsvar med behova/vedtaka til brukarane.

Det blir jobba systematisk med å planleggje behov for bustadar basert på kartlegging av framtidige behov hos yngre innbyggjarar med diagnose. Det er etablert system som sikrar at brukarane sine behov for tenester blir kartlagt og vurdert før det blir fatta vedtak, og at vedtak om tenester systematisk blir vurdert og ev. endra ved behov. Det er gjennomgåande gitt uttrykk for at samhandlinga mellom utførande avdelingar og tildelingskontoret er god.

Ingen brukarar som har vedtak om bustad, helse- og omsorgstenester i heimen eller arbeid- og aktivitetstilbod står utan tenester. Nokre brukarar har likevel midlertidige ordningar i påvente av permanente løysingar. Sjølv om avlastningstilbodet ikkje har vore omfatta av denne revisjonen, vil vi peike på at kapasiteten har vore for liten, og at nokre brukarar har fått avlastning i privat heim som kompenserande tiltak fram til det er plass i avlastingsbustaden. Kapasiteten er venta å auke når ny avlastningsbustad står klar. Det er ikkje tilfredsstillande at det er brukarar som har vedtak om støttekontakt som har stått utan eit slikt tilbod over tid. Revisjonen merkar seg at det blir peikt på utfordringar med rekruttering og å finne eigna støttekontakter, men er ikkje kjent med at det er tilbudd alternative løysingar.

Vidare meiner revisjonen at det bør arbeidast vidare med å leggje til rette for eit meir variert arbeids- og aktivitetstilbod, slik at brukarane kan oppleve å ha meningsfulle aktivitetar og arbeid. Per i dag er det i hovudsak tilbudd arbeid og aktivitet på Sæbø gard, men tilbodet passar ikkje for alle brukarar. Kommunen har sett i verk tiltak for å kunne tilby eit meir variert tilbod. Revisjonen meiner dette er positivt, men vil likevel peike på at kommunen i vidareutvikling av tilboda sine – både når det gjeld arbeid og aktivitet - bør sørgje for å hente inn og gjere bruk av synspunkt frå brukarane og deira pårørande om kva tilbod dei ønskjer seg.

For å kunne gje eit tenestetilbod med høg kvalitet er det nødvendig både å ha eit tilstrekkeleg tal på plassar, og å ha tilstrekkeleg med bemanning med rett kompetanse som kan yte tenestene. Rekrutteringsutfordringar kombinert med høgt sjukefråvær og vikarbruk medfører etter revisjonen si vurdering ein utfordrande situasjon for tenestene. Kommunen har nyleg sett i verk tiltak både retta mot rekrutteringsutfordringar (vurdering av turnusar), reduksjon av sjukefråvær (prosjekt som også omfattar eining for habilitering) og tiltak retta mot vikarbruk (oppretting av eiga vikarordning i eining for habilitering, som også skal bidra til høgare stillingsprosent for tilsette som ønskjer dette). Når det gjeld kompetansearbeidet, meiner revisjonen at kommunen bør utarbeide kompetanseplanar på einings- og avdelingsnivå for å sikre at det blir tilbudd målretta opplæring til dei tilsette. Per i dag finst det berre ein overordna kompetanseplan som er felles for alle einingar i RHO, og undersøkinga viser at ein del tilsette opplever at dei manglar kompetanse i bruk av tvang og handtering av åtferd som utfordrar, noko som er sentrale kompetanseområde i tenester til personar med utviklingshemming.

Undersøkinga viser at det blir meldt ein del avvik knytt til tenestene til personar med utviklingshemming. Sjølv om det blir meldt ein del avvik, og eininga har arbeidd med sikre at det blir meldt avvik, er det indikasjonar på at tilsette framleis treng opplæring og tydeleggjering rundt kva som skal meldast som avvik. Det at tilsette veit kva som skal meldast som avvik og at avvik blir meldt når dei oppstår, er føresetnadar for at kommunen skal kunne ha oversikt over avvik og risikoområde i verksemda jmf. forskrift om leingi og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenestene §§ 6d og 6g. Revisjonen meiner også at det bør arbeidast ytterlegare med å sikre at tilsette som melder avvik får tilbakemelding om

at avvik er følgt opp, og at det blir retta merksemd på i kva grad og korleis avviksoppfølging kan bidra til læring og forbetring av tenestene.

Revisjonen meiner også at Stord kommune ikkje fullt ut har etablert eit tilfredsstillande system for å hente inn og bruke erfaringar frå tenestemottakarane og deira pårørande. Det er etablert eit eige råd for menneske med nedsett funksjonsevne, og både rådet og aktuell brukarorganisasjon blir invitert til å uttale seg om arbeid som pågår i kommunen. Samtidig er det ikkje gjennomført brukar/pårørandeundersøkingar, og det er ikkje etablert andre tiltak for å systematisk hente inn informasjon frå tenestemottakarane og deira pårørande om tenestene utover kontakt og dialog på individnivå.

Basert på det som går fram av undersøkinga, kjem revisjonen med nokre tilrådingar til Stord kommune. Desse går fram av kapittel 8, *Konklusjon og tilrådingar*.

Innhald

1	Innleiing	8
2	Om tenesteområdet	10
3	Strategi og planar for å sikre kapasitet og kompetanse	11
4	Dimensjonering av tenestetilbodet	15
5	Tilgang på ressursar med rett kompetanse	22
6	Avviksystem	33
7	System for å hente inn erfaringar og synspunkt frå brukarar og pårørande	40
8	Konklusjon og tilrådingar	42
	Vedlegg 1 : Høyringsuttale	43
	Vedlegg 2 : Revisjonskriterium	45
	Vedlegg 3 : Sentrale dokument og litteratur	47

Detaljert innhald

1	Innleiing	8
1.1	Bakgrunn	8
1.2	Føremål og problemstillingar	8
1.3	Avgrensing	8
1.4	Metode	8
1.4.1	Dokumentanalyse	9
1.4.2	Intervju	9
1.4.3	Spørjeundersøking	9
1.4.4	Analyse av statistikk	9
1.4.5	Verifiseringsprosessar	9
1.5	Revisjonskriterium	9
2	Om tenesteområdet	10
2.1	Organisering	10
3	Strategi og planar for å sikre kapasitet og kompetanse	11
3.1	Problemstilling	11
3.2	Revisjonskriterium	11
3.3	Datagrunnlag	11
3.3.1	Planar for å sikre kapasitet og kompetanse i normalsituasjon	11
3.3.2	Planar for å sikre kapasitet og kompetanse i pandemisituasjon eller ved andre kritiske hendingar	13
3.4	Vurdering	14
4	Dimensjonering av tenestetilbodet	15
4.1	Problemstilling	15
4.2	Revisjonskriterium	15
4.3	Datagrunnlag	16
4.3.1	Kostnader i tenester til personar med utviklingshemming	16
4.3.2	Dimensjonering av tenestetilbodet – kapasitet, ventelister og ledige plassar	16
4.3.3	Ventelister	19
4.3.4	Samhandling mellom tildelingskontor og utførande einingar	20
4.4	Vurdering	20
5	Tilgang på ressursar med rett kompetanse	22
5.1	Problemstilling	22
5.2	Revisjonskriterium	22
5.3	Datagrunnlag	22
5.3.1	Bemanning for å sikre naudsynte tenester	22
5.3.2	Arbeid med å sikre tilfredsstillande nærvær blant medarbeidarane	25
5.3.3	Kompetanse – rekruttering og kompetansehevande tiltak	28
5.4	Vurdering	31
6	Avviksystem	33
6.1	Problemstilling	33
6.2	Revisjonskriterium	33

6.3	Datagrunnlag	33
6.3.1	Omfang av avvik	33
6.3.2	Tilsette sine opplevingar av kva som skal meldast som avvik	36
6.3.3	Oppfølging av avvik for å sikre læring og forbetring	37
6.4	Vurdering	39
7	System for å hente inn erfaringar og synspunkt frå brukarar og pårørande	40
7.1	Problemstilling	40
7.2	Revisjonskriterium	40
7.3	Datagrunnlag	40
7.3.1	System for innhenting av erfaringar og synspunkt frå brukarar og deira pårørande	40
7.4	Vurdering	41
8	Konklusjon og tilrådingar	42
	Vedlegg 1 : Høyringsuttale	43
	Vedlegg 2 : Revisjonskriterium	45
	Vedlegg 3 : Sentrale dokument og litteratur	47

Figurar

Figur 1: Organisasjonskart eining for habilitering	10
Figur 2: I kva grad opplever du at det er tilstrekkeleg bemanning i di avdeling til å gje forsvarlege tenester på dagtid? (n=83)	24
Figur 3: I kva grad opplever du at det er samsvar mellom planlagt bemanning (turnus) og faktisk bemanning i di avdeling? (n=83)	25
Figur 4: I kva grad opplever du at sjukefråværet i di avdeling går ut over tenestetilbodet til brukarane? (n=83)	26
Figur 5: I kva grad opplever du at avdelinga klarer å få tak i kvalifiserte vikarar når det er behov for dette? (n=83)	27
Figur 6: I kva grad opplever du at nye tilsette og vikarar ved di avdeling får tilstrekkeleg opplæring ved oppstart i jobben når det gjeld behova til den enkelte brukar? (n=83)	29
Figur 7: Opplever du at du står i situasjonar i jobben der du ikkje føler at du har tilstrekkeleg kompetanse til å utføre tenester på ein forsvarleg måte? (n=79)	30
Figur 8: Alvorsgrad på innmeldte avvik, eining for habilitering (tal på avvik: 859)	34
Figur 9: Kategorisering av avvik, eining for habilitering (tal på avvik: 1173)	34
Figur 10: I kva grad opplever du at din leiar oppfordrar tilsette i avdelinga til å melde avvik? (n=79)	35
Figur 11: Melder du inn avvik når avvik oppstår? (n=79)	35
Figur 12: I kva grad opplever du at du har fått tilstrekkeleg opplæring i avviksrutinar? (n=79)	36
Figur 13: I kva grad opplever du at du har fått tilstrekkeleg opplæring i korleis du skal melde inn avvik? (n=79)	37
Figur 14: I kva grad opplever du at det er tydeleg kva som skal meldast inn som avvik? (n=78)	37
Figur 15: Dagar før lukking av avvik	38
Figur 16: I kva grad opplever du at oppfølging av meldte avvik bidreg til læring og forbetring? (n=82)	39

Tabellar

Tabell 1: KOSTRA nøkkeltal	16
Tabell 2: Avdelingar og tilbod til personar med utviklingshemming i Stord kommune	16
Tabell 3: Vakansar i eining for habilitering	23
Tabell 4: Sjukefråvær i underavdelingane i Eining for habilitering i Stord kommune	25

1 Innleiing

1.1 Bakgrunn

Deloitte har gjennomført ein forvaltningsrevisjon av effektivitet og kvalitet i tenester til personar med utviklingshemming i Stord kommune. Prosjektet blei bestilt av kontrollutvalet i Stord kommune i sak 10/22 den 26. mars 2022.

1.2 Føremål og problemstillingar

Føremålet med prosjektet har vore å undersøke om Stord kommune har system for å sikre effektive og kvalitativt gode helse- og omsorgstenester til personar med utviklingshemming.

Med bakgrunn i føremålet blei det utarbeidd følgjande problemstillingar som har blitt undersøkt:

1. I kva grad har Stord kommune etablert **strategi og planar** for å sikre nødvendig kapasitet og kompetanse innan tenestene til personar med utviklingshemming når det gjeld:
 - a) Normalsituasjon
 - b) Pandemisituasjon eller ved andre kritiske hendingar
2. I kva grad dekker **tilbodet** innan tenester til personar med utviklingshemming behovet for tenester?
 - a) Korleis er Stord kommune sine kostnader til tenester til utviklingshemma samanlikna med relevant KOSTRA gruppe?
 - b) I kva grad er tilbodet dimensjonert effektivt med omsyn til ulike omsorgsnivå (slik som butilbod, støttekontakt, dagtilbod, avlastningstilbod)?
 - c) I kva grad er det ventelister/overkapasitet for ulike tilbod?
 - d) I kva grad er det etablert ei god samhandling mellom tildelingskontor og utførande einingar som sikrar rett nivå på tenestene?
3. I kva grad har ein sikra **tilstrekkeleg med ressursar med rett kompetanse** i tenestene?
 - a) Er det lagt opp til ei bemanning som er tilfredsstillande med omsyn til å levere naudsynte tenester?
 - b) Klarer tenestene å ivareta tilfredsstillande nærvær blant medarbeidarane?
 - i) I kva grad arbeider kommunen med å redusere sjukefråvær knytt til arbeidsrelaterte forhold?
 - c) Klarer kommunen å sikre tilfredsstillande kompetanse blant medarbeidarane?
 - i) Ved rekruttering
 - ii) Gjennom kompetansehevande tiltak
4. I kva grad er det etablert eit tilfredsstillande **avvikssystem**?
 - a) I kva grad meiner tilsette at det er tydeleg kva som er avvik og korleis desse skal meldast?
 - b) I kva grad blir det meldt avvik ved brot på rutinar?
 - c) Blir avvik følgt opp på ein tilfredsstillande måte for å sikre læring og forbetring?
5. I kva grad har kommunen etablert eit system for innhenting av **erfaringar og synspunkt frå brukarar og deira pårørande**?

1.3 Avgrensing

Undersøkinga har primært omhandla bufellesskap, arbeid og aktivitet og har hatt eit hovudfokus på tenester til vaksne over 18 år. Revisjonen har ikkje gjort undersøkingar i avlastningsbustad etter dialog med kommunen og kontrollutvalet. Samtidig som revisjonen pågår blir det gjennomført eit tilsyn av Statsforvaltaren på avlastningsbustad og tenester til barn og unge med utviklingshemming. Vi har likevel valt å kort omtale kapasiteten i avlastningstilbodet under kapittel 3.

1.4 Metode

Oppdraget er utført i samsvar med gjeldande standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001) og kvalitetssikra i samsvar med krava til kvalitetssikring i Deloitte Policy Manual (DPM).

Oppdraget er gjennomført i tidsrommet mai 2022 til februar 2023.

1.4.1 Dokumentanalyse

Rettsreglar og kommunale vedtak har blitt gjennomgått og nytta som revisjonskriterium. Vidare har informasjon om Stord kommune og dokumentasjon på etterleving av interne rutinar, regelverk m.m. blitt samla inn og analysert. Innsamla dokumentasjon har blitt vurdert opp mot revisjonskriteria.

1.4.2 Intervju

For å få supplerande informasjon til skriftlege kjelder har Deloitte gjennomført intervju med leiarar og tilsette i Stord kommune som er involvert i tenester til personar med utviklingshemming. Vi har gjennomført intervju med kommunalsjef for fagavdeling for rehabilitering, helse og omsorg (RHO), dåværande einingsleiar for eining for habilitering, og dåværande einingsleiar for tildelingskontoret.¹ Det er også gjennomført intervju med avdelingsleiarar for to av bufellesskapa, avdelingsleiar for arbeid og aktivitet, og to sakshandsamarar frå tildelingskontoret. Vidare er det gjennomført to intervju med representantar for brukarane. Det er totalt gjennomført ni intervju.

1.4.3 Spørjeundersøking

Revisjonen har gjennomført ei elektronisk spørjeundersøking til eit utval leiarar og tilsette i tenester til personar med utviklingshemming. Spørjeundersøkinga inneheldt spørsmål knytt til avviksskultur, bemanning, kapasitet og kompetanse i tenestene. Spørjeundersøkinga blei sendt ut til 178 personar, og blei svara ut av 83 tilsette. Dette svarar til ei svarprosent på 46 prosent. Det blei gjennomført fleire tiltak for å auke svarprosenten på undersøkinga, inkludert utsetjing av svarfrist, utsending av fleire påminningar samt at kommunen på førespurnad frå revisjonen har oppfordra tilsette til å svare på undersøkinga gjennom sine kanalar.

1.4.4 Analyse av statistikk

Revisjonen har gjennomført ei analyse av tilgjengleg statistikk frå KOSTRA. Det er ikkje eigne tal i KOSTRA som gjeld tenester til personar med utviklingshemming, og det har difor i avgrensa grad vore mogeleg å samanlikne Stord kommune med andre kommunar.

1.4.5 Verifiseringsprosessar

Oppsummering av intervju er sendt til dei som er intervjuet for verifisering og det er informasjon frå dei verifiserte intervjureferata som er nytta i rapporten.

Datadelen av rapporten er sendt til rådmannen for verifisering, og det er gjort nokre justeringar i rapporten basert på tilbakemelding i samband med verifiseringa. Høyringsutkast av rapporten blei deretter sendt til rådmannen for uttale. Rådmannen sin høyringsuttale finst i vedlegg 1.

1.5 Revisjonskriterium

Revisjonskriteria er dei krav og forventningar som forvaltningsrevisjonsobjektet skal bli vurdert opp mot. Kriteria er utleia frå autoritative kjelder i samsvar med krava i gjeldande standard for forvaltningsrevisjon. I dette prosjektet er revisjonskriteria i hovudsak henta frå lov om kommunale helse- og omsorgstenester (helse- og omsorgstenestelova) og forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta. Kriteria er nærare presentert innleiingsvis under kvart tema, og i vedlegg 2 til rapporten.

¹ Einingsleiar for eining for habilitering og einingsleiar for tildelingskontoret har gått ut av stillingane i slutten av 2022/byrjinga av 2023, men hadde stillingane på intervjudispunktet. Einingsleiar for habilitering er gått over i stilling som einingsleiar for tildelingskontoret, og tidlegare einingsleiar for tildelingskontoret har gått av med pensjon. Når vi skriv einingsleiar for eining for habilitering og einingsleiar for tildelingskontoret, refererer vi til dei som hadde stillingane på intervjudispunkta.

2 Om tenesteområdet

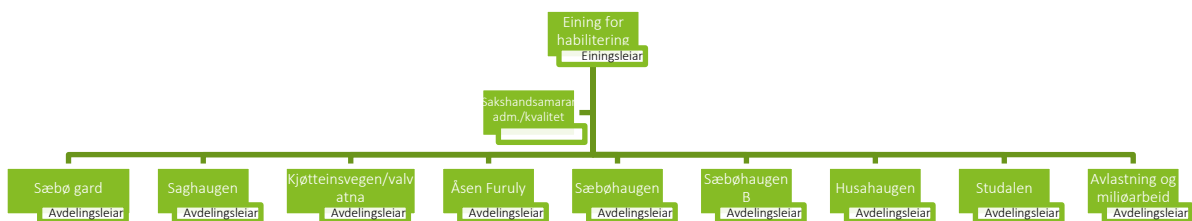
2.1 Organisering

Tenesteområdet rehabilitering, helse og omsorg (RHO) har ansvaret for tenester til personar med utviklingshemming i Stord kommune. I tenesteområde RHO ligg eining for habilitering, som er den tenesteytande eininga for denne brukargruppa. I same tenesteområde ligg også tildelingskontoret, som har ansvar for å tildele tenestene. Tenesteområde RHO omfattar elles heimebaserte tenester, institusjonstenester, eining for aktivitet og rehabilitering, psykisk helse og rus, NAV kommune, samt legetenester i Stord kommune.

Tildelingskontoret i Stord kommune handsamar søknader om helse- og omsorgstenester, og bustadtenester. Tildelingskontoret tek i mot søknader, vurderer kva behov for tenester søker treng, og fattar vedtak. Leiar for tildelingskontoret er den som har mynde til å fatte vedtak etter helse- og omsorgstenestelova § 3-1 om tildeling av helse- og omsorgstenester.

Eining for habilitering organiserer tenester til personar med utviklingshemming i Stord kommune. Eininga består av åtte avdelingar, som vist i figuren under. Tenester knytt til brukarstyrt personleg assistanse (BPA) er ikkje organisert av eining for habilitering, men blir levert til kommunen av private leverandørar.

Figur 1: Organisasjonskart eining for habilitering



Einingsleiar i eining for habilitering er overordna fagleg ansvarleg for vedtak etter helse- og omsorgstenestelova kapittel 9 (Rettstryggleik ved bruk av tvang og makt overfor einskild personar med utviklingshemming). Einingsleiar skal ha høve til å påverke ressursbruken i kommunen og sikre at kommunen oppfyller dei lovpålagte pliktene sine. Einingsleiar er den som har mynde til å fatte vedtak etter kap. 9 i helse- og omsorgstenestelova.

3 Strategi og planar for å sikre kapasitet og kompetanse

3.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgjande hovudproblemstilling med underproblemstillingar:

I kva grad har Stord kommune etablert strategi og planar for å sikre nødvendig kapasitet og kompetanse innan tenestene til personar med utviklingshemming når det gjeld:

- a) *Normalsituasjon*
- b) *Pandemisituasjon eller ved andre kritiske hendingar*

3.2 Revisjonskriterium

Basert på krav i kommunelova § 25-1, plan og bygningslova § 11-1 og helse- og omsorgstenestelova § 5-2 har revisjonen utleia følgjande revisjonskriterium knytt til problemstillinga som blir undersøkt i dette kapittelet:

Kommunen skal

- ha oversikt over mål, oppgåver, aktivitetar og organisering knytt til tenester til personar med utviklingshemming
- ha ein kommunedelplan som bør omfatte tenester til personar med utviklingshemming
- ha beredskapsplan for helse og omsorgstenestene

Sjå vedlegg 2 for utfyllande revisjonskriterium.

3.3 Datagrunnlag

3.3.1 Planar for å sikre kapasitet og kompetanse i normalsituasjon

Kommunedelplan for rehabilitering og helse og omsorg

Stord kommune har ein kommunedelplan for rehabilitering, helse og omsorg (RHO) som gjeld i perioden 2022-2031. Planen byggjer på status per i dag, forventa demografisk og økonomisk utvikling og nasjonale føringar for tenestene. Planen omfattar ulike tenester inkludert tenester til personar med utviklingshemming.

I planen er det definerte mål for innhald og kvalitet i tenester innan rehabilitering og helse og omsorg (eksempelvis at innbyggjarane skal kunne bu lengst mogeleg heime uavhengig av livssituasjon, tenester skal gis på lågaste effektive omsorgsnivå, og tenestene skal involvere brukarane). Planen beskriv også utfordringsbildet. For eining for habilitering blir det mellom anna trekt fram at:

- Nye brukarar kjem til samtidig som eksisterande brukarar blir eldre. Dette fører til auka etterspørsel etter tenester
- Det er knapt med plassar når det gjeld dag- og aktivitetstilbod, og det er nødvendig å sjå på korleis ein kan gje eit meningsfullt tilbod til nye brukarar som kjem dei neste åra
- Fleire born og unge får diagnose innanfor autismespekteret, og fleire av desse treng eit individuelt og skjerma tilbod, både når det gjeld avlastning og framtidig bustad

I planen er det peikt på at denne utviklinga har store konsekvensar for kommuneøkonomien, og at det difor er viktig med eit tett samarbeid med brukarar og pårørande for å utforme bufellesskap slik at ein kan leggje til rette for å tilby tenester i tråd med brukarane sine behov samstundes som ein har ei mest mogleg effektiv utnytting av knappe ressursar. Det er uttalt behov for to nye bufellesskap i planperioden, under dette bufellesskap for personar med autisme og lettare utviklingshemming og eit nytt bufellesskap for personar med utviklingshemming. I planen blir det vist til at det er ulik oppfatning kor mange bueiningar det bør vera i eit bufellesskap, men at det er lagt opp til åtte bueiningar per bufellesskap.

Kompetanseplanlegging

I årsmeldinga for Stord kommune i 2020 blir det påpeikt at ei av dei store utfordringane for RHO-området framover er å rekruttere høgskule- og universitetsutdanna medarbeidarar.² Det blir vist til at det er særlege utfordringar når det gjeld rekruttering av legar, vernepleiarar og sjukepleiarar til helse- og omsorgstenestene.

Det er utarbeidd ein overordna strategisk kompetanseplan for RHO, som har som føremål å sikre at kommunen er i forkant av å ha naudsynt kompetanse til å dekke gjeldande og framtidige behov.³ Av kompetanseplanen går det fram at målsettingane for RHO-området når det gjeld kompetanse er:

- Ha tilstrekkeleg og rett kompetanse på rett plass i høve behov
- At arbeidsoppgåvene til tilsette er i tråd med deira kompetanse og kapasitet
- At planlagde stillingar vert fylt med personar med rett kompetanse

Gitt utfordringane med å rekruttere tilstrekkeleg med helsefagarbeidarar, legg kompetanseplanen for RHO opp til at kommunen må utnytte kompetansen kommunen allereie har på best mogleg måte. Kommunalsjef for RHO viser i intervju til at det er viktig at eining for habilitering (og RHO generelt) sikrar at ein utnyttar kompetansen ein allereie har i tenestene. Blant tiltaka eining for habilitering har gjennomført for å sikre dette er å gjennomføre ei kartlegging av uønskt deltid, sidan eining for habilitering er den eininga i kommunen med høgast del tilsette i deltidsstilling. Kartlegginga viste at det er ein betydeleg del av dei deltidsstilsette som ønskjer å auke stillingsstorleik i eining for habilitering.

Det er ikkje utarbeidd ein eigen kompetanseplan i eining for habilitering. I intervju blir det vist til at det har blitt vurdert å utarbeide ein eigen kompetanseplan for eininga, men som følgje av at mange av utfordringane er like på tvers av einingane i RHO er det inntil vidare ein felles plan for alle einingar i RHO. Eininga for habilitering lagar derimot årlege handlingsplanar som til dels omtalar kompetanse.

Kommunen opplyser at eining for habilitering har arbeidd systematisk i fleire år med å auka den formelle, faglege kompetansen i eininga. Det blir mellom anna vist til at når tilsette utan formalkompetanse sluttar, blir dei ledige stillingane ofte lyst ut med krav om fagarbeidarkompetanse eller høgskuleutdanning. Vidare blir det gjort ei vurdering av leiinga om kva kompetanse som er naudsynt i avdelinga. Dersom det er behov for anna kompetanse enn den som gjekk i stillinga hadde, blir dette drøfta med tillitsvalde og stillinga blir evt. gjort om for å sikra fagkompetanse i avdelinga.

Kommunen viser til at eining for habilitering ønskjer at tilsette som ikkje har formalkompetanse skal få dette, og legg blant anna til rette for at dei skal få ta fagbrev. Fleire tilsette i eining for habilitering har dei siste åra tatt fagbrev som helsefagarbeidar. Tilsette som ynskjer å ta utdanning og jobba samstundes, får tilrettelagt turnus så langt det lar seg gjera slik at dei kan kombinera arbeid og studie.

Når det gjeld kompetansehevande tiltak, blir det vist til i intervju at eining for habilitering er i gong med å implementere *Positiv åtferdsstøtte* (PAS). Dette er kompetanseheving knytt til å auka livskvalitet og redusere og handtere utfordrande åtferd. Det har blitt gjennomført tre samlingar på to timar som har vore obligatorisk for alle tilsette. I tillegg har det vore ei heildagssamling som er frivillig for tilsette å delta på. Det har også blitt utarbeidd eit kurs på KS læring knytt til PAS. Fleire viser til at dette har vore eit viktig kompetansehevingstiltak.

Styring og planlegging av ressursar og bemanning

Det er einingsleiar for habilitering som har ansvaret for å fordele ressursar mellom dei ulike avdelingane i eininga for å sikre at det er tilstrekkeleg med bemanning i avdelingane til ei kvar tid. Avdelingsleiarane har ansvaret for å planlegge bemanninga i form av turnus i eiga avdeling. Kommunen opplyser at det blir gjennomført leiarmøte kvar veke der alle avdelingsleiarar, sakshandsamar i administrasjon og kvalitet og einingsleiar deltek. Til desse møta kan avdelingsleiarane melde inn saker dei vil ta opp. Dette kan vere utfordringar knytt til faglege spørsmål, bemanning, turnus, personalutfordringar, med meir. I tillegg har einingsleiar faste, individuelle møte med kvar einskild avdelingsleiar anna kvar veke.

Einingsleiar viser til at eininga har påbegynt arbeidet med ei ny modell for å fordele ressursar på ein meir effektiv og føremålstenleg måte mellom avdelingane. Modellen er basert på Sandnes kommune sin modell for organisering av tenester til personar med utviklingshemming, og representantar frå Sandnes kommune har vore på besøk til Stord kommune for å dele sine erfaringar med modellen. Modellen inneber kartlegging av brukarane sine behov,

² Stord kommune. Årsmelding 2020. Rehabilitering, helse og omsorg. Tilgjengeleg på: <https://pub.framsikt.net/2020/stord1/mr-202012-am2020/#/budsa/mainmenu/4>.

³ Stord kommune. Strategisk kompetanseplan for rehabilitering, helse og omsorg i Stord kommune. Desember 2021.

og at ressursar blir tildelt deretter. Revisjonen får opplyst at det var einingsleiar og sakshandsamar frå tildelingskontoret som gjennomførte kartleggingane denne gongen. I tillegg var også avdelingsleiar og ein eller to andre personar frå avdelinga som kjenner brukaren godt (det var alltid to personar frå avdelinga med i kartlegginga). På bakgrunn av denne gjennomgangen blir behovet til brukarane kategorisert i fire forskjellige kategoriar (a, b, c, og d), som utløyser ulike ressursbehov. På denne måten skal det bli enklare å planlegge ressursbehovet i eininga. Kommunen har hittil gått gjennom om lag 40 brukarar for å kartlegge behova deira. Både kommunalsjef for RHO og einingsleiar peikar på i intervju at dei har tru på at den nye modellen vil sikre at ressursane i eininga i større grad vil bli styrt etter behovet til brukarane, og dermed meir effektivt fordelt mellom avdelingane, heller enn som følgje av historiske rammer.

Fordeling av ansvar og oppgåver

Eining for habilitering har utarbeidd eit dokument som beskriv ansvarsområde for ulike yrkesgrupper som yt tenester til personar med utviklingshemming.⁴ Føremålet med dokumentet er mellom anna å avklare og synleggjere kva ansvar dei ulike yrkesgruppene har i høve formell utdanning og tildelte funksjonar, og at tilsette skal kjenne til både sitt eige og andre yrkesgrupper sitt ansvarsområde. Dokumentet beskriv kva som gjeld felles for alle tilsette uavhengig av yrkesgruppe – eksempelvis at alle har ansvar for å yte gode tenester i samsvar med vedtak, innanfor økonomiske rammer, retningslinjer og lovverk, samt gir ei oversikt over gjeldande lovverk, reglar og forskrifter som alle tilsette skal ha kjennskap til (med lenke til aktuelt lov- og regelverk). Vidare inneheld dokumentet i skildring av ulike yrkesgrupper sine kvalifikasjonskrav og plassering i organisasjonen, ansvarsområde for stillinga og kva denne stillingskategorien har kompetanse om (eksempelvis kva fagkoordinator har kompetanse om). Dette er skildra for alle stillingskategoriar/yrkesgrupper i eininga, frå avdelingsleiar, helsepersonell, milkøterapeut, assistent og sakshandsamar (tilsaman 12 ulike stillingskategoriar og roller).

3.3.2 Planar for å sikre kapasitet og kompetanse i pandemisituasjon eller ved andre kritiske hendingar

Det er utarbeidd ein **beredskapsplan** for eining for habilitering som sist blei revidert i august 2022.⁵ Beredskapsplanen består av ein *operativ* del, som blir tatt i bruk ved ekstraordinære hendingar i eining for habilitering, eller ved hendingar i Stordsamfunnet der sentral kriseleining vurderer at eining for habilitering bør vere involvert. Beredskapsplanen består òg av ein *administrativ* del, som har som mål å sikra best mogleg tenester i ein beredskaps-/krisesituasjon. Den administrative delen skal sikre best moglege tenester gjennom å avdekkje eigne risikoområde, skapa tryggleik, og etablere klare administrative rutinar. Beredskapsplanen inneheld også tiltakskort som beskriv oppgåver ved ulike hendingar slik som brann, alvorlege ulykker, evakuring. Beredskapsplanen blir revidert årleg.

Det er utarbeidd ein delplan for Covid-19⁶ innan beredskap for Eining for habilitering. Delplanen inneheld plan for drift ved redusert bemanning, behov for omdisponering av ressursar, assistanse og smittevern.

Beredskapsplanen for koronapandemien definerer fire ulike risikonivå frå ein til fire, der fire er høgst risiko:

- **Nivå 1:** normal drift, med større fokus på hygiene og smittevern.
- **Nivå 2:** Manglar ein del personell, vikartilgang dekkjer dei fleste «hovud». Ingen positive Covid-19 testar blant brukarar eller personale. Enkelte smittetilfelle i kommunen/regionen.
- **Nivå 3:** Minimumsbemanning, redusert tilgang på kvalifiserte vikar. Brukarar og/eller tilsette med diagnostisert Covid-19.
- **Nivå 4:** Pandemi – stor mangel på personell av alle kategoriar og/eller brukarar med diagnostisert Covid-19

I fleire intervju blir det vist til at sjukefråværet i eining for habilitering gjekk betydeleg opp under koronapandemien, og dette gjorde det tidvis krevjande å sikre at det var tilstrekkeleg med bemanning til ei kvar tid. Det blir imidlertid peikt på at planen som er blei utarbeidd i samband med pandemien fungerte godt og var til god hjelp under pandemien. Det har ikkje blitt gjort ei evaluering av dette i etterkant, men einingsleiar for habilitering viser til at planen blei diskutert undervegs i pandemien.

Handtering av koronapandemien er også omtalt i eininga sin årsrapport for 2021:

Korona-pandemien har sjølvsagt prega store deler av 2020 (...). Det har vore ein del prøving og feiling i samband med utfordringar knytt til korona-pandemien. Alle avgjersler som har vore tatt har hatt utgangspunkt i å yta så gode tenester som mogleg til alle tenestemottakarane. Sæbø gard var stengt i perioden 16.03.20 – 28.04.20. Me opna gradvis etter det, og prioriterte i første omgang dei som ikkje hadde tilbod om heildøgns helse- og omsorgstenester. Frå 01.09.20 var det tilnærma full drift. Sæbø gard vart stengt igjen frå 30.10.20 – 09.11.20 på grunn av sterk auke i koronasmitte på Stord. To nye brukarar fekk tilbod på Sæbø gard

⁴ Stord kommune. Eining for habilitering. Ansvarsområde ulike yrkesgrupper. Datert 06.10.2020.

⁵ Stord kommune. Beredskapsplan eining for habilitering. Revidert august 2022.

⁶ Stord kommune. Overordna beredskapsplan for Eining for habilitering – Koronapandemi. Sist oppdatert 11.01.21.

hausten 2020. Læringskurva i høve smitte-vern har vore bratt i eininga, og kompetanseuiken har vore stor blant dei tilsette. Både brukarar og tilsette har etter beste evne prøvd å tilpassa seg den nye kvardagen. Nokre utfordringar har det vore då det ikkje alltid er like lett å forklara til brukarane kvifor kvardagen er annleis og kvifor me må gjera endringar. Men summa summarum, så har ting gått seg til og det har for det meste gått fint.

I eininga si årsmelding for 2021 går det også fram det er utarbeidd ei oversikt over skal/må, bør og kan-oppgåver. Dette gjeld etter det revisjonen forstår både under normalsituasjon ved behov og ved pandemi/kritiske hendingar, og skal bidra til å klargjere kva oppgåver som skal utførast, og kva oppgåver som kan utførast.

3.4 Vurdering

Basert på det som kjem fram i undersøkinga, er det revisjonen si vurdering at Stord kommune på fleire område har strategiar og planar som skal bidra til å sikre nødvendig kompetanse og kapasitet i tenester til personar med utviklingshemming, både på kort og lengre sikt. Det er utarbeidd ein kommunedelplan for rehabilitering, helse og omsorg, i samsvar med krav i plan- og bygningslova § 11-1 som seier at kommunen skal ha planar for alle viktige mål og oppgåver i kommunen. Kommunedelplanen for RHO skildrar mellom anna mål for innhaldet i tenestene, utfordringsbildet i planperioden, samt tiltak for å auke kapasitet og sikre god kvalitet i tenestene i planperioden. På litt kortare sikt arbeider eining for habilitering med å sikre føremålstenleg fordeling av ressursar mellom avdelingane, og i 2023 blir det prøvd ut ein ny modell for fordeling av ressursar der berekning og fordeling er basert på behova til brukarane heller enn historiske rammer. Revisjonen meiner også det er eit godt tiltak at eininga har utarbeidd eit dokument som på oversiktleg vis beskriv ansvarsområde til ulike yrkesgrupper i eining for habilitering, og som tydeleggjer ansvar, oppgåver og kompetanse.

Når det gjeld strategiar og planar for å sikre nødvendig kompetanse, skal kommunen etter regelverket ha oversikt over medarbeidarane sin kompetanse og behov for opplæring, samt gjere tilsette i stand til å gjennomføre oppgåver på ein fagleg forsvarleg måte. Det er utarbeidd kompetanseplan for RHO-området som også gjeld eining for habilitering. Som del av dette er kompetansekartlegging gjennomført og det er iverksett fleire kompetansehevingstiltak samt tiltak knytt til å redusere ufrivillig deltid. Sjølv om revisjonen ser at ein del av opplærings- og kompetansehevingsbehovet kan vere felles på tvers av einingar i RHO, bør det også vurderast å lage egne kompetanseplanar som gjeld eining for habilitering. Kompetanseplanar på avdelings/einingsnivå kan bidra til å sikre at det blir tilbudd målretta opplæring og kompetanseheving basert på behova i den enkelte avdeling, og på område som er særleg viktig i tenesteytinga til personar med utviklingshemming. Vi vil omtale kommunen sitt kompetansearbeid nærare i kapittel 5 og viser til vår vurdering i kap. 5.4.

Stord kommune har utarbeidd ein beredskapsplan for eining for habilitering, jf. krav i § 5-2 i helse- og omsorgstenestelova om å utarbeide beredskapsplanar for helse- og omsorgstenestene. Det blei også utarbeidd ein beredskapsplan for covid-19 i eining for habilitering. Basert på det som kjem fram i undersøkinga har ikkje revisjonen grunnlag for å vurdere at beredskapsplanane knytt til å sikre kapasitet og kompetanse innan tenestene til personar med utviklingshemming ikkje er tilstrekkeleg når det gjeld pandemisituasjon eller ved andre kritiske hendingar, og vi merkar oss at erfaringane frå pandemien i all hovudsak har vore at beredskapsplanar har fungert tilfredsstillande. Revisjonen vil likevel peike på at det er viktig at beredskapsplanar blir evaluert og ved behov oppdatert basert på dei erfaringane ein har gjort seg under pandemien, og merkar seg at beredskapsplanen for covid-19 ikkje har blitt evaluert.

4 Dimensjonering av tenestetilbodet

4.1 Problemstilling

I dette kapitlet vil vi svare på følgjande hovudproblemstilling med underproblemstillingar:

I kva grad dekker tilbodet innan tenester til personar med utviklingshemming behovet for tenester? Under dette:

- *Korleis er Stord kommune sine kostnader til tenester til utviklingshemma samanlikna med relevant KOSTRA gruppe?*⁷
- *I kva grad er tilbodet dimensjonert effektivt med omsyn til ulike omsorgsnivå (slik som butilbod, støttekontakt, dagtilbod, avlastningstilbod)?*
- *I kva grad er det ventelister/overkapasitet for ulike tilbod?*
- *I kva grad er det etablert ei god samhandling mellom tildelingskontor og utførande einingar som sikrar rett nivå på tenestene?*

4.2 Revisjonskriterium

Basert på krav i lov om kommunale helse- og omsorgstenester § 3-2 og § 3-7, forskrift om habilitering og rehabilitering, rettleiar om gode helse- og omsorgstenester til personar med utviklingshemming, rettleiar for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, og rettleiar for saksbehandling av tenester etter helse- og omsorgstenestelova, har revisjonen utleia følgjande revisjonskriterium knytt til problemstillinga som blir undersøkt i dette kapitlet:

Kommunen skal:

- Tilby nødvendige helse- og omsorgstenester, under dette
 - Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering § 3-2, pkt. 5.
 - Helsetenester i heimen
 - Personleg assistanse (praktisk bistand, opplæring, og støttekontakt)
 - Avlastning
- Ha generell oversikt over behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering, jfr. forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 5, første ledd. Føremålet er å sikre ei tilstrekkeleg grunnlag for å planlegge verksemda slik at tilbodet til ei kvar tid er i samsvar med befolkninga sitt behov.
- Medverke til å skaffe bustad til personar som ikkje sjølv kan ivareta sine interesser på bustadmarknaden, under dette bustadar med særleg tilpassing og med hjelpe- og vernetiltak for dei som treng det på grunn av alder, funksjonshemming eller av andre årsaker.
- Ha oversikt over innbyggjarane sine framtidige bustadbehov, og ha planar for å dekke behovet
- Legge til rette for at personar med utviklingshemming får ei tilvere som er aktiv og meningsfull
- Sørge for at personar med utviklingshemming får vedtak om tenester i samsvar med deira behov. Tenestene skal vere individuelt tilrettelagt.
- Ha system som fangar opp ev. endringar i tenestebehovet, og sikre at vedtak blir oppdatert i samsvar med behov
- Sikre at tenestene blir iverksett frå det tidspunktet brukarens behov tilseier det. I tilfelle der det er ytre forhold som gjer det umogeleg å iverksetje eit bestemt tenestetilbod umiddelbart, må kommunen sørge for at brukaren sitt tenestebehov blir dekkja på anna forsvarleg måte i mellomtida.

Sjå vedlegg 2 for utfyllande revisjonskriterium.

⁷ Denne problemstillinga er deskriptiv, og det ligg ikkje føre revisjonskriterium knytt til kva kostnader kommunane skal bruke på sine tenester.

4.3 Datagrunnlag

4.3.1 Kostnader i tenester til personar med utviklingshemming

Det finst ikkje egne Kostra-tal som gjeld spesifikt tenester til personar med utviklingshemming. Kostnader knytt til tenester i heimen til personar med utviklingshemming blir ført på same ansvar som kostnader knytt heimebaserte tenester til befolkninga forøvrig. Det er difor ikkje mogleg å gjere samanlikningar av kostnader knytt til tenester til personar med utviklingshemming basert på offentleg tilgjengelege data.

I tabellen under har vi tatt med eit utval tilgjengelege kostra-tal som kan seie noko om ressursbruken totalt for helse- og omsorgstenester. Tala i tabellen viser at Stord kommune i snitt har høgare utgifter til kommunale helse- og omsorgstenester per innbyggjar samanlikna med kostra-gruppe 7. Vidare viser tala at det var ein betydeleg auke i andel heimetenestemottakarar med omfattande bistandsbehov (0-66 år) frå 2020 til 2021 i Stord kommune. Andelen slike brukarar er høgare i Stord kommune i 2021 samanlikna med landet utan Oslo og kostra-gruppe 7.

Tabell 1: KOSTRA nøkkeltal⁸

KOSTRA Nøkkeltal	Stord 2020	Stord 2021	Landet utan Oslo (2021)	Kostragruppe 07 (2021)
Utgifter kommunale helse- og omsorgstenester per innbyggjar (kr)	27 707	32 812		30 526
Andel heimetenestemottakarar med omfattande bistandsbehov, 0-66 år	13,0%	29,8%	18,5%	18,5%

Av Stord kommune sitt årsbudsjett 2023 og økonomiplan 2023-2026 går det fram at Stord kommune budsjetterer med 150 millionar i drift for tenester til personar med utviklingshemming i 2023. Dette er ei auke frå føregåande år, og hovudvekta av auken gjeld lønnskostnader. Sjå utsnitt frå budsjettet under.

Beløp i 1000

Budsjett per eining/område

	Rekneskap	Budsjett	Økonomiplan			
	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Tenester til personar med utviklingshemming	136 973	134 178	150 148	153 180	162 678	162 678
Sum	136 973	134 178	150 148	153 180	162 678	162 678

4.3.2 Dimensjonering av tenestetilbodet – kapasitet, ventelister og ledige plassar⁹

Det er åtte avdelingar i eining for habilitering som gir tenester til personar med utviklingshemming i Stord kommune. Det er sju bufellesskap og to einebustadar, og ei avdeling for arbeid og aktivitet (Sæbø gard). I tillegg blir det gitt avlastning i institusjon (Sævarhagen) og avlastning i private heimar. Tabell 2 viser ein oversikt over tilboda og kapasiteten i avdelingane i eining for habilitering.

Nedst i tabellen viser også kapasitet og venteliste for støttekontakt. Dette tilbodet ligg i eining for kultur og ikkje i eining for habilitering.

Tabell 2: Avdelingar og tilbod til personar med utviklingshemming i Stord kommune

Avdeling/bustad	Skildring av tilbodet	Kapasitet/personar med vedtak	Venteliste/tenester ikkje innfridd	Ledige plassar
Furulyvegen bustadar	Samlokaliserte bustadar for personar med ulike hjelpebehov.	5 plassar	0	0

⁸ Stord kommune: Årsmelding og rekneskap 2021

⁹ I dette kapittelet svarar vi på både problemstillinga I kva grad er det ventelister/overkapasitet for ulike tilboda?

Husahaugen bustadar	Bufellesskap for personar med utviklingshemming. ¹⁰	9 plassar	0	0
Kjøtteinsvegen bustadar	Bustadar for personar med ulike hjelpebehov. ¹¹	4 plassar	0	0
Saghaugen bustadar	Bufellesskap for personar med utviklingshemming.	6 plassar	0	0
Studalen bustadar	Bufellesskap for personar med utviklingshemming.	9 plassar	0	0
Sæbøhaugen bustadar	Bufellesskap for personar med utviklingshemming.	14 plassar	0	0
Åsen bustadar	Bufellesskap for personar med utviklingshemming.	6 plassar	0	0
Sæbø gard	Aktivitets- og arbeidstilbod for personar med utviklingshemming (dagtilbod).	34 plassar¹²	0	0
Støttekontakt		48 har vedtak om støttekontakt	20	

Det er tilknytt eigen personalbase til alle bustadane og det blir gitt heildøgns omsorg til dei bebuarane som har vedtak om dette. Kommunen legg også til rette for at personar med utviklingshemming kan kjøpe/eige sin eigen bustad, gjerne i bufellesskap, dersom brukar/pårørande/verje ønskjer det.

Kommunen er i gang med å planlegge bygging av eit nytt bufellesskap for personar med utviklingshemming, som skal vere ferdig i 2024. Einingsleiar for eining for habilitering opplyser at det er bestemt kven som har fått plass i den nye bustaden.

Planlegging av bustadbehov og behov for tenester

Det er eining for habilitering som har ansvaret for å planlegge for drift og totalbehovet for brukargruppa. Tildelingskontoret vurderer enkeltpersonen og den enkelte sin søknad om tenester, ikkje det totale kapasitetsbehovet til kommunen. I intervju blir det likevel vist til at eining for habilitering samarbeider tett med tildelingskontoret for å planlegge dimensjoneringa av tenestetilbodet.

I tilbakemeldinga til revisjonen opplyser kommunen at planlegging for å dekke framtidig bustadbehov blir ivareteke av **overordna bustadsgruppe**. Bustadsgruppa si hovudoppgåve er å ha oversikt over innbyggjarar som treng hjelp til å skaffe seg bustad, og planleggja tilbodet til desse brukarane. Å sikre at personar med utviklingshemming får eigna bustader er ein del av denne gruppa sine oppgåver. Gruppa sine oppgåver er skildra i eit skriftleg mandat.¹³ Av mandatet går det fram at bustadsgruppa mellom anna skal utarbeide rutinar og sikre prosedyrar for innkomne søknader om bustad, halde oversikt over noverande bustadssituasjon og behov, og sikre samhandling med dei som har behov for bustad. Gruppa har to møte i året, i april og september. I forkant av desse møta kartlegg bustadsgruppa udekkta bustadbehov, både i form av innkomne søknadar og ved direkte kontakt med einingane innanfor RHO.

I intervju blir det vist til at planlegging av tildeling av bustad i overordna bustadsgruppe er viktig for å kartlegge behova for bustadar på sikt, og sikre at bygging av nye bustadar blir lagt inn i budsjettet og økonomiplanen for kommunen. Einingsleiar for tildelingskontoret peiker på at tildelingskontoret og eining for habilitering samarbeider med påørande når det gjeld å kartlegge behova og planlegge bygging av nye bustadar. Einingsleiar for habilitering og kommunalsjef for RHO viser til at dei har hatt fleire møte med påørande for å få innspel til behov knytt til bygging av nye bufellesskap.

I kommunedelplanen for RHO blir det vist til at eining for habilitering må imøtekomme eit auka behov i åra som kjem, mellom anna fordi nye brukarar kjem til og eksisterande brukarar blir eldre. I intervju med einingsleiar for

¹⁰ I tillegg er ei miljøgruppe knytt til basen i Husahaugen. Miljøgruppa gjev tenester til vaksne personar med utviklingshemming som bur i husvære som ikkje er knytt til eksisterande bufellesskap.

¹¹ Kjøtteinsvegen, i lag med avdeling Studalen, utgjer Tunet burettlag, og høyrer til STOBO, Stord Boligbyggelag AL.

¹² I samband med høyringa av rapporten, opplyste kommunen om at det var ein faktafeil i rapporten knytt til tal på plassar ved Sæbø gard. Revisjonen har oppdatert rapporten med rett tal. Kommunen opplyser også at det er ein arbeidsplass på vaskeriet på Knutsåsen, og 3 - 5 plassar i eldretilbod i tillegg til plassane på Sæbø gard.

¹³ Stord kommune. Mandat for overordna bustadsgruppe. Ikkje datert.

habilitering blir det vist til at talet på brukarar har auka i løpet av dei siste åra, og ein mogleg årsak til dette er at det er fleire barn enn tidlegare som får autismediagnosar. I fleire av intervju blir det også peikt på at nasjonale og internasjonale statistikk viser at personar med utviklingshemming i snitt no har høgare levealder enn dei har hatt tidlegare, og at det krev ei omstilling for kommunen å tilby gode eldreomsorgstenester for desse personane. Einingsleiar peikar på at det er behov for institusjonsplassar for personar med utviklingshemming på sikt. Per dags dato har Stord kommune bestemt at personar med utviklingshemming skal bli vurdert på same grunnlag som andre søkjarar når det gjeld søknad om plass på sjukeheim. Samstundes er det mangel på sjukeheimplassar i Stord kommune, og personar med utviklingshemming som allereie har heildøgns omsorg på bufellesskap blir ikkje alltid prioritert ettersom dei allereie har heildøgns helse- og omsorgstenester i bustad.

Arbeid og aktivitet

Det er i hovudsak to arbeids- og aktivitetstilbod til personar med utviklingshemming i Stord kommune; Sæbø gard (avdeling for arbeid og aktivitet) og Podlen verkstad. På **Sæbø gard** er det om lag 34 plassar, og tildelingskontoret utformar vedtak knytt til nivået på tenester (behov for oppfølging, kor mange dagar brukaren skal vere der, osv.). Sæbø gard tilbyr arbeidsaktivitet i form av vedproduksjon, produksjon av sommarblomar, føring av dyr, mm. I tillegg er det fast dans, musikk og eventyrlesing. Det er også eit formingsrom og sanserom på garden som brukarar kan nytte. **Podlen verkstad** er eit AS som kommunen eig gjennom aksjar, og kommunen er ikkje involvert i drifta eller tildeling av plassar til verkstaden. I samband med verifisering av datagrunnlaget i rapporten presiserer kommunen til at det i tillegg til arbeidstilboda på Sæbø gard og Podlen verkstad er fleire brukarar som har individuelle, tilrettelagde arbeidsplassar i forskjellige kommunale einingar.

Avdelinga for arbeid og aktivitet har utarbeidd ein opptrappingsplan i samråd med kommunalsjef og einingsleiar for arbeid- og aktivitetstilboda i eining for habilitering. Planen gjeld fram mot 2026, og legg ein plan for opptrapping i form av auka personell frå 2024. For å estimere ressursbehovet framover har avdelinga lagt til grunn at brukarane gjennomsnittleg går fire år på VGS, og at dei treng eit tilbod etter dette.

I fleire intervju blir det vist til at det er behov for meir varierte arbeids- og aktivitetsbehov for personar med utviklingshemming. Det blir mellom anna peikt på at det hadde vore hensiktsmessig med eit tilbod som er ein mellomting mellom Sæbø gard, der det er låg terskel for å få plass, og Podlen verkstad, der terskelen er høgare. Kommunen har heller ikkje noko styring over kven som får tilbod om jobb på Podlen Verkstad, då dette er eit AS som kommunen eig gjennom aksjar. Vidare blir det vist til at ikkje alle brukarar er interesserte i oppgåvene på Sæbø gard, og at det er viktig at kommunen legg til rette for at personar med utviklingshemming kan få arbeid som dei ønskjer. Brukarrepresentantar viser også til at dei ikkje opplever at arbeids- og aktivitetstilbodet er variert nok.

Kommunalsjef for RHO viser til at dette behovet er synleggjort i kommunedelplanen for RHO. Av kommunedelplanen går det fram at det kan om mogleg utviklast eit mellom-tilbod for arbeid og aktivitet, der arbeidsoppgåver til dømes kan vera naudsynt reingjering av hjelpemidlar, bilvask og liknande på brannstasjonen i kommunen.¹⁴ For å imøtekomme behova for meir varierte oppgåver innan arbeid og aktivitet, har eining for habilitering vore i dialog med organisasjonen Helt Med for å vurdere å inngå eit samarbeid om arbeidsplassar for personar med utviklingshemming.

Utover aktivitetstilboda på Sæbø gard, blir det arrangert fritidsklubb på måndagar og onsdagar i regi av eining for kultur, såkalt «mandagsklubb» og «onsdagsklubb» som brukarane kan delta på og som fleire trekk fram som veldig gode tilbod. Men det blir peikt på frå representant for brukarane at kommunen mellom anna manglar eit tilbod for fysisk aktivitet, og at det er for lite variasjon i tilbodet som blir tilbudd per i dag.

Avlastning

Stord kommune har tilbudd avlastning i avlastningsbustaden Sævarhagen. Stord kommune har arbeidd med å byggje ny avlastingsbustad som opnar første kvartal 2023. Den nye avlastningsbustaden har ti sengeplassar og fire barnebustadar. Med den nye bustaden er kapasiteten på avlastning auka med fire plassar, sjølv om ein har same budsjett. Einingsleiar viser til at årsaka til dette er at det er meir effektivt å samle alle plassane i ein bygning, framfor i to bygg slik det har vore gjort i Sævarhagen. Med den nye avlastningsbustaden er det planlagt for at kommunen skal ha noko ledig sengekapasitet for å sikre at kommunen kan handtere situasjonar med akutt behov for avlastning. Einingsleiar har i tillegg levert eit forslag til økonomisk opptrappingsplan for avlastning, men dette ligg ikkje i budsjettet for 2023.

¹⁴ Stord kommune. Kommunedelplan for rehabilitering, helse og omsorg 2022-2031.

Einingsleiar opplyser at det blei vedtatt bygging av ny avlastningsbustad fordi kommunen ikkje har klart å tilby avlastning på Sævarhagen til alle brukarar som har vedtak om dette. Løysinga har vore å tilby avlastning i privat heim. Det er dermed ikkje nokon som har vedtak om avlastning som ikkje har fått det, men ved ny avlastningsbudstad kan kommunen i større grad tilby avlastning utanom privat heim. I samband med verifiseringa presiserer kommunen at nokon av brukarane ønskjer avlastning i privat heim, medan andre har fått avlastning i privat heim som kompenserande tiltak fram til det er plass i avlastingsbustaden.

I fleire intervju blir det vist til at eininga får tilbakemeldingar frå pårørande at dei ønskjer eit meir fleksibelt avlastningstilbod, og då særleg meir avlastning i helgene. Einingsleiar peikar på at det ikkje er mogleg å tilby meir avlastning i helgene innanfor dagens budsjett, då det krev auka bemanning. Einingsleiar for tildelingskontoret viser til at kommunen prøvar å leggje til rette ved å tilby meir avlastning i vekedagane.

Ein av brukarrepresentantane som revisjonen har intervjuar viser til at kommunen har vore imøtekommande når pårørande har hatt behov for meir avlastning av ulike årsaker.

Støttekontakt

Det er eining for kultur som organiserer tilbodet knytt til støttekontaktar i Stord kommune. Revisjonen får opplyst at det er 20 personar med utviklingshemming som ventar på å få tildelt støttekontakt (per 1. februar 2023). Dette er av totalt 48 som har vedtak om støttekontakt. Eining for kultur viser til at blant dei som ventar på å få tildelt støttekontakt, er det om lag 10 personar som det har vore utfordrande å finne passande støttekontakt til på grunn av føringar frå pårørande og/eller kontaktpersonar når det gjeld kandidat. Kommunen viser til at fleire av desse har fått tilbod om kandidat og takka nei, medan andre har svart i kartlegging. Føringane kan til dømes gjelda alder, kjønn, ikkje personar med innvandrarbakgrunn, eller at støttekontakten skal vere tilgjengeleg på helg.

I intervju med brukarrepresentantar blir det peikt på at kommunen ikkje har eit tilstrekkeleg tilbod knytt til støttekontaktar, og at ein ikkje klarer å tilby dette til alle som treng det.

I intervju peikar einingsleiar for habilitering på at det er utfordrande å finne støttekontaktar til ein del av tenestemottakarane i eining for habilitering. Ei årsak til dette er at ein del av tilbodet i kommunen når det gjeld støttekontakt har vore gruppetilbod, noko som ikkje er eigna for alle brukarar med utviklingshemming. Kommunen viser til at det er meir krevjande å rekruttere støttekontakt til dei eldste brukarane og/eller dei med alvorleg utviklingshemming, enn personar med lettare utviklingshemming.

Fagleiar i eining for kultur opplyser at kommunen har opplevd sterk nedgang i søkjartalet til stillingar som støttekontakt etter koronapandemien: om lag halvparten av dei få som søkjer jobb som støttekontakt, trekk seg undervegs i prosessen, blir det opplyst. Dette blir stort sett grunngeve med at har søkjarane har fått anna jobb eller at det ikkje er tilstrekkeleg med tid til å ta på seg eit støttekontaktansvar.

4.3.3 Ventelister

Revisjonen har fått opplyst at Stord kommune ikkje opererer med ventelister på tenestetilboda i eining for habilitering. Einingsleiar opplyser at alle som har blitt tildelt tenester får dei tenestene dei har vedtak om, og at det ikkje er personar per i dag som har meldte behov som ikkje blir dekkja. Dette gjeld personar som har søkt om tenester. Det finst også innbyggjarar i kommunen som har ei diagnose, men som ikkje har søkt om tenester.

Tildelingskontoret har ei oversikt over personar som har søkt om bustad og/eller heildøgns omsorg, og set i verk mellombelse tiltak viss det ikkje er ledig plass i bustad med ein gong. På intervjutidspunkt var det 13 personar på oversiktsliste som hadde søkt om heildøgns omsorg, og av desse var det to som hadde kritisk behov for bustad. For desse personane blir det satt i verk mellombelse tiltak inntil permanente løysingar er på plass, til dømes plass på avlastningsbustad eller avlastning i privat heim.

Ingen plassar står ledige i bufellesskapa, og det kan difor vere behov for mellombelse løysingar ved enkelte tilfelle.

Når det gjeld aktivitetstilbod, er det heller ikkje venteliste, men det er heller ingen ledige plassar (altså ingen overkapasitet). Kommunen opplyser at det ikkje er meldt om nye brukarar hausten 2022, men kommunen kjenner til to tenestemottakarar som vil ha behov for dagtilbod frå hausen 2023.

Som nemnt tidlegare i denne rapporten er det ikkje tilstrekkeleg med kapasitet på avlastningsbustad, men det er tilbudd avlastning i privat heim som kompenserande tiltak fram til det er plass i avlastningsbustaden. I samband med verifiseringa av datagrunnlaget i rapporten presiserer kommunen at nokon brukarar ønskjer avlastning i privat heim, medan andre har fått avlastning i privat heim som kompenserande tiltak fram til det er plass i avlastningsbustaden. Det er ingen som har vedtak om avlastning som ikkje får avlastning.

Som nemnt tidlegare i dette kapittelet er det ikkje tilstrekkeleg med støttekontaktar i kommunen. Det er totalt 20 personar med utviklingshemming som ventar på å få tildelt støttekontakt, blant 48 som har vedtak om dette.

4.3.4 Samhandling mellom tildelingskontor og utførande einingar

Det er tildelingskontoret som har ansvaret for å saksbehandle søknader om helse- og omsorgstenester og bustad, og fatte vedtak om tenester. Tildeling av bustad og tildeling av tenester er to ulike vedtak, men blir ofte sett i samanheng og behandla i ein parallell prosess.

Det er utarbeidd fleire skriftlege prosedyrar for saksbehandling av søknadar om bustad og helse- og omsorgstenester, mellom anna retningslinjer for tildeling av kommunal bustad, skjema for kartlegging av behov, og sjekklister for utmåling av timar til BPA, helsetenester, og praktisk bistand.

Revisjonen får opplyst at det er eit tett samarbeid mellom tildelingskontoret og utførande einingar når det gjeld tildeling av bustad og tildeling av tenester. Behovet for tenester blir kartlagt i samtale med brukar og pårørande og/eller verje. I dei sakene det er nødvendig, blir det gjennomført møte mellom utførande eining og brukar og pårørande.

Kommunen opplyser også at det er eit tett samarbeid mellom tildelingskontoret og utførande einingar for å evaluere om vedtak knytt til den enkelte brukar er tilpassa behovet. Det er oppretta skriftleg prosedyre for evaluering og oppdatering av vedtak.¹⁵ Av prosedyren går det fram at det skal gjennomførast årlege samarbeidsmøte mellom sakshandsamar på tildelingskontoret og avdelingsleiarar i eining for habilitering, der ein går gjennom alle vedtaka som avdelingsleiar er ansvarleg for. Føremålet med møta er å fange opp endringar i tenestebehov hos brukarane og etablere ein rutine for samarbeid mellom tildelingskontoret og utførande eining. Prosedyren slår fast at avdelingsleiar har ansvar for å kontinuerleg dokumentere endring i helsetilstanden eller i behovet for hjelp i journalsystemet Profil. Av prosedyren går det vidare fram at det skal gjennomførast evalueringsmøte mellom sakshandsamar i tildelingskontoret og brukar, verje eller pårørande anna kvart år, eller ved behov. Dette er for å sikre brukarmedverknad og rett nivå på tenestene.

I intervju med einingsleiar for tildelingskontoret blir det vist til at vedtak knytt til den enkelte brukar blir evaluert for første gong etter seks månadar. Dette blir gjennomført ved at saksbehandlar tar kontakt med avdelingsleiar i utførande eining for å sikre at ein har funne eit rett nivå på tenestene. Ved behov blir pårørande og verje kontakta. Einingsleiar viser til at det blir gjennomført årlege samarbeidsmøte mellom avdelingsleiarar i eining for habilitering og tildelingskontoret, jmf. prosedyren nemnt over. I desse møta kjem det av og til fram at det er behov for å evaluere vedtak knytt til enkelte brukarar. Viss ikkje, er hovudregelen evaluering av vedtak annakvart år. Einingsleiar peikar på at det er relativt sjeldan at ein brukar har mindre behov for tenester enn det som går fram av vedtaket, og at det viktigaste for kommunen er å sikre at personar som har behov for *meir* hjelp, får det.

I intervju gir både representantar frå tildelingskontoret og frå eining for habilitering uttrykk for at dei opplever samhandlinga som god. Det blir vist til at tildelingskontoret og eining for habilitering har samarbeidsmøte annakvart veke, der også avdelingsleiar i avlastinga, koordinator i avlastinga og sakshandsamarar frå tildelingskontoret deltek. I desse møta har ein moglegheit til å ta opp saker knytt til behov hos brukarene. Viss det er konkrete saker knytt til enkelte brukarar i bufellesskap, deltek også avdelingsleiar for det aktuelle bufellesskapet.

I spørjeundersøkinga som blei gjennomført i samband med revisjonen blei avdelingsleiarar spurt i kva grad dei opplever at det er etablert eit godt samarbeid mellom tildelingskontoret og si avdeling som sikrar rett nivå på tenestene. Alle fire avdelingsleiarane som svarte på undersøkinga svarer at det *i stor grad* er etablert eit godt samarbeid mellom tildelingskontoret og si avdeling.

4.4 Vurdering

Basert på det som kjem fram i undersøkinga er det revisjonen si vurdering at Stord kommune sitt tilbod til personar med utviklingshemming ikkje fullt ut er dekkjande for brukarane sine behov for tenester. På nokre område synest kapasiteten i tenestene å vere tilfredsstillande, mens det på andre område ikkje blir gitt tenester i samsvar med vedtak/behov.

Etter revisjonen si vurdering har Stord kommune etablert eit føremålstenleg system for å dimensjonere og planlegge **bustadar** til personar med utviklingshemming i tråd med deira behov, i samsvar med føringar som seier at kommunen skal halde oversikt over bustadbehovet til innbyggjarane. Det er nedsett ei tverrfagleg bustadgruppe som sikrar at det blir henta inn informasjon om framtidige behov og at det blir avsett budsjettmidlar og planlagt

¹⁵ Stord kommune. Retningslinjer for tildeling av kommunal bustad i Stord kommune. Ikkje datert.

Stord kommune. Prosedyre for å sikre oppdaterte vedtak om helse- og omsorgstenester i Eining for Habilitering. Ikkje datert.

for bygging av nye bustadar/bufellesskap. I tilfelle med akutt behov for bustad og der det ikkje er mogeleg å tilby ei langvarig løysing umiddelbart, blir det tilbudd midlertidige løysingar i påvente av eit varig butilbod.

Når det gjeld **helsetenester i heimen**, er det revisjonen si vurdering at kommunen har gode system for å sikre at vedtaka reflekterer brukarane sine behov, og at vedtaka blir oppdatert dersom det er endringar i behov. Ingen brukarar som har vedtak om tenester står utan tenester, etter det revisjonen får opplyst.

Det er også revisjonen si vurdering at Stord kommune har sikra tilstrekkeleg *kapasitet* når det gjeld **tilbod knytt til arbeid og aktivitet**, i form av at ingen som har vedtak om eit slikt tenestetilbod ikkje får det. Samtidig meiner revisjonen – og som kommunen også sjølv er klar over – at tilbodet til dels er for smalt og at det er behov for meir breidde i aktivitetstilbodet og arbeidstilbodet til denne brukargruppa. Eit tilpassa og variert tilbod er viktig for at brukarane skal oppleve å ha meningsfulle aktivitetar og arbeid. Revisjonen merkar seg at kommunen har satt i verk tiltak som skal bidra til meir variasjon i tilbodet. Revisjonen meiner det også er viktig at kommunen inviterer brukarar og pårørande til å få uttale seg om kva dei ønskjer av aktivitetar og arbeid, og at innspel blir tatt med i vidareutvikling av tilbodet så langt det er mogeleg.

Kommunen har ikkje sikra eit tilstrekkeleg tilbod når det gjeld **støttekontaktar**. Fleire viser til at det er krevjande å få tak i støttekontaktar, og at konsekvensen er at enkelte brukarar ikkje har hatt tilbod om støttekontakt på fleire år, til tross for at dei har vedtak om dette. Dersom det er ytre forhold (slik som eksempelvis rekrutteringsutfordringar) som gjer det vanskeleg å iverksetje eit bestemt tenestetilbod umiddelbart, må kommunen sørge for at brukaren sitt tenestebehov blir dekkja på anna forsvarleg måte i mellomtida. Etter det revisjonen er kjent med er det i liten grad tilbudd alternativ til støttekontakt.

Tilbod om avlastning har ikkje vore omfatta av revisjonen som følge av pågåande tilsyn av Statsforvaltaren. Revisjonen vil likevel trekke fram at det i denne undersøkinga blir peikt på at pårørande ønskjer meir fleksibilitet i avlastningstilbodet. Kapasiteten til å tilby avlastning i avlastningsbustad har også vore for liten, men blir auka når nytt bygg står klart første kvartal 2023.

For å sikre rett nivå på tenestene er det viktig med **god samhandling mellom tildelingskontoret og utførande einingar**. Stord kommune har etter revisjonen si vurdering etablert føremålstenlege system og rutinar for samhandling mellom tildelingskontoret og avdelingane i eining for habilitering som sikrar at vedtak om tenester reflekterer brukarane sine behov, og det blir gjennomgåande gitt uttrykk for at samhandlinga fungerer godt i praksis.

5 Tilgang på ressursar med rett kompetanse

5.1 Problemstilling

I dette kapitlet vil vi svare på følgjande hovudproblemstilling med underproblemstillingar:

I kva grad har ein sikra tilstrekkeleg med ressursar med rett kompetanse i tenestene? Under dette:

- *Er det lagt opp til ei bemanning som er tilfredsstillande med omsyn til å levere naudsynte tenester?*
- *Klarer tenestene å ivareta tilfredsstillande nærvær blant medarbeidarane?*
 - *I kva grad arbeider kommunen med å redusere sjukefråvær knytt til arbeidsrelaterte forhold?*
- *Klarer kommunen å sikre tilfredsstillande kompetanse blant medarbeidarane?¹⁶*
 - *Ved rekruttering*
 - *Gjennom kompetansehevande tiltak*

5.2 Revisjonskriterium

Basert på arbeidsmiljølova § 3-1f, helse- og omsorgstenestelova § 4-1, forskrift om leing og kvalitetsforbetring i helse og omsorgstenesta § 6f og § 7b med rettleiar og Helsedirektoratet sin rettleiar «Gode helse- og omsorgtjenester til personer med utviklingshemming», har revisjonen utleia følgjande revisjonskriterium knytt til problemstillinga som blir undersøkt i dette kapitlet:

Kommunen skal:

- Sørge for tilstrekkeleg kvalifisert bemanning i tenestene. Kommunen bør derfor:
 - ha oversikt over brukarane sine behov
 - vurdere kva for bemanning og kompetanse som trengs for å dekke behova og planleggje ut i frå dette
- Sikre tilstrekkeleg fagkompetanse i tenestene
 - Vernepleiarar er særleg sentrale, med brei kunnskap om utviklingshemming, miljøterapeutisk arbeid, habilitering, rehabilitering, helsefremming og helsehjelp
- Ha oversikt over medarbeidarane sin kompetanse og behov for opplæring
- Sørge for at medarbeidarane i verksemda har tilstrekkeleg kunnskap og kompetanse til å utføre jobben sin på ein fagleg forsvarlig og god måte
- Bør etterstrebe stabilitet og kontinuitet i bemanning, då dette er viktig for kvaliteten i tenester til personar med utviklingshemming
- Sørge for systematisk arbeid med førebygging og oppfølging av sjukefråvær

Sjå vedlegg 2 for utfyllande revisjonskriterium.

5.3 Datagrunnlag

5.3.1 Bemanning for å sikre naudsynte tenester

Revisjonen har fått oversendt ei oversikt over tilsette og fagkompetanse i avdelingane i eining for habilitering.¹⁷ Av oversikta går det fram at det er 175 tilsette i bufelleskapa og avdelinga for arbeid og aktivitet (Sæbø gard), som utgjer om lag 98 årsverk.

Det er totalt 71 tilsette (37,7 årsverk) med utdanning som fagarbeidar (under dette helsefagarbeidar, omsorgsarbeidar, barne- og ungdomsarbeidar og fagarbeidar). Vidare er det 20 miljøterapeutar (16,6 årsverk), 24 vernepleiarar (20,3 årsverk), og 9 sjukepleiarar (8,2 årsverk). Det er 51 assistentar (ufaglærte), som utgjer 15 årsverk. I tillegg til dette er også alle avdelingsleiarane anten vernepleiar eller sjukepleiar.

¹⁶ Rekkefølga på underproblemstillinga er endra for å få ein best mogleg presentasjon av datagrunnlaget.

¹⁷ I samband med verifiseringa opplyste kommunen at det var enkelte feil i oversikta som revisjonen hadde fått tilsendt, og sendte over ny grunnlagsdokumentasjon på kompetansen i eininga. Revisjonen har nytta oversikten som blei sendt over i samband med verifisering av datagrunnlaget i rapporten.

Revisjonen får opplyst at det er fleire vakansar i eininga, til saman omlag 9,5 årsverk. Sjå oversikt under.

Tabell 3: Vakansar i eining for habilitering¹⁸

Avdeling	Vakant stilling	Stillingsprosent
Sæbø gard	Vernepleiar	20 %
Saghaugen ¹⁹	To helgestillingar	33 % (13 % og 20 %)
Studalen	Vernepleiar	100 % vernepleiar (det er gjort tilsetjing – oppstart i juni 2023)
	Fagarbeidar	70 % fagarbeidar (stillinga blir fordelt på tilsette som ønskjer høgare stilling, med unntak av helg)
	Helgestillingar	16 % helgestilling, samt fem helgestillingar ledig frå 6. mars (som følgje av endringar i turnus) ²⁰
Åsen/Furuly	Vernepleiar	100 % (fagarbeidar som vikar, stillinga skal lystast ut på nytt)
Sæbøhaugen	Helgestilling	13 %
	Helgestilling	20 %
	Fagarbeidar	31 %
	Helgestilling	12-18 %
	Kvilande natt	4 helger på 12 veker (noko av det som er vakant på kveld/natt blir fordelt på andre tilsette i ny turnus)
Husahaugen	Vernepleiar	100 % (er utlyst)
	Vernepleiar	100 % (har mogeleg kandidat)
	Helsefagarbeidar (natt)	61 %
	Sjukepleiar	100 % (vakant frå 1. mai)
	Fagarbeidar (natt)	68 % (vakant frå 1. mai)
		Det blir arbeidd med ny turnus, og i den samanheng blir det utarbeidd oversikt over tilsette som er kvalifiserte og som ønskjer høgare stilling
Avlastning og oppfølging,	Vernepleiar	100 %
Sævarhagen		Det er mogeleg at det blir fleire vakansar i denne avdelinga
Sum (ca.)		950 %

Einingsleiar for habilitering har det overordna ansvaret for fordeling av ressursar og personell mellom dei ulike avdelingane i eininga. Avdelingsleiarane har ansvaret for å planlegge turnus i eiga avdeling.

I intervju med ulike avdelingsleiarar i eining for habilitering går det fram at det variasjon i korleis dei opplever bemanningssituasjonen i si avdeling. Ein av avdelingsleiarane gir uttrykk for at det ikkje er tilstrekkeleg bemanning i avdelinga som følgje av endringar i behova til brukarane, og det blir arbeidd med å dokumentere kor mykje tid/personalressursar avdelinga treng for å kunne levere gode tenester til brukarane. Det blir vist til at

¹⁸ Avdelinga Kjøtteinsvegen/Valvatna inngår ikkje i tabellen då det ikkje er vakansar i avdelinga etter det revisjonen har fått opplyst.

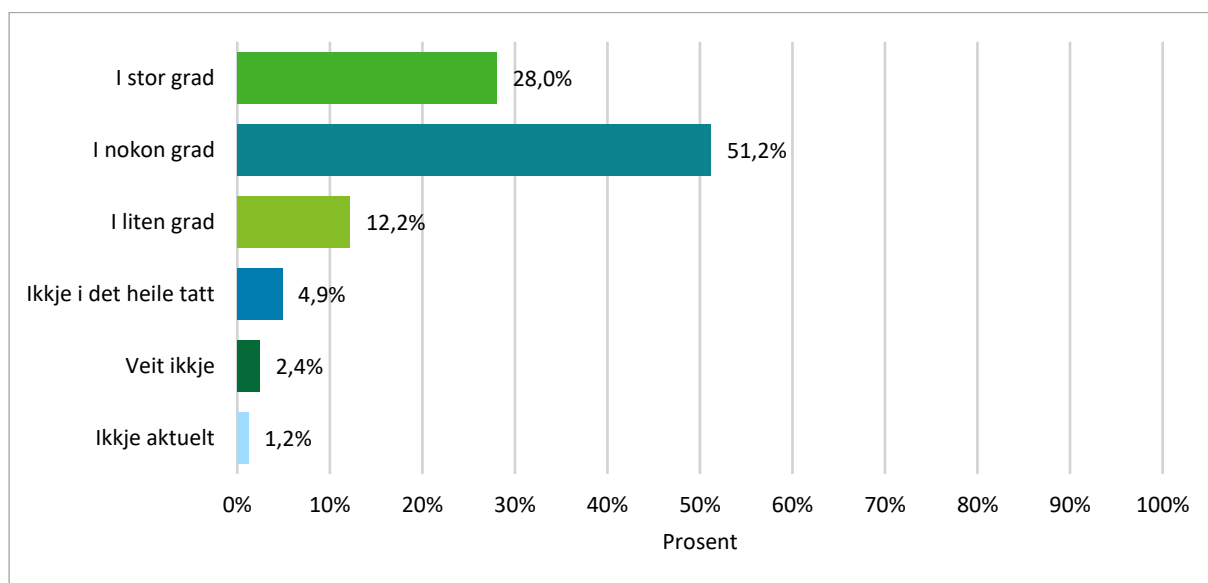
¹⁹ I tillegg er det to fagarbeidarar ute i sjukemelding. Det er innsett vikar i stillingane, med unntak av ei helg.

²⁰ Studalen har hatt turnus med langvakter kvar fjerde helg, men fleire tilsette ynskjer seg attende til tredjekvar helg med vanlege vakter, med resultat fleire helgestillingar ledig.

helsepersonell på avdelinga no arbeider trippelt enkelte vakter. To andre avdelingsleiarar opplever at ressursituasjonen er tilpassa behovet til brukarane slik det er no.

I spørjeundersøkinga som blei gjennomført i samband med revisjonen blei tilsette og avdelingsleiarar spurt i kva grad dei opplever at det er tilstrekkeleg med bemanning i si avdeling med omsyn til å gje forsvarlege tenester. Tilsette og avdelingsleiarar blei bedt om å ta stilling til bemanningssituasjonen på dagtid, kveldstid, natt, og i helgene. Når det gjeld bemanninga på dagtid, kveldstid, og i helgene, opplever flest respondentar at det *i nokon grad* er ei tilstrekkeleg bemanning for å gje forsvarlege tenester. Som vist i Figur 2 svarer litt over halvparten at det *i nokon grad* er tilstrekkeleg med bemanning på dagtid, medan 28 prosent opplever at det *i stor grad* er tilstrekkeleg med bemanning. Det er ikkje betydelege skilnadar i svarfordelinga når det gjeld dagtid, kveld og helg. Når det gjeld bemanning på natt, er det ein større andel (omlag halvparten av respondentane) som opplever at det *i stor grad* er lagt opp til ei tilstrekkeleg bemanning.

Figur 2: I kva grad opplever du at det er tilstrekkeleg bemanning i di avdeling til å gje forsvarlege tenester på dagtid? (n=83)



Respondentar som svarte at dei i nokon/liten grad eller ikkje i det heile tatt opplever at det er tilstrekkeleg bemanning i si avdeling (på dag/kveld/natt/helg) blei bedt om å utdjupe i fritekstfelt. Fleire respondentantar peikar på at det er tilstrekkeleg bemanning for å gje forsvarlege tenester, men at det ikkje er nok tid til å bidra til å gjere arbeidsdagen til brukarane meningsfylt, til dømes gjennom sosialt samvær og aktivitetar. Ein respondent skildrar utfordringa slik:

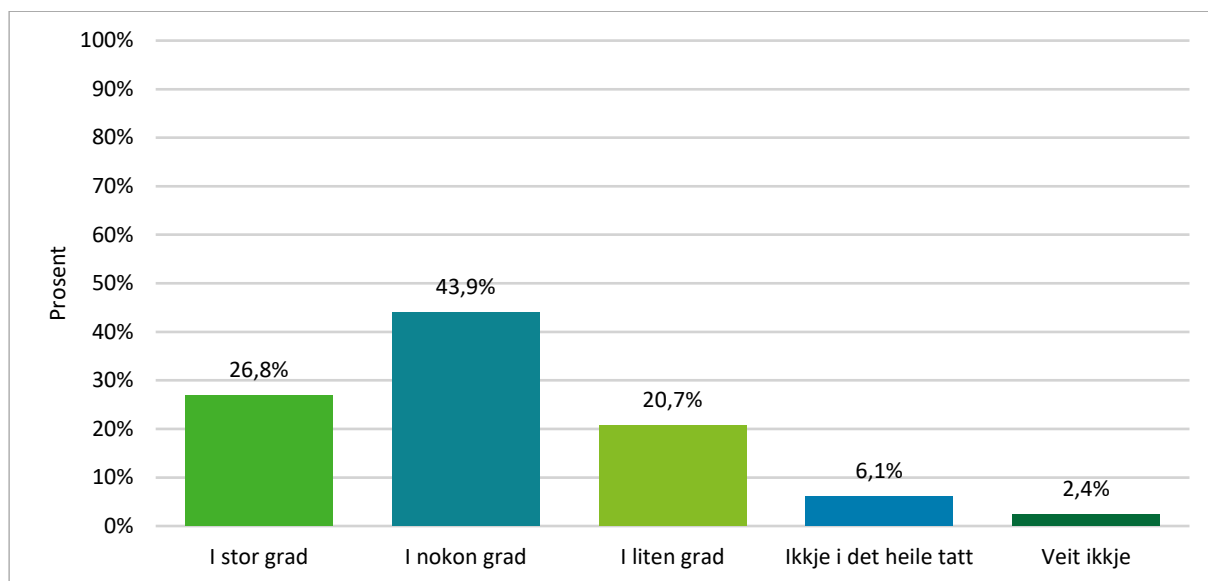
Forsvarleg helsehjelp vil seie det grunnleggande som mat, drikke, medisin. Men når ein heile tida streber å få til forsvarleg helsehjelp, vil det psykososiale i større grad bli gløymt, og ein har kun fokus på det som er forsvarleg. Då meiner eg det ikkje er forsvarleg helsehjelp lengre.

Av fritekstsvara går det vidare fram at dei aller fleste av respondentane opplever at årsaka til at det ikkje alltid er tilstrekkeleg bemanning er at det er eit høgt sjukefråvær i si avdeling. Sjukefråvær og tilsette sine opplevingar av korleis sjukefråværet går ut over tenestetilbodet vil bli nærare omtalt i neste kapittel.

Tilsette og avdelingsleiarar blei også spurt i kva grad dei opplever at det er samsvar mellom planlagt bemanning (turnus) og faktisk bemanning i si avdeling. Over 70 prosent av respondentane svarer at det i nokon grad, i liten grad, eller ikkje i det heile tatt er samsvar mellom planlagt og faktisk bemanning i avdelinga. Sjå figuren under.

I fritekstfelt blir det vist til at årsakene til avvik mellom planlagt og faktisk bemanning er høgt sjukefråvær og mangel på vikarar.

Figur 3: I kva grad opplever du at det er samsvar mellom planlagt bemanning (turnus) og faktisk bemanning i di avdeling? (n=83)



5.3.2 Arbeid med å sikre tilfredsstillande nærvær blant medarbeidarane

Sjukefråvær i eining for habilitering

Det samla sjukefråværet i eining for habilitering er på over 15 % både i 2021 og 2022. Tabellen under²¹ viser fråværet totalt for eininga og for kvar enkelt avdeling. Korttidsfråværet er på noko over 4 % i 2021, og har auka litt i 2022.

Det er ein del variasjon i omfang av sjukefråværet i dei ulike avdelingane, der nokre avdelingar har eit korttidsjukefråvær nærmare 3 % og andre ligg over 5 %. Tilsvarende gjeld også langtidsfråvær. To avdelingar har i 2022 eit samla sjukefråvær på over 20 %.

Tabell 4: Sjukefråvær i underavdelingane i Eining for habilitering i Stord kommune

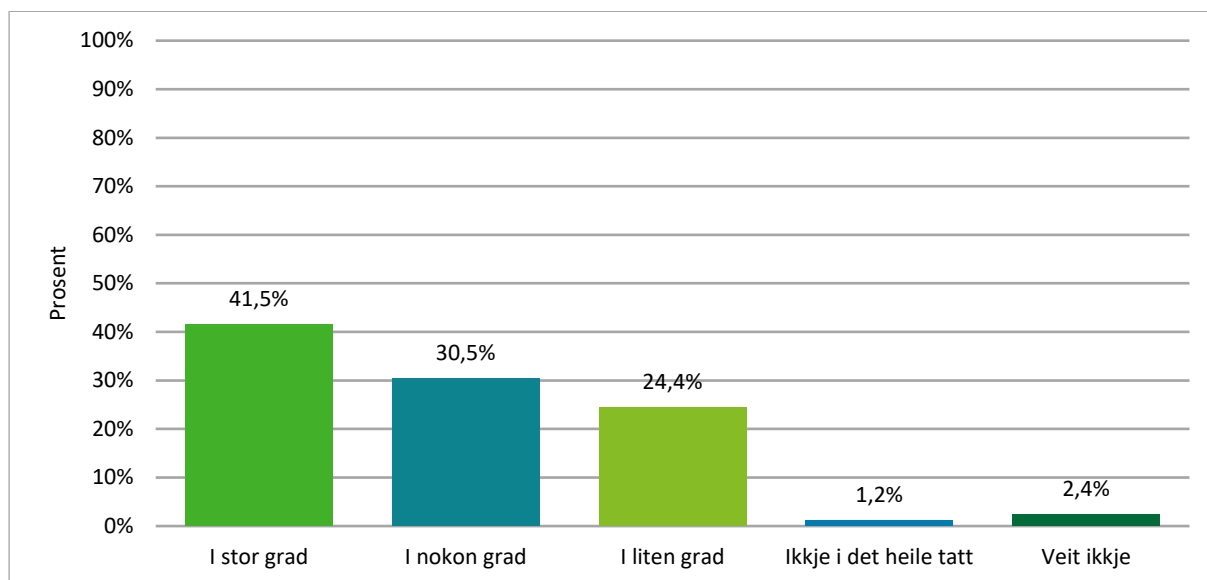
Avdeling	Årstal	Korttid (under 16 dagar)	Langtid (over 16 dagar)	Totalt
Avlastinga i Sævarhagen, Husahaugen, Administrasjon	2021	4,89%	12,10%	16,99%
	2022	5,32%	11,76%	17,08%
Studalen bustadar	2021	4,49%	5,19%	9,69%
	2022	4,85%	8,38%	13,23%
Kjøtteinsvegen	2021	3,64%	13,11%	16,75%
	2022	4,34%	5,33%	9,67%
Sæbøhaugen	2021	3,79%	10,55%	14,34%
	2022	5,64%	15,17%	20,81%
Åsen og Furuly	2021	2,85%	13,58%	16,42%
	2022	3,33%	19,82%	23,14%
Saghaugen	2021	3,61%	13,76%	17,37%
	2022	4,73%	12,21%	16,94%
Dagaktivitetsstilbod Sæbø gard	2021	4,28%	9,53%	13,81%
	2022	3,76%	5,66%	9,43%

²¹ For 2022 er tala per august 2022.

Eining for habilitering totalt	2021	4,11%	11,31%	15,41%
	2022	4,85%	11,39%	16,24%

I spørjeundersøkinga blei tilsette og avdelingsleiarar spurt om i kva grad dei opplever at sjukefråværet i si avdeling går ut over tenestetilbodet til brukarane. Om lag 42 prosent av respondentane opplever at sjukefråværet *i stor grad* går ut over tenestetilbodet til brukarane, medan 30 prosent opplever at sjukefråværet *i nokon grad* går ut over tenestetilbodet. Sjå figuren under.

Figur 4: I kva grad opplever du at sjukefråværet i di avdeling går ut over tenestetilbodet til brukarane? (n=83)



I fritekstsvar blei dei respondentane som svarte i stor/nokon grad, spurt om å utdjupe korleis sjukefråværet går ut over tenestetilbodet. Fleire av respondentane peikar på at eit høgt sjukefråvær og utbreidd vikarbruk fører til ein mindre føreseieleg kvardag, både for brukarar og tilsette.

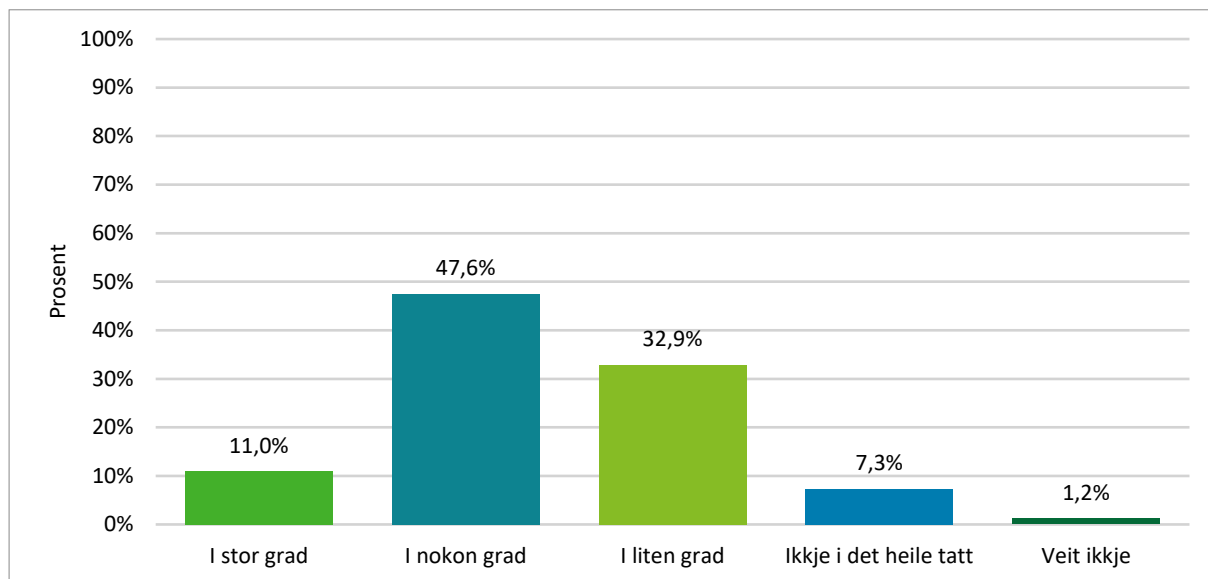
Éin respondent skildrar utfordringa på følgjande måte:

I grunnbemanning på kveld og helg er det akkurat nok bemanning til at det går rundt. Det krev fleksibilitet, kreativitet, og god planlegging for at alle bebuarane skal få si vedtaksfesta hjelp kvar dag. Eit tidvis høgt sjukefråvær gjer det vanskeleg å kunna innfri på dette. (...) Tilsette som opplev å ikkje ha tid ztil å gjera det som vert forventa, har eit høgare sjukefråvær når dei opplev å ikkje strekka til. Det fører igjen til at den høgaste kompetansen i avdelinga vert fråverande.

Tilgang på vikarar

Ein betydeleg del av respondentane (avdelingsleiarar og tilsette) opplever vanskar med å få tak i vikarar. Totalt svarar 40 prosent at avdelinga anten *i liten grad* (33 prosent) eller ikkje i det heile tatt (7,3 prosent) klarer å få tak i kvalifiserte vikarar når det er behov for dette. Om lag 48 prosent av respondentane opplever at avdelinga i nokon grad får tak i kvalifiserte vikarar, medan 11 prosent opplever at avdelinga i stor grad klarer dette.

Figur 5: I kva grad opplever du at avdelinga klarer å få tak i kvalifiserte vikarar når det er behov for dette? (n=83)



I fritekstsvar blir det mellom anna vist til at fleirtalet av vikarane er ufaglærte studentar eller studentar på vidaregåande skule, og at det er liten tilgang på vikarar med helsefagleg kompetanse. Fleire av respondentane peikar på at det ikkje er nok vikarar som klarer å dekke opp for kompetansen ein manglar som følgje av sjukefråvær. Det blir vist til at dette fører til ekstra belastning for fast personell, då dei må bruke ekstra kapasitet på å følgje opp vikarar og sikre at viktige oppgåver blir utført.

Også i intervju blir det vist til at det er utfordrande å få tak i vikarar ved fråvær, men at ein forsøker å dekke opp sjukefråvær med vikar for å sikre forsvarlege tenester. Ein av avdelingsleiarane viser til at det er nokre faste vikarar som kan kontaktast, og at det også er eit alternativ å be tilsette frå andre avdelingar avhjelpe. Nokre gonger må også avdelingsleiarane sjølv steppe inn som «vikar». Dersom det ikkje er mogeleg å få tak i vikar, blir det vist til at bemanningsbehovet blir løyst ved bruk av overtid, forskyving av vakter, bytte av vakter, dobbeltvakter, m.m. Det blir vist til at det særleg er krevjande å få tak i vikarar som ønskjer å jobbe i faste helgestillingar.

Kommunalsjef viser til at eining for habilitering er i ferd med å opprette ei vikarordning, der tilsette som i dag har deltidstilling i eininga skal få opplæring til å kunne gå vakter i fleire avdelingar. Dette vil både bidra til at deltidstilsette som ønskjer auka stillingsstorleik kan få dette, samt sikre meir stabil tilgang på vikarar ved til dømes sjukefråvær. bufellesskap. Kommunalsjef viser til at Stord kommune har god erfaring med ei tilsvarende vikarordning ved sjukeheimen, men at det ikkje er heilt avklart korleis vikarordninga i eining for habilitering skal organiserast.

Tiltak og arbeid med å redusere sjukefråvær

Det er utarbeidd ei overordna rutine for oppfølging av tilsette med eigenmeldt og legemeldt sjukefråvær.²² Av rutinen går det fram at Stord kommune er IA-verksemnd (inkluderande arbeidsliv), og at kommunen sine IA-målsettingar er eit sjukefråvær på under 7,5 prosent.

Av årsbudsjettet til Stord kommune for 2023 går det fram at korttidsfråværet ikkje skal overstige 2,5 prosent.²³ For å nå sjukefråværsmåla skal Stord kommune iverksette eit overordna nærværsprosjekt i 2023. Prosjektet skal gjelde alle einingane i kommunen, og inneber nært samarbeid mellom partane i trepartssamarbeidet, NAV arbeidslivssenter og bedriftshelsetenesta.²⁴ Kommunalsjef for RHO peikar på at dette prosjektet vil vere viktig for RHO. Fleire einingar i RHO har eit høgt sjukefråvær samanlikna med andre tenestemråde i kommunen. Når det gjeld eining for habilitering spesielt er det fleire som kommenterer at sjukefråværet er for høgt.

Det er ikkje sett eit konkret mål for sjukefråværet i eining for habilitering, men det er eit mål om at det skal reduserast. Einingsleiar peikar på at det truleg ikkje er realistisk med eit mål under 10 prosent.

²² Stord kommune. Rutine for oppfølging av sjukemeld arbeidstakar.

²³ Stord kommune. Årsbudsjett 2023. Tilgjengelig på [Framsikt](#).

²⁴ Stord kommune. Årsbudsjett 2023. Tilgjengelig på [Framsikt](#).

I intervjua blir det peikt på fleire årsaker til at det er eit høgt sjukefråværet i eininga. Ein del av sjukefråværet blir opplyst å ikkje vere arbeidsrelatert, men er knytt til kroniske sjukdomar hos tilsette. Når det gjeld arbeidsrelatert fråværet, blir det vist til belastningar ein får på jobben. Arbeidsrelaterte plager som har innverknad på sjukefråværet er mellom anna slitasje (muskel, skjelett), og fysiske og mentale påkjenningar knytt til støy (roping). Vidare blir det peikt på at det er psykisk krevjande for tilsette å stå i situasjonar med åtferd som utfordrar e.l. Det blir gitt fleire eksempel på tiltak som er sett i verk for å førebyggje arbeidsrelatert fråværet. Ein avdelingsleiar viser mellom anna til at det over lang tid har blitt jobba saman med bedriftshelsetenesta for å førebyggje og handtere risikoar knytt til støy, lyd og stressrelaterte symptom. Her har også kommunelege, støyekspertar, verneombod m.fl. vore involvert.

Kommunen gjennomførte eit sjukefråværsprosjekt i eining for habilitering i 2017, som var eit samarbeid mellom NAV arbeidslivssenter og HMT-leiar i kommunen. Bakgrunnen for prosjektet var at det over lang tid hadde vore eit høgt sjukefråværet i avdelingane i eininga. I samband med prosjektet blei det gjennomført intervju med alle åtte avdelingsleiarar i eining for habilitering. I intervju blei det peikt på fleire faktorar som var av betydning for sjukefråværet, mellom anna at avdelingsleiarane følte seg pressa på tid og at det var utfordringar knytt til arbeidsmiljø i nokre av avdelingane. I samband med prosjektet blei det også gjennomført ei storsamling med heile eininga der sjukefråværet og krav/forventningar til medarbeidarar stod på agendaen. Det blei òg gjennomført mange enkeltsamtalar med tilsette som hadde høgt sjukefråværet, saman med HMT-leiar og NAV.

Basert på innspel og erfaringar som blei samla inn som ein del av prosjektet blei det gjennomført fleire tiltak i eining for habilitering, mellom anna jamlege medarbeidersamtalar og tettare oppfølging av tilsette med høgt fråværet. I intervju viser einingsleiar til at prosjektet hadde god effekt, og at sjukefråværet gjekk betydeleg ned etter tiltaka som blei gjennomført.

Revisjonen får opplyst at sjukefråværet gjekk opp igjen under koronapandemien, og at det ikkje har gått ned igjen etter dette. På bakgrunn av dette blei det vedtatt å setje i gang eit nytt sjukefråværsprosjekt i 2022/2023 som byggjer på erfaringar frå prosjektet i 2017. Arbeidet blir koordinert med ei partssamansatt arbeidsgruppe med leiarar, tillitsvalde og verneombod. Det er valt ut to avdelingar i eining for habilitering som er pilotar for prosjektet. Mellom anna skal det gjennomførast samtalar med avdelingane og ei kartlegging av arbeidsmiljøet for å forsøkje å finne ut av årsakene til sjukefråværet og kva tiltak som kan setjast i verk.

5.3.3 Kompetanse – rekruttering og kompetansehevande tiltak

Rekruttering av medarbeidarar med tilstrekkeleg kompetanse

I fleire intervju blir det vist til at det er ei utfordring for kommunen å rekruttere tilstrekkeleg med vernepleiarar og sjukepleiarar til helse- og omsorgstenestene. Det blir peikt på at dette ikkje berre gjeld eining for habilitering, men for kommunen samla, og også nasjonalt. I spørjeundersøkinga kommenterer ein avdelingsleiar at det er krevjande å rekruttere vernepleiarar sidan denne kompetansen også er etterspurt i andre helse- og omsorgstenester og tenesteområde i kommunen, mellom anna innan psykiatri, rus, barnevern, skule og barnehage. Det blir vist til at det er mykje kvelds- og helgejobbing i eining for habilitering, og at dette gjer at det er vanskeleg å konkurrere med arbeidsgjevarar som kan tilby ei anna arbeidstid.

Fleire viser til at eining for habilitering har arbeidd med å tilby stillingar som er attraktive for jobbsøkjjarar, og særleg vernepleiarar. Eit av desse tiltaka er å lyse ut stillingar med medleverturnus, som inneber at tilsette jobbar lengre vakter om gongen, med lengre periodar fri mellom vaktene. Det blei utlyst inntil åtte stillingar i eit nytt omsorgsteam med medleverturnus før jul, som kommunen fekk 65 søkjarar til. Stillingane som blei lyst ut var både vernepleiarstillingar og helsefagarbeidarstillingar. Revisjonen får opplyst at det berre er marginalt høgare kostnader for kommunen å tilby stillingar med medleverturnus, samtidig som kommunen erfarer at slike arbeidstidsordningar er attraktivt for søkjarane. Eining for habilitering ser difor på denne moglegheita som eit vellukka tiltak for å rekruttere vernepleiarar, sjølv om det ikkje er mogeleg å tilby medleverturnus i alle avdelingar som følgje av behova til brukarane.

I intervju med representantar for brukarane blir det peikt på viktigheita av å tilsette fagressursar i tenestene til personar med utviklingshemming. Ein brukarrepresentant opplever at det har vore ei klar forbetring i løpet av dei siste åra når det gjeld kompetansen i kommunen, særleg etter at kommunen tilsette vernepleiarar i avlastningstenesta. Samstundes blir det peikt på at det er mangel på kompetanse på enkelte bufelleskap, mellom anna på bakgrunn av høgt sjukefråværet og bruk av ufaglærte vikarar som ikkje kjenner brukarane sine behov like godt som faste tilsette.

Opplæring og kompetanseheevande tiltak

Kvar avdeling i eining for habilitering har utforma ein opplæringsperm som skildrar sentrale arbeidsoppgåver ved avdelinga. I dei fleste av opplæringspermene er det utarbeidd ein sjekklister over punkt som skal inngå i opplæringa. Det blir både gitt opplæring kring den enkelte brukar, tillegg til generell opplæring, mellom anna knytt til diagnoser, prosedyrar, rutinar m.m. Eininga har eit mål om at mest av opplæringa som ikkje gjeld einiskild brukarar, skal takast digitalt. I denne samanheng blir KS-læring nytta som kursarena. Kommunen viser til at alle nyttilsette gjennomgår følgjande kurs:

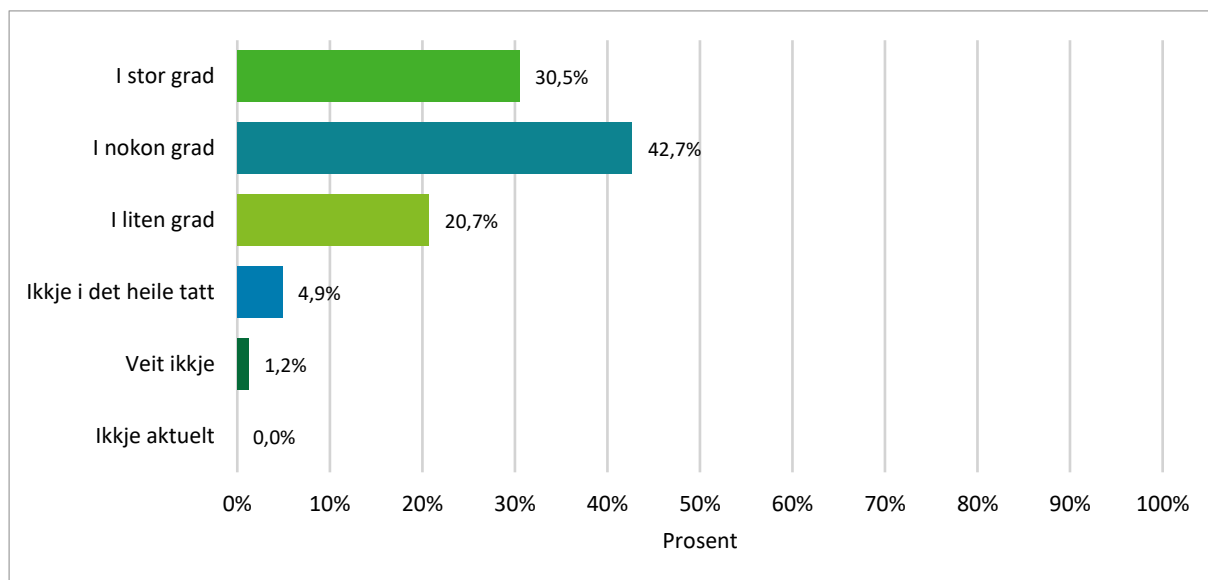
- Ny tilsett kurs i Stord kommune (felles for alle nyttilsette, uavhengig av tenesteområde)
- Kurs i legemiddelhandtering for aktuell yrkesgruppe
- Tvang og makt – kap. 9 Helse- og omsorgstenestelova
- Kurs i Positiv adferdsstøtte (PAS)
- Basale smittevern rutinar
- Handhygiene
- Bruk av smittevernutstyr – video
- KINS – grunnleggande informasjonstryggleik

Det varierer mellom avdelingane (bufellesskapa) kor mange opplæringsvakter dei har. I intervju med einingsleiar for habilitering blir det vist til at det tidlegare var slik at alle hadde tre opplæringsvakter, men nokre av avdelingsleiarane gav tilbakemelding om at det ikkje var tilstrekkeleg. Talet på opplæringsvakter er difor tilpassa den enkelte bustad.

I spørjeundersøkinga blei tilsette og avdelingsleiarar spurt i kva grad dei opplever at nye tilsette og vikarar får tilstrekkeleg opplæring ved oppstart i jobben.

Som vist i figuren under opplever 43 prosent at *det i nokon grad* blir gitt tilstrekkeleg opplæring til nye tilsette og vikarar når det gjeld behova til den enkelte brukar. Ca. 25 prosent opplever at *det i liten grad* eller *ikkje i det heile tatt* er tilstrekkeleg opplæring knytt til behova til den enkelte brukar.

Figur 6: I kva grad opplever du at nye tilsette og vikarar ved di avdeling får tilstrekkeleg opplæring ved oppstart i jobben når det gjeld behova til den enkelte brukar? (n=83)



I fritekstfelt blir det mellom anna vist til at opplæringa av nye tilsette og vikarar skal bestå av system og rutinar, kvalitetssystem og journalføring, avvik, medisinerutinar, behova til dei ulike brukarane, mm., og at det er krevjande å sikre at ein kjem gjennom alt på tre opplæringsvakter. Fleire av dei tilsette peikar på at ufaglærte vikarar ofte blir sett til å gje opplæring til nye vikarar og nye tilsette, som kan føre til at kvaliteten på opplæringa ikkje er tilfredsstillande. Når det gjeld opplæring i system og rutinar, peikar tilsette på at det ikkje er tilstrekkeleg tid til å gje opplæring i rutinar knytt til for eksempel korleis ein skal skrive avvik.

Tilsette sine opplevingar av eigen kompetanse og kompetansehevande tiltak

I spørjeundersøkinga blei tilsette spurt om å vurdere i kva grad dei opplever at dei har tilstrekkeleg kompetanse knytt til ulike områder som er relevant for jobben.

Omlag halvparten (49 prosent) svarar at dei i stor grad har tilstrekkeleg kompetanse knytt til **habilitering og målretta miljøarbeid**, medan 42 prosent svarar i nokon grad.

I overkant av ein tredjedel opplever at dei i stor grad (35 prosent) har tilstrekkeleg **kunnskap om diagnosar** knytt til utviklingshemming, medan i underkant av to tredjedelar svarar i nokon grad (58 prosent).

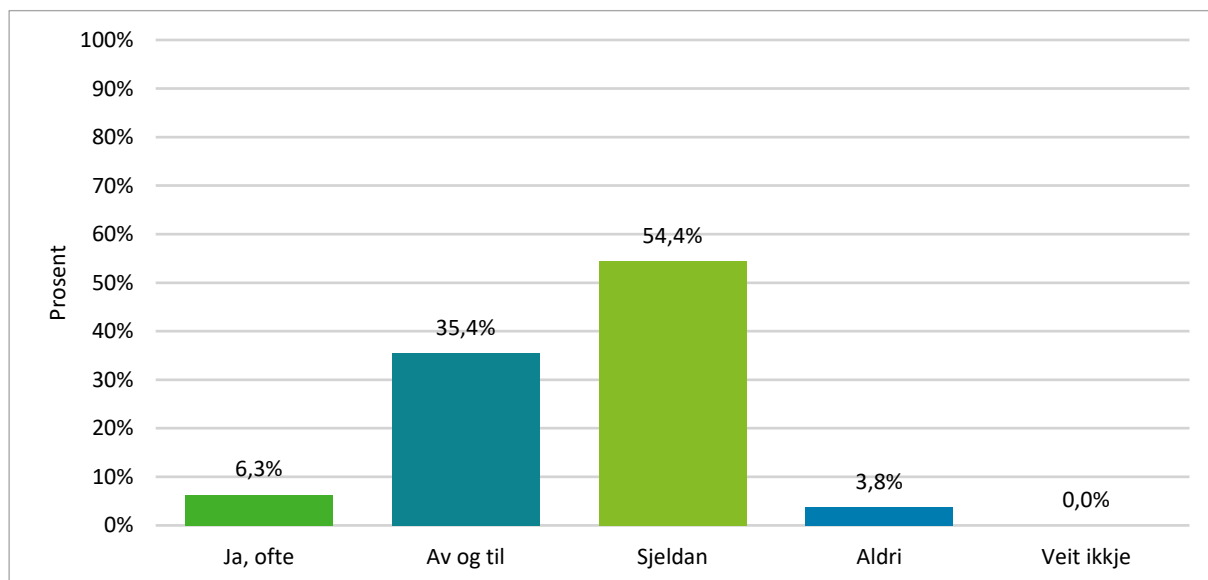
Tilsette er mindre trygge på eigen kompetanse knytt til **handtering av åtferd som utfordrar** og **bruk av tvang og makt**. Om lag 16 prosent opplever at dei i liten grad (13 prosent) eller ikkje i det heile tatt (3 prosent) har tilstrekkeleg kompetanse knytt til handtering av åtferd som utfordrar. Tilsaman 18 prosent opplever at dei i liten grad (15 prosent) eller ikkje i det heile tatt (3 prosent) har tilstrekkeleg kompetanse knytt til bruk av tvang og makt.

I fritekstsvaret blir det vist til at fleire tilsette ønskjer meir kompetanse knytt til bruk av tvang og makt. Ein tilsett skildrar behovet på følgjande måte:

[Eininga] burde ha auka fokus på lovverk ifht. kap. 9, sjølv om ein ikkje har fleire tvangsvedtak i bustad. Alle treng denne kompetansen uansett om ein har vedtatt etter kap. 9 eller ikkje. Burde ha avsett tid til å drøfte ulik kompetanse og erfaringar.

Tilsette blei vidare spurt om dei opplever at dei står i situasjonar i jobben der dei ikkje føler at dei har tilstrekkeleg kompetanse til å utføre tenester på ein forsvarleg måte. Sjå figuren under. Over halvparten av respondentane svarer at dei *sjeldan* eller *aldri* står i situasjonar der dei ikkje har tilstrekkeleg kompetanse til å gje forsvarlege tenester. Rundt 35 prosent svarer at dei står i slike situasjonar av og til, medan seks prosent opplever at dei ofte står i situasjonar der dei ikkje har tilstrekkeleg kompetanse til å utføre jobben på ein forsvarleg måte. I fritekstsvaret peikar fleire tilsette på at det er i møte med brukarar med psykiatriske diagnosar og/eller behov for psykisk helsehjelp at dei opplever at dei ikkje har den kompetansen som er naudsynt for å gje forsvarlege tenester.

Figur 7: Opplever du at du står i situasjonar i jobben der du ikkje føler at du har tilstrekkeleg kompetanse til å utføre tenester på ein forsvarleg måte? (n=79)



I spørjeundersøkinga blei tilsette bedt om å vurdere kor viktig eller uviktig ulike former på **kompetanseheving** er, på ein skala frå 1 til 5 (der 1 ikkje er viktig og 5 er svært viktig). Tilsette blei bedt om å vurdere følgjande former for kompetanseheving:

- Vidareutdanning
- Kurs
- Interne fagdagar
- Kompetansedeling/utvikling i det daglege arbeidet
- Den enkelte sitt ansvar for å halde seg fagleg oppdatert

Av svara går det fram at tilsette i størst grad opplever at **kompetansedeling/utvikling i det daglege arbeidet** er den viktigaste forma for kompetansedeling, etterfølgt av **interne fagdagar og kurs**.

I spørjeundersøkinga blei tilsette spurt i kva grad dei opplever at Stord kommune gir eit tilstrekkeleg kompetansehevingstilbod til tilsette som arbeider i tenester til personar med utviklingshemming. Nesten halvparten av respondentane opplever at kommunen *i nokon grad* gir eit tilstrekkeleg kompetansehevingstilbod, medan nærare ein av fire (23 prosent) opplever at kommunen *i liten grad* tilbyr eit tilstrekkeleg kompetansehevingstilbod til tilsette.

I fritekstfelt viser fleire tilsette til at satsinga på PAS (nemnt i del 3.3.1 av denne rapporten) har vore eit positivt kompetansehevingstilbod til tilsette. Samstundes blir det peikt på at det er behov for meir kurs knytt til for eksempel handtering av åtferd som utfordrar og bruk av tvang og makt. Vidare er det meldt behov for at det blir gitt tilstrekkeleg tid til å gjennomføre kurs i arbeidstida.

5.4 Vurdering

Basert på det som kjem fram av undersøkinga arbeider Stord kommune etter revisjonen si vurdering på fleire område godt med å sikre tilstrekkeleg ressursar med rett kompetanse i tenestene. Av 98 årsverk i eining for habilitering (ikkje medrekna avdelingsleiarane) er det 85 prosent som har fagutdanning, anten som fagarbeidar, vernepleiar, miljøterapeut eller sjukepleiar. Samtidig viser undersøkinga at det å sikre tilstrekkeleg **bemanning og kompetanse** i tenestene til personar med utviklingshemming i praksis er krevjande og ei kjent utfordring for leiinga. Sjølv om det kan bli planlagt for ei tilstrekkeleg bemanning, er realiteten at det er ein del avvik mellom planlagt og faktisk bemanning.

Det er 9,5 årsverk som står **vakante**, og det samla **sjukefråværet** i eining for habilitering ligg på over 15 prosent. I nokre avdelingar er sjukefråværet på over 20 prosent. Eit så høgt sjukefråvær er langt unna kommunen sitt måltal om sjukefråvær, og tilsette rapporterer om at eit høgt sjukefråvær både går ut over deira arbeidsmiljø, og at kvaliteten på tenestene blir svekka av at det er mange vikarar på jobb utan tilstrekkeleg kompetanse eller kjennskap til brukarane sine behov.

Det er ingen tydelege krav i regelverket for kor høgt nærvær dei kommunale tenestene skal ha, men kommunen har ei plikt til å sørge for systematisk arbeid med førebyggjing og oppfølging av sjukefråvær, jmf. arbeidsmiljølova § 3-1, andre ledd bokstav f. Å førebyggje sjukefråvær er viktig både for medarbeidarar (arbeidsmiljø) og for brukarane som mottek tenester. I tenester til personar med utviklingshemming er stabilitet og kontinuitet i relasjonane mellom tenestemottakarar og tenesteytarar spesielt viktig for kvaliteten i tenestene. Det er derfor svært viktig å arbeide med å redusere sjukefråværet i eininga.

Basert på det som kjem fram av undersøkinga, er det revisjonen si vurdering at eining for habilitering ikkje klarer å ivareta tilfredsstillande nærvær blant medarbeidarane. Samtidig ser vi at det blir gitt eksempel på at ein har arbeidd med å førebyggje arbeidsrelatert fråvær, og at sjukefråværet ikkje alltid skuldast arbeidsrelaterte årsaker. Revisjonen ser at det kan ha vore utfordrande å arbeide med å førebyggje ein del sjukefråvær under pandemien, slik som korttidsfråvær som skuldast luftvegsinfeksjonar, og merkar seg at kommunen no har sett i verk tiltak for å redusere og førebyggje sjukefråvær. Etter revisjonen si vurdering er det viktig at arbeid med å førebyggje og redusere sjukefråvær blir tilstrekkeleg prioritert og følgt opp for å sikre både godt arbeidsmiljø og god kvalitet i tenestene til brukarane.

Kommunen har også utfordringar med å **rekruttere** personell med nødvendig kompetanse, men arbeider etter revisjonen si vurdering med fleire føremålstenlege tiltak både for å auke stillingsprosenten til eksisterande tilsette, samt å tilby turnusordningar som er attraktive for søkerar.

Det blir også arbeidd med **kompetansehevande tiltak** for eksisterande tilsette, men ein del tilsette opplever ikkje at opplærings- og kompetansehevingstilbodet er tilstrekkeleg. Det er ein relativt høg andel på nærare ein av fire som opplever at kommunen *i liten grad* tilbyr eit tilstrekkeleg kompetansehevingstilbod. Revisjonen merkar seg at det blir etterlyst meir kompetanse om bruk av tvang og makt og handtering av åtferd som utfordrar. Kommunen har etter regelverket ei plikt til å ha oversikt over medarbeidarane sin kompetanse og behov for opplæring. Basert på det som kjem fram i undersøkinga, stiller revisjonen spørsmål ved om kommunen har hatt tilstrekkeleg oversikt over dette, og tilbudd målretta opplæring og kompetanseheving. Kommunen har sett i verk fleire kompetansehevingstiltak – mellom anna PAS som fleire peikar på som positivt, og har ein overordna kompetanseplan for RHO. Det er imidlertid ikkje utarbeidd eigne kompetanseplanar for eining for habilitering og avdelingane i eininga. Som påpeikt i vår vurdering i kapittel 3.4 meiner vi dette bør vurderast for å sikre målretta opplæring til tilsette som yter tenester til personar med utviklingshemming.

6 Avvikssystem

6.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgjande hovudproblemstilling med underproblemstillingar:

I kva grad er det etablert eit tilfredsstillande avvikssystem? Under dette:

- *I kva grad meiner tilsette at det er tydeleg kva som er avvik og korleis desse skal meldast?*
- *I kva grad blir det meldt avvik ved brot på rutinar?*
- *Blir avvik følgt opp på ein tilfredsstillande måte for å sikre læring og forbetring?*

6.2 Revisjonskriterium

Basert på krav i kommunelova § 25-1 og forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse og omsorgstenesta § 6g og § 8e med rettleiar, har revisjonen utleia følgjande revisjonskriterium knytt til problemstillinga som blir undersøkt i dette.

Kommunen skal:

- sikre kultur og system slik at avvik blir meldt
- sikre at tilsette får tilstrekkeleg opplæring i rutinar for å melde inn avvik, under dette korleis og i kva tilfelle avvik skal meldast
- ha oversikt over avvik, herunder uønskete hendingar, evalueringar, klager, brukarerfaringar, statistikk m.m. som grunnlag for å kunne vurdere om verksemda overheld helse- og omsorgslovgivinga, inkludert om tenestene er fagleg forsvarlege og om verksemda arbeider systematisk for kvalitetsforbetring og pasienttryggleik
- sikre at avvik og risiko for avvik blir følgt opp
- sørge for at verksemda jamleg gjennomgår avvik og uønskete hendingar for å avdekke årsakar, fremje læring og førebyggje tilsvarande hendingar

Sjå vedlegg 2 for utfyllande revisjonskriterium.

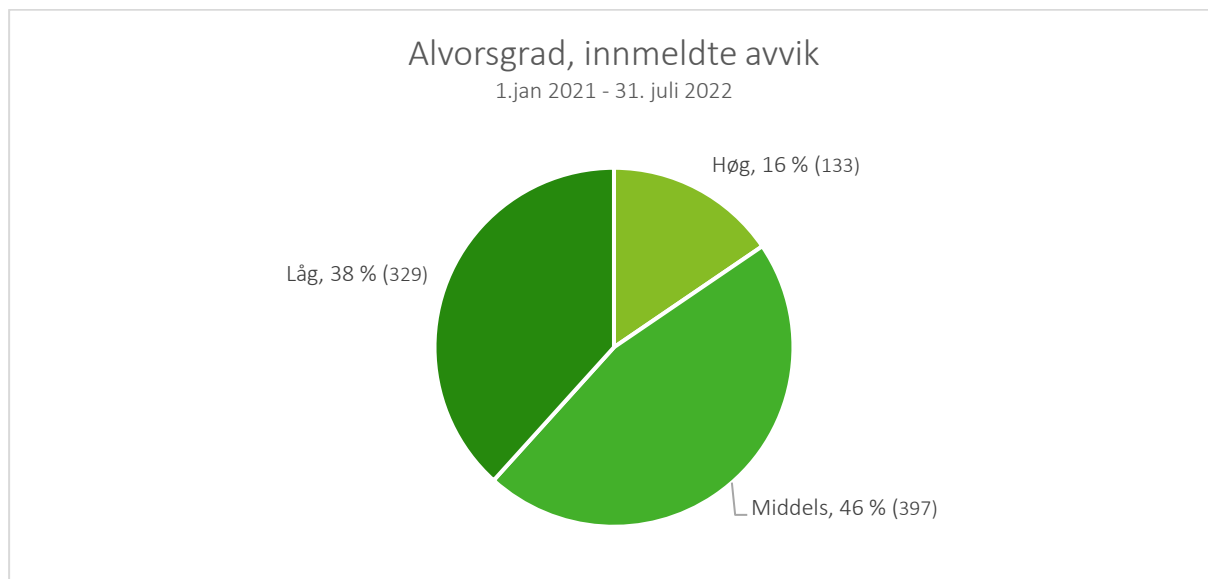
6.3 Datagrunnlag

6.3.1 Omfang av avvik

Tilsette i Stord kommune skal melde inn avvik i kvalitetssystemet Compilo. Det er mogleg å melde inn avvik via app på mobilen eller på PC.

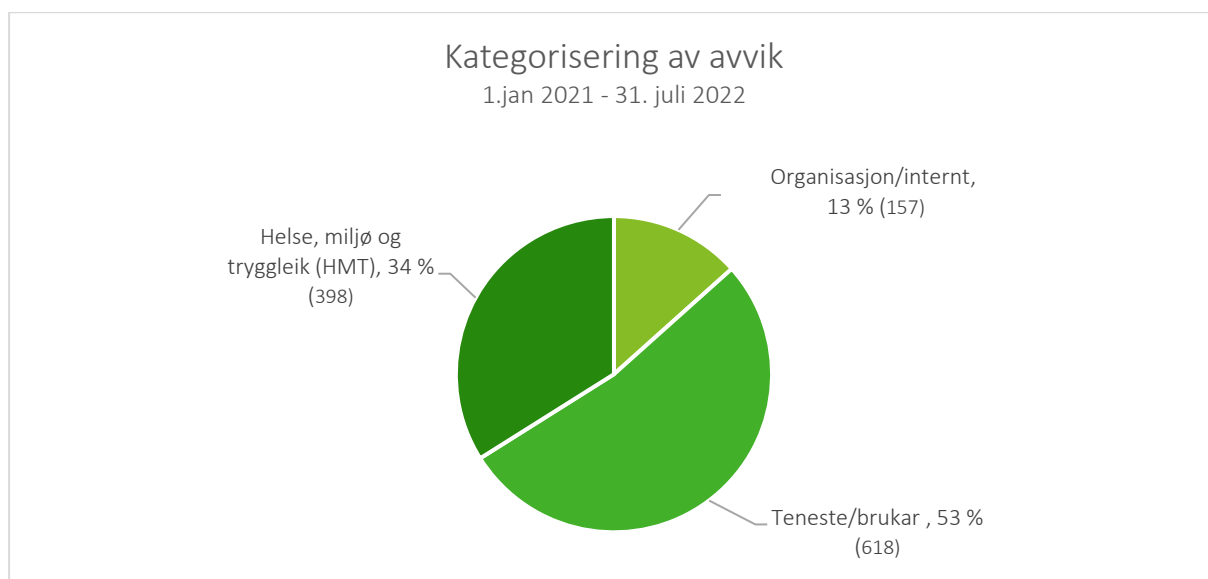
Revisjonen har fått tilsendt avviksstatistikk for eining for habilitering i tidsperioden 1. januar 2021 til 31. juli 2022. Av statistikken går det fram at det var meldt inn 859 avvik i denne perioden. Figuren under viser ei oversikt over alvorsgraden på avvika. Dei fleste av avvika (46 prosent) var klassifisert som middels alvorsgrad, medan 38 prosent var klassifisert som låg alvorsgrad. 16 prosent av avvika hadde høg alvorsgrad.

Figur 8: Alvorsgrad på innmeldte avvik, eining for habilitering (tal på avvik: 859)



Figuren under viser at dei fleste av avvika var knytt til tenesteutøving eller brukar, medan om lag ein tredjedel av avvika var relatert til helse, miljø og tryggleik (HMT). Eit mindretal av avvika (13 prosent) var knytt til organisasjon og/eller interne forhold i avdelinga.

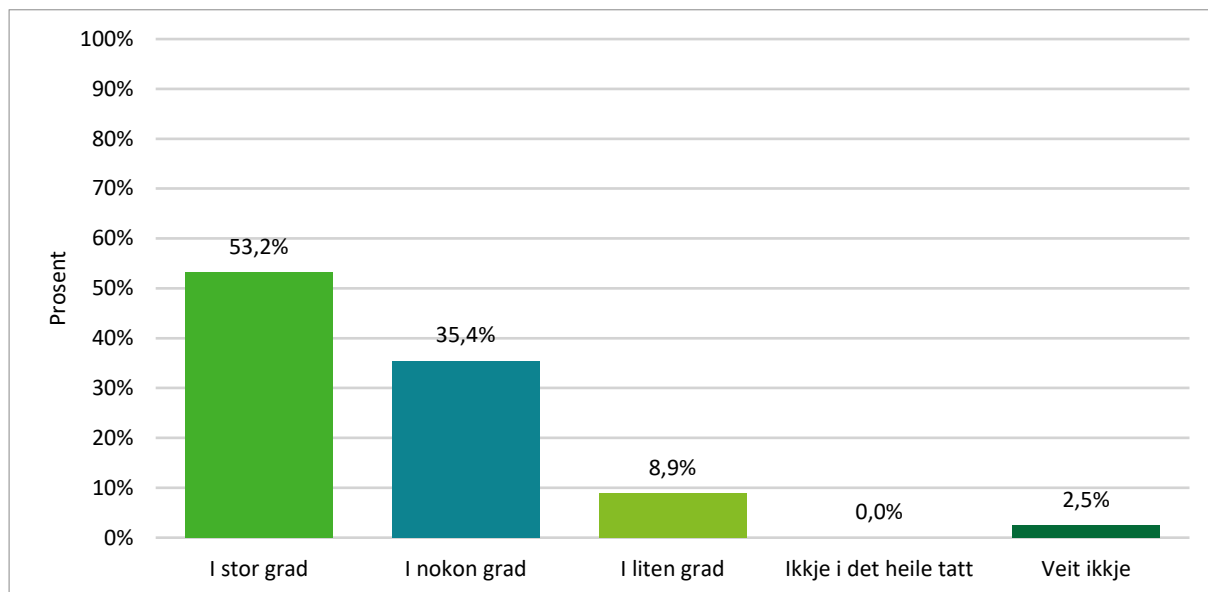
Figur 9: Kategorisering av avvik, eining for habilitering (tal på avvik: 1173)²⁵



I spørjeundersøkinga blei tilsette spurt i kva grad dei opplever at sin leiar oppfordrar tilsette til å melde avvik. Over halvparten av respondentane svarar at sin avdelingsleiar i stor grad oppfordrar tilsette til å melde avvik. 35 prosent svarar at avdelingsleiar i nokon grad gjer dette, medan ni prosent svarar at avdelingsleiar i liten grad oppfordrar tilsette til å melde avvik. Sjå figuren under.

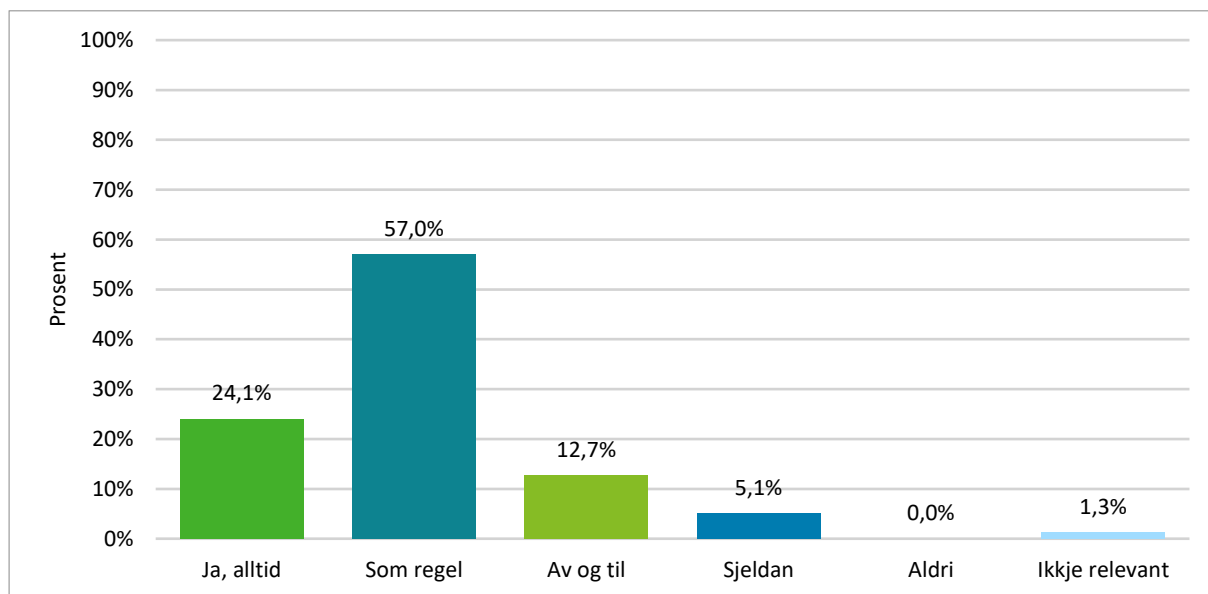
²⁵ I samband med verifiseringa av datagrunnlaget i rapporten opplyser Stord kommune at ulikt tal avvik i figur 8 og figur 9 skuldast at nokre avvik har blitt kategorisert i fleire kategoriar, til dømes både HMT og teneste/brukar.

Figur 10: I kva grad opplever du at din leiar oppfordrar tilsette i avdelinga til å melde avvik? (n=79)



Tilsette blei også spurt i kva grad dei melder inn avvik når avvik oppstår. Som det går fram av figuren under, svarer dei fleste av respondentane (57 prosent) at dei *som regel* melder inn avvik når avvik oppstår, medan ein fjerdedel svarer at dei *alltid* melder inn avvik. Rundt 13 prosent svarer at dei *av og til* melder avvik når avvik oppstår, medan 5 prosent svarer at dei sjeldan gjer det.

Figur 11: Melder du inn avvik når avvik oppstår? (n=79)



I fritekstfelt blei tilsette bedt om å utdjupe kvifor dei ikkje alltid melder avvik når avvik oppstår. Fleire viser til at det ikkje er tilstrekkeleg tid til å skrive avvik i arbeidstida. Det blir mellom anna grunngeve med at det er mangel på tid og moglegheiter til å la brukarane vere aleine i løpet av vakta, som gjer at ein må fylle inn avvik etter arbeidstid. Vidare er det ein del som peikar på usikkerheit rundt kva som skal meldast som avvik, eller fordi dei er usikre på kor grensa går. Nokre av respondentane opplever at terskelen i avdelinga har vore for høg når det gjeld å melde inn avvik, særleg på sjølvskading og truslar frå brukar. Andre presiserer at dei alltid er nøye med å melde inn alvorlege avvik.

Einingsleiar for habilitering opplyser at eininga har retta mykje merksemd på viktigheita av å melde avvik, og har fått tilbakemelding frå kommunen sentralt om at eininga er blant dei flinkaste i kommunen på dette.

I intervju med avdelingsleiarar blir det peikt på at det alltid er rom for forbetring når det gjeld å sikre at tilsette melder inn avvik når avvik oppstår. Ein avdelingsleiar viser til at det kan variere i kva grad dei tilsette melder inn

avvik når avvik oppstår. Ein annan leiar viser til at dei tilsette i større grad melder inn avvik som er tydelege (til dømes støy, utagering, feil på medisin, osv.) enn avvik av mindre tydeleg karakter (oppgåver som ikkje har blitt gjort, underbemanning, osv.)

6.3.2 Tilsette sine opplevingar av kva som skal meldast som avvik

Det er ikkje utarbeidd egne avviksrutinar for eining for habilitering, men det er ei felles prosedyre som gjeld heile kommunen. I prosedyren er følgjande definert som avvik:

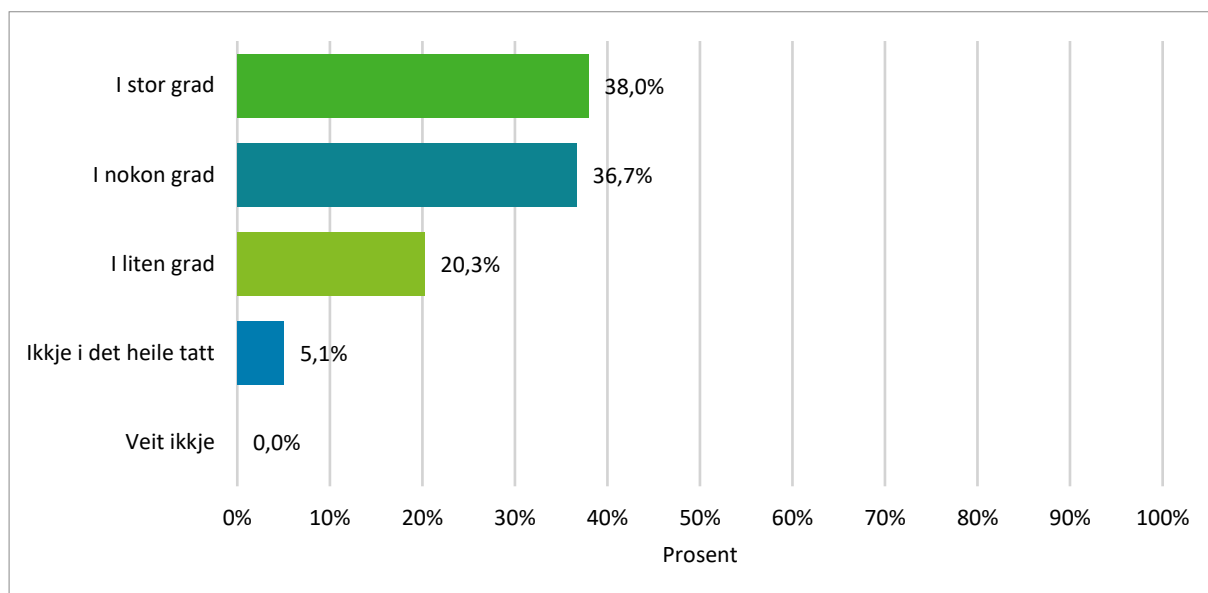
Avvik er brot på minstekrav fastsett i eller med heimel i lover, forskrifter, prosedyrar og/eller andre styringsdokument. Døme på eit avvik er når eleven ikkje får dei minsterettane eleven har etter opplæringslova, eller når institusjonsbrukaren ikkje får ivareteke sine forskriftregulerte rettar til ivaretaking av sine grunnleggande behov.

Det er utarbeidd to opplæringsvideoar som omhandlar melding av avvik, samt skriftleg rettleiing. Videoane og rutinar er tilgjengeleg via Compilo og tilsette får opp påminning i systemet (årshjul) to gongar per år. I samband med verifiseringa kommenterer kommunen at det i tillegg er gjennomført møte i omlag halvparten av avdelingane i eining for habilitering det siste året der controller (jurist) i kommunen har orientert direkte og hatt dialog om avvik.

Det er næraste leiar (avdelingsleiar) som har ansvar for å sikre at tilsette får opplæring i korleis og i kva tilfelle dei skal melde avvik. Avdelingane i eining for habilitering har opplæringspermar som er fysisk tilgjengeleg i papir. I fleire avdelingar sine permar er det gitt døme på avvik som er spesifikke for tenester til personar med utviklingshemming, men ikkje i alle. I dei permanente der det er omtalt, er det mellom anna gitt døme på medisinalavvik, avvik som har ført til at tilsett ikkje har fått gjort jobben sin (spytting, lugging, o.l.), og avvik ved personskade. Det er også beskrive korleis ein skal melde inn avvik knytt til bruk av tvang i nødsituasjonar, jf. lov om helse- og omsorgstenester kapittel 9.

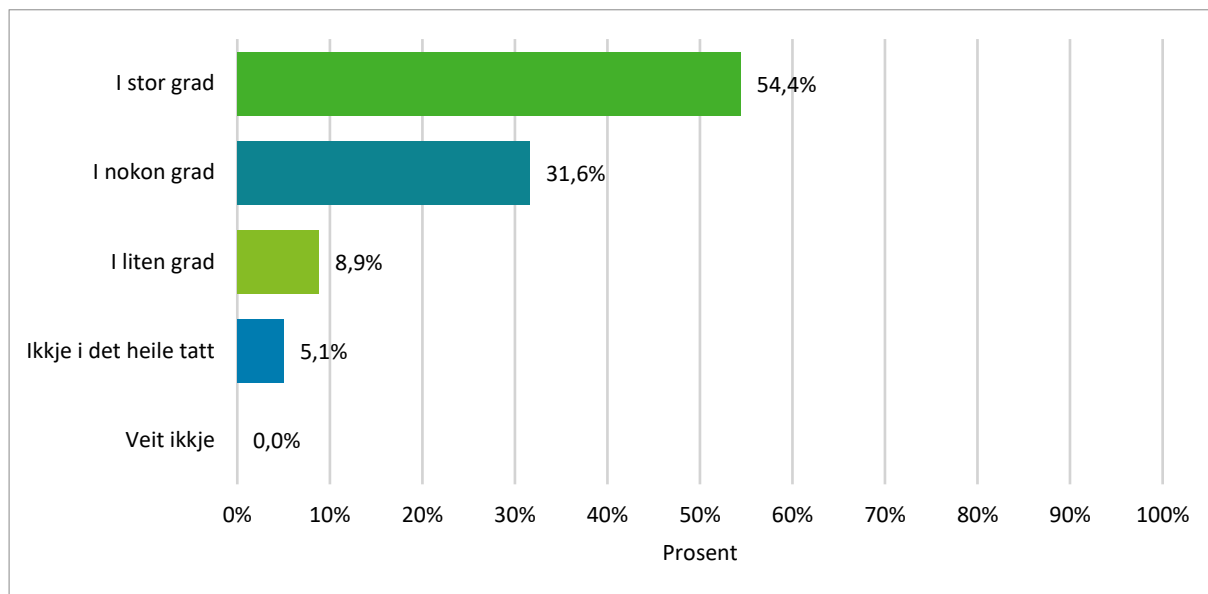
I spørjeundersøkinga som blei gjennomført i samband med revisjonen blei tilsette spurt i kva grad dei opplever at dei har fått tilstrekkeleg opplæring i avviksrutinar. Om lag ein fjerdedel av respondentane opplever at dei i liten grad eller ikkje i det heile tatt har fått tilstrekkeleg opplæring i avviksrutinar. Sjå figuren under.

Figur 12: I kva grad opplever du at du har fått tilstrekkeleg opplæring i avviksrutinar? (n=79)



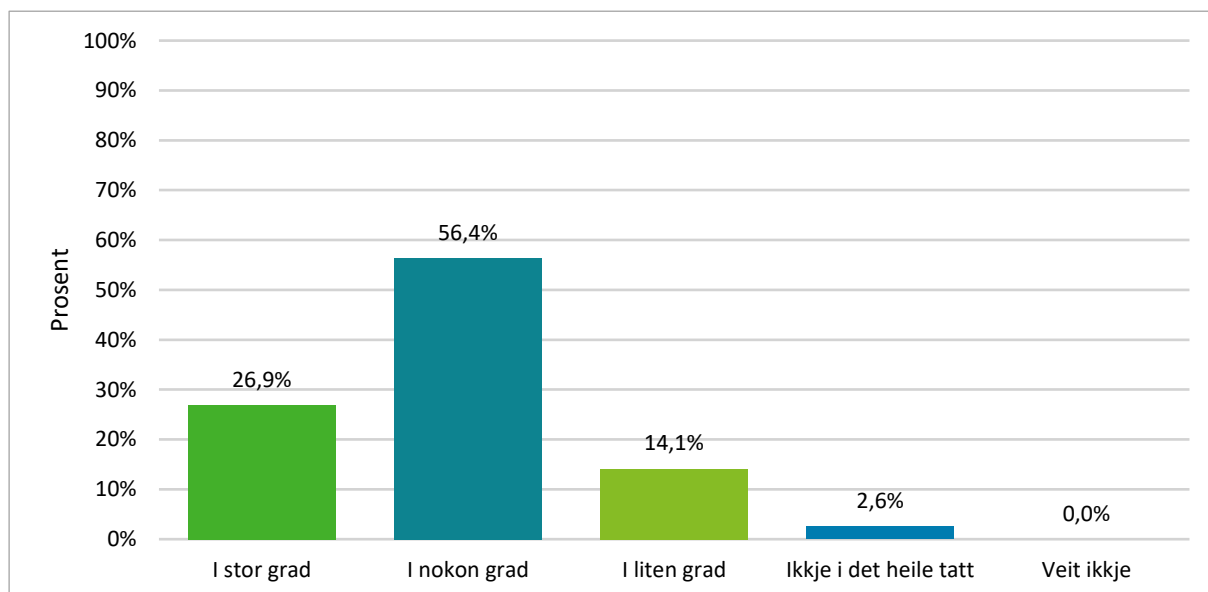
Det er ein høgare andel - over halvparten av respondentane – som svarer at dei i stor grad har fått tilstrekkeleg opplæring i korleis dei skal melde inn avvik, medan 32 prosent opplever at dei i nokon grad har fått tilstrekkeleg opplæring i dette. Sjå figuren under.

Figur 13: I kva grad opplever du at du har fått tilstrekkeleg opplæring i korleis du skal melde inn avvik? (n=79)



Over halvparten av respondentane svarar at det i nokon grad er tydeleg *kva* som skal meldast inn som avvik. Til saman 16 prosent opplever at det i liten grad eller ikkje i det heile tatt er tydeleg *kva* som skal meldast inn som avvik. Sjå figuren under.

Figur 14: I kva grad opplever du at det er tydeleg *kva* som skal meldast inn som avvik? (n=78)



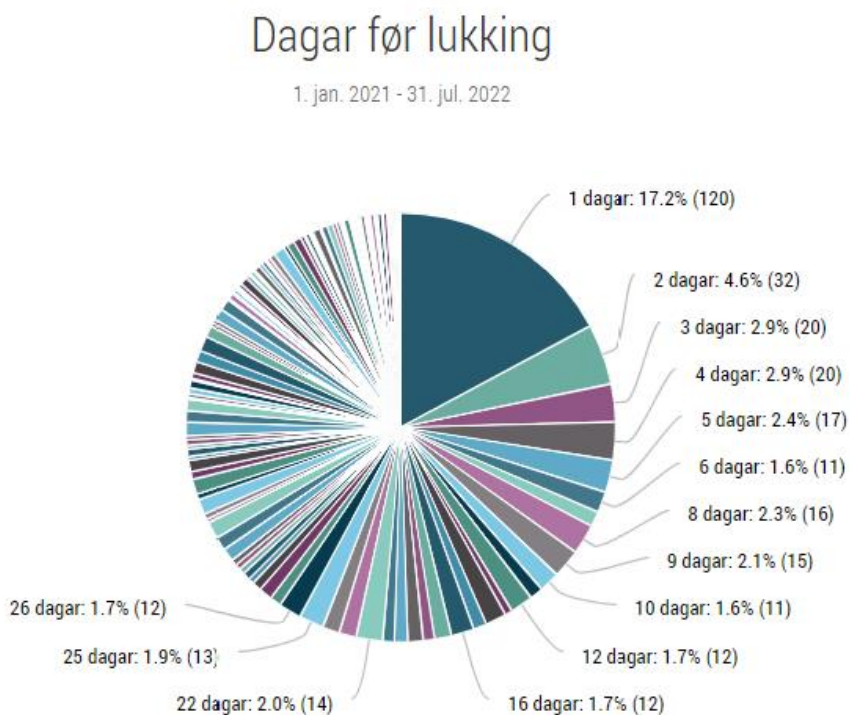
Tilsette blei bedt om å utdjupe i fritekstsvar på kva måte dei opplever at det er utydeleg *kva* som skal meldast inn som avvik. Fleire av respondentane peikar på at dei saknar ein god oversikt over kva situasjon/hendingar som skal skrivast som avvik, og at dei opplever at det varierer frå tilsett til tilsett *kva* som blir meldt inn. Nokre respondentar viser til at det er tydeleg *kva* som skal meldast inn viss det har skjedd noko konkret, til dømes i forhold til medisin, utagering eller liknande, men at det ikkje er like tydeleg *kva* som skal meldast inn når det gjeld arbeidsmiljø, psykiske forhold, og liknande.

6.3.3 Oppfølging av avvik for å sikre læring og forbetring

Av prosedyren for innmelding og oppfølging av avvik går det fram at den som mottok avviket har ansvar for å setje i verk eventuelle tiltak, samt lukke avviket i Compilo. Aktivitetane blir automatisk loggført i Compilo slik at avviksmeldar og andre med lesetilgang til avviket kan følge avvikshandteringa.

Av dokumentasjonen revisjonen har fått tilsendt går det fram at om lag 30 prosent av avvika i eining for habilitering blei lukka innan ti dagar frå innmelding. Om lag 17 prosent av alle avvik blei lukka etter éin dag. Resterande avvik har lenger lukketid, og ein betydeleg del avvik har lenger enn 26 dagars lukketid. Sjå figuren under.

Figur 15: Dagar før lukking av avvik



I intervju blir det vist til at det i hovudsak er avdelingsleiarane i eining for habilitering som har ansvaret for å følgje opp og lukke avvik i si avdeling. Einingsleiar viser til at mange av avvika kan lukkast med ein gong, og går difor ikkje via einingsleiar. Dette gjeld i hovudsak medisinavvik. Einingsleiar opplyser at ho alltid blir informert ved alvorlege avvik. Kommunalsjef for RHO opplyser at avvik som blir vurdert som meir alvorlege, eller der det er behov for overordna drøfting og/eller tiltak, også blir delt med kommunalsjef. Både kommunalsjef og einingsleiar har moglegheit til å gå inn i Compilo og hente ut statistikk på innmeldte avvik. Einingsleiar har mellom anna gjort dette i periodar der eininga har hatt særleg fokus på avvik, men det er ikkje etablert ein systematikk for dette.

Tildelingskontoret mottar dei avvika som handlar om ansvarsområda til tildelingskontoret. Stort sett er det avvik frå tilsette i eiga eining. Det hender også at tilsette i eining for habilitering melder inn avvik på noko som gjeld tildelingskontoret, for eksempel at tilsette meiner at brukaren skulle hatt meir tenester. I intervju blir det vist til at einingsleiar for habilitering og einingsleiar for tildelingskontoret går gjennom og lukkar avvik saman når tildelingskontoret mottar avvik frå tilsette i eining for habilitering.

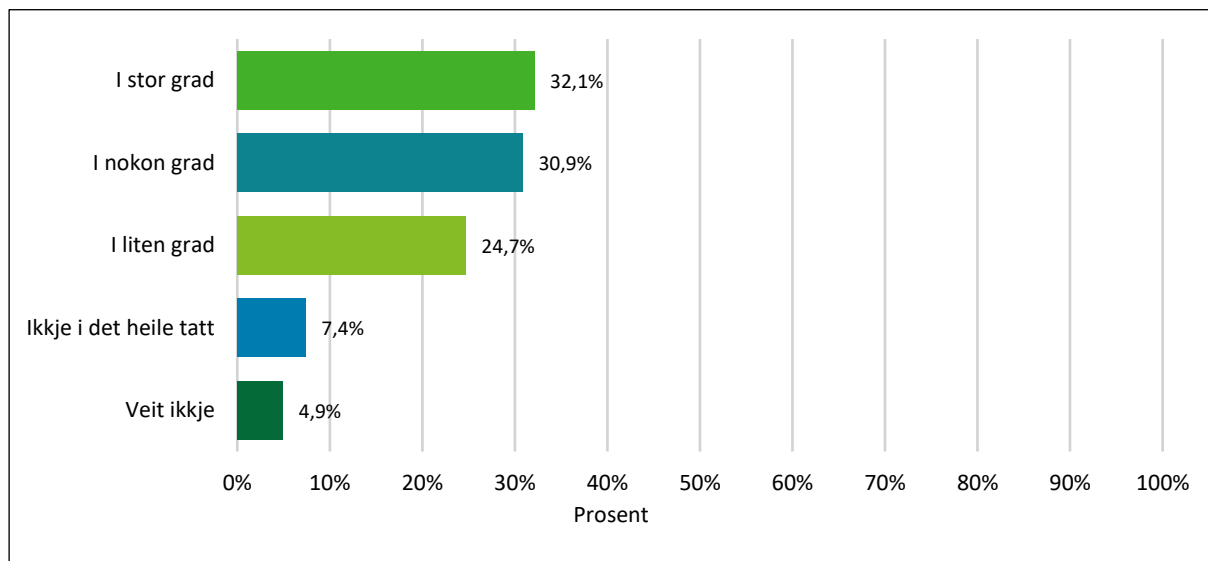
Einingsleiar for habilitering peikar på at eininga har hatt mykje fokus på viktigheita av at avdelingsleiarar følgjer opp avvik, og dette har mellom anna nyleg blitt tatt opp i leiarmøte med avdelingsleiarar.

I intervju med avdelingsleiarar blir det peikt på at det kan vere store skilnadar mellom avdelingane når det gjeld talet på avvik, mellom anna fordi det er meir åtferd som utfordrar på enkelte avdelingar. I ei avdeling blir det vist til at avvik knytt til utagering blir notert på eige ark, og ikkje ført i Compilo. Oversikt over desse avvika blir sendt til einingsleiar, som sender avvika vidare til arbeidsmiljøutvalet. Bakgrunnen for at denne avdelinga ikkje melder inn alle avvik gjennom Compilo er at det er for mange avvik knytt til utagering, og det blei tidkrevjande både å melde inn og gjennomgå avvika i Compilo. Avdelingsleiar viser til at større avvik eller avvik som ikkje er knytt til utagering skal meldast inn i Compilo.

I intervju med avdelingsleiarane blir det gitt døme på at avvik har blitt brukt til læring og forbetring. Mellom anna blir det vist til at mange avvik knytt til støy i ei avdeling er følgt opp med konkrete tiltak i samarbeid med bedriftshelsetenesta.

Tilsaman svarar omlag ein tredjedel av respondentane i spørjeundersøkinga at oppfølging av meldte avvik i liten grad eller ikkje i det heile tatt bidreg til læring og forbetring. Sjå figuren under.

Figur 16: I kva grad opplever du at oppfølging av meldte avvik bidreg til læring og forbetring? (n=82)



Dei som svarte at dei enten i nokon/liten grad eller ikkje i det heile tatt opplever at avvik bidreg til læring og forbetring fekk anledning til å utdjupe svaret sitt i eit fritekstfelt. 21 personar har valt å gje udjupande kommentarar, og fleire peikar på at det i liten grad skjer endringar og/eller manglande oppfølging frå leiar som har behandla avviket.

6.4 Vurdering

Det er revisjonen si vurdering at Stord kommune gjennom Compilo har etablert eit føremålstenleg avvikssystem der tilsette kan melde inn avvik både gjennom PC og mobil, og der leiarar har ansvar for å følgje opp avvik på lågast mogeleg nivå i linja. Systemet legg også til rette for at overordna leiing ved einingsleiar og kommunalsjef kan få styringsinformasjon om dei avvik som blir meldt.

Sjølv om det blir meldt ein del avvik, og eininga har arbeidd med sikre at det blir meldt avvik, er det indikasjonar på at tilsette framleis treng opplæring og tydeleggjering rundt kva som skal meldast som avvik. Det at tilsette veit kva som skal meldast som avvik og at avvik blir meldt når dei oppstår, er føresetnadar for at kommunen skal kunne ha oversikt over avvik og risikoområde i verksemda jmf. forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenestene §§ 6d og 6g.

Det er også tydelege krav i regelverket til at verksemda skal arbeide med å lære av avvik og førebyggje tilsvarende hendingar. Sjølv om avviksstatistikken som revisjonen har fått tilsendt viser at mange avvik blir lukka i Compilo innan relativt kort tid, er det også betydeleg med avvik som ein brukar forholdsvis lang tid på å få lukka. Det er også gjennom undersøkinga indikasjonar på at oppfølginga av avvik ikkje alltid er tilfredsstillande eller bidreg til læring og forbetring av tenestene. Det er etter revisjonen si vurdering uheldig dersom avvik ikkje blir følgt tilstrekkeleg opp, då dette kan ha betydning både for helse, arbeidsmiljø, tryggleik og for kvaliteten i tenestene. Det å sørgje for ei god avviksoppfølging er også viktig for å oppretthalde tilsette sin motivasjon for å melde avvik, ettersom dei då ser at det å melde avvik bidreg til kontinuerleg forbetring av tenestene.

7 System for å hente inn erfaringar og synspunkt frå brukarar og pårørande

7.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgjande hovudproblemstilling:

I kva grad har kommunen etablert eit system for innhenting av erfaringar og synspunkt frå brukarar og deira pårørande?

7.2 Revisjonskriterium

Basert på krav i kommunelova § 25-1 og forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse og omsorgstenesta §6 g, § 7 e og § 8 d med rettleiar, har revisjonen utleia følgjande revisjonskriterium knytt til problemstillinga som blir undersøkt i dette kapittelet:

Kommunen skal:

- Sørge for å innhente erfaringar frå brukarar og pårørande om korleis dei opplever tenestetilbodet, dei tenestene dei mottek og kva dei meiner bør forbetrast
- Gjere bruk av erfaringar frå brukarar og pårørande og aktivt involvere dei i forbetningsarbeidet

Eksempel på medverknad på systemnivå for personar med utviklingshemming og deira pårørande er:²⁶

- Legge til rette for deltaking i kommunale råd for personar med nedsett funksjonsevne
- Legge til rette for deltaking i tema- og dialogmøte om tenesteutvikling
- Systematisk innsamling av tilbakemeldingar gjennom brukarundersøkingar
- Gjennomgang av klager, tilbakemeldingsskjema og liknande
- Brukarråd i dagaktivitetstilbod eller på tilrettelagte arbeidsplassar

Sjå vedlegg 2 for utfyllande revisjonskriterium.

7.3 Datagrunnlag

7.3.1 System for innhenting av erfaringar og synspunkt frå brukarar og deira pårørande

Revisjonen får opplyst at det ikkje har blitt gjennomført brukarundersøkingar eller pårørandeundersøkingar knytt til tenester til personar med utviklingshemming i Stord kommune i nyare tid. Einingsleiar for tildelingskontoret peikar på at dette har vore diskutert, og at tildelingskontoret har eit ønskje om å hente inn anonym informasjon frå brukarar og pårørande som kunne blitt brukt til kvalitetsforbetring. Tildelingskontoret må i så fall ha bistand frå kommunen eller eksterne til å gjennomføre ei slik undersøking.

På systemnivå er det etablert eit råd for menneske med nedsett funksjonsevne i Stord kommune. Rådet er eit politisk rådgjevande organ som har rett til å uttale seg i politiske saker som gjeld personar med nedsett funksjonsevne. Det er ein representant frå NFU (Norsk forbund for utviklingshemma) i rådet. Kommunalsjef for RHO opplyser at ho har fått spørsmål frå rådet knytt til enkeltsaker, men har ikkje sjølv stilt i møte i rådet. Einingsleiar for tildelingskontoret har ved nokre høve stilt i rådet, mellom anna for å snakke om barnekoordinatorordninga. I samband med verifiseringa av datagrunnlaget i rapporten, opplyser kommunen at også einingsleiar for habilitering ved nokre høve har stilt i rådet etter å ha blitt invitert. Utover dette er det ikkje etablert brukar- og pårøranderåd til dømes i bufellesskapa.

²⁶ Helsedirektoratet. Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming. Sist oppdatert 2022.

I intervju viser kommunalsjef for RHO til at det er viktig for tenesteområdet og eininga å ha ein god dialog med NFU. Ein representant frå NFU blir alltid invitert i prosjektgrupper til større prosjekt, til dømes bygging av nytt bygg på Sæbø gard, ny barne- og avlastningsbustad og nye bustadar.

Utover samarbeid med NFU og rådet for menneske med nedsett funksjonsvne, blir brukar- og pårørandeinvolvering i all hovudsak ivaretatt på individnivå.

Kommunen opplyser at det blir gjennomført årlege ansvarsgruppemøte der brukarar og pårørande er representert. I den samanheng blir tenestene evaluert. Kommunen viser til at dei legg til rette for å ha låg terskel for at brukarar og pårørande skal kunne ta kontakt dersom dei har synspunkt eller innspel på tenestene. Brukarane har også ein primærkontakt.

I intervju med brukarrepresentantar blir det gitt uttrykk for at dei opplever at det er god dialog mellom eining for habilitering og pårørande knytt til behova til den enkelte brukar. Sjølv om dei opplever at det er god dialog og at kommunen er lydhøyre når det gjeld t.d. behov for endringar i tenester, blir det samtidig vist til at kommunen ikkje har etablert eit system for å hente inn innspel og erfaringar frå brukarar og pårørande. Det blir mellom anna vist til at kommunen ikkje har etablert eit fora for pårørande, eller på anna vis etablert eit system for å innhente innspel og erfaringar frå brukarar og pårørande.

7.4 Vurdering

Basert på det som går fram av undersøkinga er det revisjonen si vurdering at Stord kommune ikkje fullt ut har etablert eit tilfredsstillande system for å hente inn og bruke erfaringar frå tenestemottakarane og deira pårørande. Det er etablert eit eige råd for menneske med nedsett funksjonsevne, og både rådet og aktuell brukarorganisasjon blir invitert til å uttale seg om arbeid som pågår i kommunen. Samtidig er det ikkje gjennomført brukar/pårørandeundersøkingar, og det er ikkje etablert andre tiltak for å systematisk hente inn informasjon frå tenestemottakarane og deira pårørande om tenestene utover kontakt og dialog på individnivå.

8 Konklusjon og tilrådingar

Føremålet med prosjektet har vore å undersøke om Stord kommune har system for å sikre effektive og kvalitativt gode helse- og omsorgstenester til personar med utviklingshemming. Basert på det som går fram i undersøkinga meiner revisjonen at kommunen på fleire område har etablert føremålstenlege system og planar som skal bidra til dette. Undersøkinga viser samtidig at det er utfordringar knytt til kapasitet, kompetanse, avvikshandtering og system for brukarmedverknad som påverkar kvaliteten i tenestetilbodet.

Revisjonen meiner at kommunen på fleire område har etablert føremålstenlege **system og planar** som skal bidra til å sikre nødvendig kompetanse og kapasitet i tenester til personar med utviklingshemming. Det er utarbeidd kommunedelplan, overordna kompetanseplan, beredskapsplanar og det blir jobba systematisk med å planleggje dimensjonering av tenestetilbodet ut i frå forventa behov. Likevel er ikkje dagens **tenestetilbod fullt ut i samsvar med behova og vedtaka til brukarane**. Revisjonen meiner kommunen bør arbeide vidare med å leggje til rette for eit meir variert arbeids- og aktivitetstilbod, slik at brukarane kan oppleve å ha meningsfulle aktivitetar og arbeid. Kommunen må også sikre at brukarar som har fått vedtak om støttekontakt får innfridd tenestene, ev. vurdere alternative løysingar i ein overgangsperiode.

Det å sikre tilstrekkeleg **bemanning med rett kompetanse** i tenestene til personar med utviklingshemming er krevjande for Stord kommune, og ei kjent utfordring for leiinga i RHO og eining for habilitering. Rekrutteringssutfordringar kombinert med høgt sjukefråvær og vikarbruk medfører ein utfordrande situasjon for tenestene. Fleire tiltak er under iverksetjing, mellom anna sjukefråværsprosjekt, vurdering av turnusar og oppretting av eiga vikarordning. Det er viktig at kommunen evaluerer om desse tiltaka har ønskt effekt og ved behov vurderer andre tiltak. Når det gjeld kompetansearbeidet spesielt, meiner revisjonen at kommunen bør utarbeide kompetanseplanar på einings- og avdelingsnivå for å sikre at det blir tilbudd målretta opplæring til tilsette som yter tenester til personar med utviklingshemming.

Revisjonen meiner i utgangspunktet at kommunen har eit føremålstenleg **system for å melde og følgje opp avvik**, men det bør arbeidast vidare med å sikre at tilsette er trygge på kva som skal meldast som avvik, gjennom opplæring og rutinar. Det at tilsette veit kva som skal meldast som avvik og at avvik blir meldt når dei oppstår, er føresetnadar for at kommunen skal kunne ha oversikt over avvik og risikoområde i verksemda jmf. forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenestene §§ 6d og 6g. Revisjonen meiner også at det bør arbeidast ytterlegare med å sikre at tilsette som melder avvik får tilbakemelding om at avvik er følgt opp, og at det blir retta merksemd på i kva grad og korleis avviksoppfølging kan bidra til læring og forbetring av tenestene.

Revisjonen meiner også at Stord kommune ikkje fullt ut har etablert eit tilfredsstillande **system for å hente inn og bruke erfaringar frå tenestemottakarane og deira pårørande**. Det er etablert eit eige råd for menneske med nedsett funksjonsevne, og både rådet og aktuell brukarorganisasjon blir invitert til å uttale seg om arbeid som pågår i kommunen. Samtidig er det ikkje gjennomført brukar/pårørandeundersøkingar, og det er ikkje etablert andre tiltak for å systematisk hente inn informasjon frå tenestemottakarane og deira pårørande om tenestene utover kontakt og dialog på individnivå.

Basert på det som går fram av undersøkinga, kjem revisjonen med følgjande tilrådingar til Stord kommune:

1. Arbeide vidare med å tilby eit tilstrekkeleg variert arbeids- og aktivitetstilbod som er tilpassa behova og ønska til brukarane
2. Sikre at personar som har fått vedtak om støttekontakt får innfridd tenestene, ev. vurderer alternative ordningar i ein overgangsperiode
3. Sikre systematisk oppfølging og førebygging av sjukefråvær i alle avdelingar i eining for habilitering
4. Arbeide vidare med å sikre at tilsette og vikarar får tilstrekkeleg opplæring i avviksrutinar og kva som skal meldast som avvik, samt sørge for tilbakemelding til melder og at avvik blir brukt til læring og forbetring av tenestene
5. Utarbeide kompetanseplanar for eining for habilitering og underliggende avdelingar
6. Etablere system for å hente inn og gjere bruk av erfaringar frå brukarar og deira pårørande i forbetningsarbeid

Vedlegg 1: Høyringsuttale



Offl. § 5 1. ledd

Deloitte ved Ingrid Kalsnes

Vår dato: 20.03.2023
Vår ref: 2022/3077
Dykkar ref:

Uttale frå rådmann

Deloitte har på oppdrag frå kontrollutvalet i Stord kommune gjennomført ein forvaltningsrevisjon med føremål å undersøkje om kommunen sikrar effektivitet og kvalitet i tenester til personar med psykisk utviklingshemming i Stord kommune. Rådmannen mottok den 28.02.23 rapporten til uttale.

Revisjonen har gjort ein grundig gjennomgang av kommunen sine tenester til denne brukargruppa. Slik rådmannen oppfatar det, konkluderer rapporten med at kommunen på fleire område har etablert føremålstenlege system og planar som bidreg til å sikra naudsynt kompetanse og kapasitet i tenester til personar med psykisk utviklingshemming, men at kommunen også har område med potensiale til forbetring.

Konklusjon og råd frå revisjonen er langt på veg i tråd med forbetningsområde som kommunen sjølv har identifisert. På fleire område er kommunen i gang med tiltak og ser dels resultat av desse.

Rapporten peikar på kor viktig det er å sikra tilstrekkeleg bemanning med rett kompetanse i denne tenesta. Det vert vidare vist til at kommunen i større grad bør sikra at dei tilsette er trygge på kva dei skal melda som avvik, korleis dei gjer det samt at dei får tilbakemelding etter å ha meldt avvik.

Når det gjeld arbeids- og aktivitetstilbod kan kommunen med fordel sikra ei større breidde for å treffa behov, ynskje og funksjonsnivå hos brukarane. Kommunen bør også vurderer korleis ein i større grad kan sikra at dei som har vedtak om støttekontakt faktisk får denne tenesta.

Kommunen vert vidare utfordra på at det bør etablerast eit system for å henta inn og nytta erfaringar frå tenestemottakarar og deira pårørande.

Stord kommune tek rapporten til vitande og ser på den som eit nyttig verktøy i vidare forbetningsarbeid.

Rådmann
Borggata 2
5402 post@stord.kommune.no
Org. nr 939 866 914

Telefon:

Med helsing

Mariann Jacobsen Hilt
Konstituert rådmann

Anne Karin Fossdal
Kommunalsjef

Brevet er godkjent elektronisk og har derfor inga underskrift



Vedlegg 2: Revisjonskriterium

Krav i lov og forskrift

Kommunen sitt ansvar for helse- og omsorgstenester

Krav til kommunale helse- og omsorgstenester er gitt i lov om kommunale helse- og omsorgstenester (helse- og omsorgstenestelova), og konkretisert i forskrift om leining og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstenesta. Etter § 3-1 i helse- og omsorgstenestelova skal kommunen sørge for at personar som oppheld seg i kommunen får tilbod om **nødvendige helse- og omsorgstenester**.²⁷ Kommunen sitt ansvar omfattar alle pasient- og brukargrupper, under dette personar med somatisk eller psykisk sjukdom, skade eller lidning, rusmiddelproblem, sosiale problem eller nedsett funksjonsevne.²⁸

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1, står det i § 3-2 at kommunen mellom anna skal tilby følgjande:

- (...)
- 6. Andre helse- og omsorgstenester, under dette:
 - a. helsetenester i heimen,
 - b. personleg assistanse, under dette praktisk bistand, opplæring og støttekontakt
- (...)

Vidare skal kommunen medverke til å skaffe bustad til personar som ikkje sjølv kan ivareta sine interesser på bustadmarknaden, under dette bustadar med særleg tilpassing og med hjelpe- og vernetiltak for dei som treng det på grunn av alder, funksjonshemming eller av andre årsaker.

§ 3-3 omhandlar helsefremjande og førebyggjande arbeid. Her står det at helse- og omsorgstenesta skal arbeide for at det blir sett i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemma og andre som har behov for det.

I helse- og omsorgstenestelova § 3-6 går det fram at kommunen har eit ansvar overfor pårørande med særleg tyngande omsorgsarbeid, og at kommunen i desse tilfella skal tilby nødvendig støtte til pårørande i form av:

1. opplæring og rettleiing
2. avlastningstiltak
3. omsorgsstønad

Helsedirektoratet har utarbeidd rettleiaren «Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming» som omhandlar både lovkrav og tilrådingar for å sikre gode tenester.²⁹ Rettleiaren omtalar både forhold som samarbeid og kompetanse, personsentrerte og individuelt tilrettelagde tenester, habilitering og bistand i dagleglivet og helseoppfølging.

Kapasitet, bemanning og kompetanse i tenestene

§ 4-1 i helse- og omsorgstenestelova omtalar krav til **forsvarlegheit** i kommunen sine helse- og omsorgstenester. Her går det mellom anna fram at kommunen skal leggje til rette tenestene slik at helse- og omsorgstenesta og personell som utfører tenestene blir i stand til å overhalde sine lovpålagde plikter (§ 4-1 c) og at tilstrekkeleg fagkompetanse blir sikra i tenestene (§ 4-1 d).

I § 6f i forskrift om leining og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstenesta går det fram at verksemda som gir helse- og omsorgstenester skal ha oversikt over medarbeidarane sin kompetanse og behov for opplæring. Vidare står det i § 7b, at verksemda skal sørge for at medarbeidarar i verksemda har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, rettleiarar og styringssystem.

Helsedirektoratet sin rettleiar³⁰ til forskrifta slår fast at kommunen skal sørge for tilstrekkeleg kvalifisert bemanning sett opp mot behovet, under dette tilstrekkeleg personell med høgskuleutdanning innan helsefag, sosialfag og sosialpedagogikk, og tilstrekkeleg personell med fag- og yrkesspesifikk kompetanse. Vernepleiarar er

²⁷ Helse- og omsorgstenestelova § 3-1 første ledd.

²⁸ Ibid, § 3-1 andre ledd.

²⁹ Helsedirektoratet: [Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming](#).

³⁰ Helsedirektoratet: [Veileder til forskrift om leining og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#). Sist endra 29.10.2018.

særleg sentrale, med brei kunnskap om utviklingshemming, miljøterapeutisk arbeid, habilitering, rehabilitering, helsefremming og helsehjelp.

Rettleiaren viser til at det er øvste leiar sitt ansvar å sørge for system som sikrar at medarbeidarane har kunnskap og ferdigheiter til å utføre oppgåvene sine, og at dette føreset at verksemda jamleg gjennomfører kompetansekartleggingar, rekrutterer medarbeidarar med rett kompetanse og sørgjer for at dei får tilstrekkeleg opplæring og etter- og vidareutdanning.

Internkontroll

§ 25-1 i kommunelova omhandlar krav til internkontroll og avvikssystem i kommunane. Etter denne paragrafen har kommunedirektøren ansvar for internkontrollen i kommunen. Ved internkontroll etter § 25-1 skal kommunedirektøren:

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

Internkontrollen skal vere systematisk og tilpassa verksemda sin storleik, eigenart, aktivitetar og risikoforhold.

Ifølgje helse- og omsorgstenestelova § 3-1 tredje ledd inneber kommunen sitt ansvar for nødvendige helse- og omsorgstenester også ei plikt til å «planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere verksemda, slik at tenestene sitt omfang og innhald er i samsvar med krav fastsett i lov eller forskrift.»

Internkontrollpliktene i helse- og omsorgstenestelova er nærare regulert i forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta. Etter § 8 i forskrifta har leiinga mellom anna plikt til å evaluere verksemda sine aktivitetar. Dette inneber å ha oversikt over og gjennomgå avvik slik at liknande forhold kan førebyggjast. Av § 9 i forskrifta går det vidare fram at verksemda er pliktig til å korrigere verksemda sine aktivitetar, under dette å rette opp uforsvarlege og lovstridige forhold.

Involvering av brukarar og pårørande i utforming av helse- og omsorgstenesta

Kommunen skal etter helse- og omsorgstenestelova sørge for at representantar for pasientar og brukarar blir høyrte ved utforminga av kommunen si helse- og omsorgsteneste, jf. helse- og omsorgstenestelova § 3-10. Vidare skal kommunen sørge for at verksemda som yter helse- og omsorgstenester, etablerer system for innhenting av erfaringar og synspunkt frå brukarar og pasientar.

Helsedirektoratet har utarbeidd ein eigen pårøranderettleiar.³¹ I denne går det fram at kommunar har plikt til å etablere system for innhenting av pårørande sine erfaringar og synspunkt på ulike nivå, og gjere bruk av desse erfaringane i forbetningsarbeid. Det blir peikt på at involvering av pårørande på tenestenivå mellom anna kan skje gjennom etablering av brukar- og pårørandeutval, opne allmøte, temavise arbeidsgrupper, gjennomføring av pasient-, brukar- og pårørandeundersøkingar og gjennomgang av klager/forslagskasser o.l.³²

³¹ Helsedirektoratet: Pårørandeveileder. Nasjonal veileder.

³² Ibid, punkt 2 om helseføretak og kommunar sine plikter overfor pårørande.

Vedlegg 3: Sentrale dokument og litteratur

Lov og forskrift

- Helse- og omsorgsdepartementet: Lov om kommunale helse- og omsorgstenester m.m. (helse- og omsorgstenestelova). LOV-2011-06-24-30.
- Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om leing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta. FOR-2016-10-28-1250.
- Kommunal- og distriktsdepartementet: Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven). LOV-2018-06-22-83.
- Kommunal- og distriktsdepartementet: Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven). LOV-2008-06-27-71

Førearbeid, rundskriv, rettleiarar mv.

- Helse- og omsorgsdepartementet: *Gode helse- og omsorgstenester til personer med utviklingshemming*. Sist endra 17. oktober 2022.
- Helse- og omsorgsdepartementet: *Pårørendeveileder*. Nasjonal veileder. Sist endra 28. januar 2019.

Sentrale dokument frå kommunen

- Stord kommune. Kommunedelplan for rehabilitering, helse og omsorg 2022-2031.
- Stord kommune. Årsmelding 2020. Rehabilitering, helse og omsorg.
- Stord kommune. Strategisk kompetanseplan for rehabilitering, helse og omsorg i Stord kommune. Desember 2021.
- Stord kommune. Mandat for overordna bustadsgruppe. Ikkje datert.
- Stord kommune. Beredskapsplan eining for habilitering. Revidert august 2022.
- Stord kommune. Overordna beredskapsplan for Eining for habilitering – Koronapandemi. Sist oppdatert 11.01.21.
- Stord kommune. Årsbudsjett 2023.
- Stord kommune. Retningsliner for tildeling av kommunal bustad i Stord kommune. Ikkje datert.
- *Utvalde rutinar og prosedyrar:*
 - Prosedyre for å sikre oppdaterte vedtak om helse- og omsorgstenester i Eining for Habilitering. Ikkje datert.
 - Rutine for oppfølging av sjukemeld arbeidstakar.
 - Retningsliner for tildeling av kommunal bustad i Stord kommune.
 - Avvik – Melding og handtering av avvik



Deloitte AS and Deloitte Advokatfirma AS are the Norwegian affiliates of Deloitte NSE LLP, a member firm of Deloitte Touche Tohmatsu Limited ("DTTL"), its network of member firms, and their related entities. DTTL and each of its member firms are legally separate and independent entities. DTTL (also referred to as "Deloitte Global") does not provide services to clients. Please see www.deloitte.no for a more detailed description of DTTL and its member firms.

Deloitte Norway conducts business through two legally separate and independent limited liability companies; Deloitte AS, providing audit, consulting, financial advisory and risk management services, and Deloitte Advokatfirma AS, providing tax and legal services.

Deloitte is a leading global provider of audit and assurance, consulting, financial advisory, risk advisory, tax and related services. Our network of member firms in more than 150 countries and territories serves four out of five Fortune Global 500® companies. Learn how Deloitte's 330,000 people make an impact that matters at www.deloitte.no.

© 2023 Deloitte AS



Saksframlegg

Saksnr: 2023/355-4
Saksbehandlar:Hogne Haktorson

Saksgang

Utval	Utv.saksnr.	Møtedato
Stord kommune, Kontrollutvalet	13/23	20.04.2023

Eigarskapskontroll av overordna eigarskapsforvaltning - Forslag til prosjektplan

Forslag til vedtak

1. Kontrollutvalet bestiller eigarskapskontroll av overordna eigarskapsforvaltning i Stord kommune frå Deloitte AS, med utgangspunkt i forslag til prosjektplan og evt. innspel under drøftinga i møtet.
2. Evt. ny korrigert prosjektplan vert å sende sekretariatet innan 08.05.2023.
- 3a Alternativ 1: Det vert akseptert ein samla timeressurs på inntil det timetal som ligg i forslag til prosjektplan, pkt. 1.2 (Hovudprosjekt)
- 3b Alternativ 2: Det vert akseptert ein samla timeressurs på inntil det timetal som ligg i forslag til prosjektplan, pkt. 1.2 og 1.3 (Hovudprosjekt og opsjon)
5. Det vert også akseptert inntil 6 timar på evt. presentasjon av rapporten i Stord kommunestyre, fakturert etter timeforbruk, jmf. prosjektplan pkt. 4.2.
6. Kontrollutvalet ønskjer at revisjonsrapport er klar frå Deloitte si side innan 31.12.2023, ferdig verifisert og med kommunedirektør/rådmann sin uttale vedlagt og/eller innarbeidd.

Samandrag

Føremålet med denne saka er at kontrollutvalet skal ta stilling til vedlagt forslag til prosjektplan frå Deloitte, på kva eigarskapskontroll av overordna eigarskapsforvaltning bør innehalde og korleis dei har tenkt å gjennomføra arbeidet.

Hogne Haktorson
kontrollsjef

Saksframlegget er godkjent elektronisk og har difor inga handskriven underskrift

Vedlegg

- 1 Prosjektplan-Eigarskapskontroll-Stord.pdf

Saksutgreiing

Bakgrunn for saka

Kontrollutvalet handsama sak PS 8/23 om Bestilling av eigarskapskontroll i møte 14.02.2023 og dette vart protokollert:

Behandling i møte.

Utvalet drøfta først om det skulle gjennomførast forvaltningsrevisjon eller eigarskapskontroll. Ettersom det er gjennomført fleire forvaltningsrevisjonar men ingen eigarskapskontrollar denne valperioden, samla utvalet seg om å gjennomføra eigarskapskontroll av generell eigarstyring. Under samtalen var det drøfta heileigde kommunale/fylkeskommunale selskap sett ift. deleigde, Sunnhordlandsrådet IKS og Sunnhordland lufthavn AS som driftar Stord lufthavn, er døme på heileigde. Kommunen si eigarskapsmelding var og nemnt.

Etter dette vart slikt vedtak samrøystes vedteke.

1. Kontrollutvalet har intensjon om at det vert gjennomført eigarskapskontroll av generell eigarstyring.
2. Utvalet ber Deloitte om å levera forslag til prosjektplan i tråd med dei føringar utvalet har gjeve, inkl. føremål, problemstillingar, evt. avgrensingar, ressursbruk og leveringstidspunkt.
3. Utvalet ber om at prosjektplan vert levert til sekretariatet seinast 28.03.2023.
4. Kontrollutvalet handsamar prosjektplanen i møte 20.04.2023.

Vedtakskompetanse

Kontrollutvalet har mynde til å gjennomføre eigarskapskontrollar medan det er fylkestinget som har mynde til å vedta revisjonsrapporten, jf. kommunelova § 23-4 og § 23-5.

Vurderingar og verknader

Med utgangspunkt i det som går fram over har Deloitte levert forslag til prosjektplan for eigarskapskontroll av overordna eigarskapsforvaltning. Prosjektplanen følgjer som vedlegg.

Av den føreslåtte prosjektplanen går det fram at føremålet med forvaltningsrevisjonen er:

«Føremålet med prosjektet vil vere å undersøke og vurdere om Stord kommune har etablert tilfredsstillande system og rutinar for eigarskapsforvaltning, under dette om kommunen si eigarskapsmelding er i samsvar med lovkrav og relevante tilrådingar, om organiseringa av arbeidet med eigarskapsforvaltning er hensiktsmessig og om eigarskapsforvaltninga blir praktisert i samsvar med krav i regelverk, tilrådingar for god kommunal eigarstyring og kommunen sine egne prinsipp for eigarskapsforvaltning.»

Med bakgrunn i prosjektet sitt føremål har revisjonen formulert følgjande problemstillingar:

1. Har kommunen etablert ei føremålstenleg organisering av den overordna eigarskapsforvaltninga?
2. Har kommunen ei eigarskapsmelding som oppfyller krava i regelverket?
3. I kva grad har kommunen utarbeidd ein tydeleg strategi for sine eigarskap?
4. I kva grad har kommunen etablert ei eigarstyring i samsvar med relevante lovkrav og tilrådingar for god eigarstyring i kommunal sektor? Under dette:
 - a) I kva grad har folkevalde og styremedlemmar fått tilstrekkeleg opplæring i kommunal eigarskapsforvaltning?

- b) Er det etablert rutinar for å sikre god samansetning og kompetanse i selskapsstyra?
- c) I kva grad stiller kommunen krav til selskapa om:
 - i. Utarbeiding av etisk retningslinjer
 - ii. Registrering av styreverv
 - iii. Fastsetting av godtgjersle for styremedlemmar
 - iv. Rutinar for habilitetsvurdering
 - v. Utarbeiding av styreinstruks
 - vi. Årleg plan for styret sitt arbeid
 - vii. Evaluering av styret sitt arbeid
- 5. I kva grad har kommunen følgd opp selskapa i samsvar med eigne rutinar for eigarstyring og føringar som er gitt til selskapa?
- 6. I kva grad har kommunen etablert rutinar for å sikre at kommunen blir tilstrekkeleg informert om drifta og utviklinga i selskapet?

Avgrensing og opsjon

Problemstillingane overfor svarar i hovudsak ut kommunen sitt arbeid med overordna eigarstyring, der dokumentanalyse og intervju er tenkt som metodiske framgangsmåtar. Dette må nok reknast som det mest vesentlege med revisjonen.

Det er og med ein opsjon dersom kontrollutvalet også ønskjer å inkludera ei spørjeundersøking eller ein serie med strukturerte intervju med tema:

- I kva grad selskapa har etablert ein praksis i samsvar med kommunen sine føringar
- I kva grad selskapa opplever at kommunen utøver ein tydeleg og hensiktsmessig eigarskapsforvaltning

Ved å nytte denne opsjonen, vil kontrollutvalet kunna få meir innsikt i korleis selskapa vurderer både kommunen som eigar og sin eigen praksis når det gjeld å følgja opp dei krav og føringar Stord kommune som eigar stiller til selskapa.

I forslag til vedtak set sekretariatet opp vedtaksalternativ både med og utan opsjon i vedtakspunkt 3, der utvalet må velgja 3a eller 3b.

Føreset at revisjonar bestilt i 2022 vert fullfinansiert ved hjelp av avsette midlar frå tidlegare år for kontrolutvalet, som del av disposisjonsfondet, så er det rom for eigarskapskontroll både med og utan opsjon. Men det vil vera lite midlar igjen til evnt. oppstart av anna revisjon dette året.

Det er som kjent kommuneval til hausten, der det vil bli endringar både blant tillitsvalte i kommunale organ og i styre i selskap. Der politikarar skal spørjast om noko, tilrår sekretariatet at ein spør noverande politikarar, då dei som td. kjem inn som nye styremedlemar knappast har delteke på eit einaste styremøte på det tidspunkt at intervju skal gjennomførast.

Konklusjon

Sekretariatet meiner at prosjektplanen er godt gjennomarbeidd og i tråd med dei føringar som ligg i bestillinga frå kontrollutvalet. Føremål og problemstillingar synest også å vera i tråd med dette, men kontrollutvalet må aktivt vurderer om utvalet vil nytta den opsjonen som er omtalt overfor eller ikkje.

Når det gjeld timetalet vil sekretariatet tilrå at det vert godkjend inntil det timetal som går fram av prosjektplanen, med eller utan opsjon. Vidare bør det akseptierast bruk av inntil 6 timar på evnt. presentasjon av rapporten i Stord kommunestyre. Dersom kontrollutvalsleiaren presenterer rapporten er det ikkje trong for desse timane.



Eigarskapskontroll | Stord kommune

Overordna eigarskapsforvaltning

Prosjektplan

April 2023

«Eigarskapskontroll av overordna
eigarskapsforvaltning - prosjektplan»

April 2023

Prosjektplanen er utarbeidd for Stord
kommune av Deloitte AS.

Deloitte AS
Postboks 6013 Postterminalen, 5892
Bergen
tlf: 55 21 81 00
www.deloitte.no
forvaltningsrevisjon@deloitte.no

Innhold

1	Føremål og problemstillinger	2
2	Kontrollkriterium	4
3	Metode	6
4	Tid og ressursbruk	7

1 Føremål og problemstillingar

1.1 Bakgrunn

Deloitte har i samsvar med bestilling frå kontrollutvalet i møte den 14. februar 2023, sak PS 8/23 utarbeidd ein prosjektplan for overordna eigarskapsforvaltning i Stord kommune.

1.2 Føremål og problemstillingar

Føremålet med prosjektet vil vere å undersøke og vurdere om Stord kommune har etablert tilfredsstillande system og rutinar for eigarskapsforvaltning, under dette om kommunen si eigarskapsmelding er i samsvar med lovkrav og relevante tilrådingar, om organiseringa av arbeidet med eigarskapsforvaltning er hensiktsmessig og om eigarskapsforvaltninga blir praktisert i samsvar med krav i regelverk, tilrådingar for god kommunal eigarstyring og kommunen sine eigne prinsipp for eigarskapsforvaltning. Med bakgrunn i føremålet er det utarbeidd følgjande problemstillingar som vil bli undersøkt:

1. Har kommunen etablert ei føremålstenleg organisering av den overordna eigarskapsforvaltninga?
2. Har kommunen ei eigarskapsmelding som oppfyller krava i regelverket?
3. I kva grad har kommunen utarbeidd ein tydeleg strategi for sine eigarskap?
4. I kva grad har kommunen etablert ei eigarstyring i samsvar med relevante lovkrav og tilrådingar for god eigarstyring i kommunal sektor? Under dette:
 - a. I kva grad har folkevalde og styremedlemmar fått tilstrekkeleg opplæring i kommunal eigarskapsforvaltning?
 - b. Er det etablert rutinar for å sikre god samansetning og kompetanse i selskapsstyra?
 - c. I kva grad stiller kommunen krav til selskapa om:
 - i. Utarbeiding av etiske retningslinjer
 - ii. Registrering av styreverv
 - iii. Fastsetting av godtgjersle for styremedlemmar
 - iv. Rutinar for habilitetsvurdering
 - v. Utarbeiding av styreinstruks
 - vi. Årleg plan for styret sitt arbeid
 - vii. Evaluering av styret sitt arbeid
5. I kva grad har kommunen følgd opp selskapa i samsvar med eigne rutinar for eigarstyring og føringar som er gitt til selskapa?
6. I kva grad har kommunen etablert rutinar for å sikre at kommunen blir tilstrekkeleg informert om drifta og utviklinga i selskapa?

1.3 Avgrensing og opsjon om ytterlegare metodar for innhenting av informasjon

Eigarskapskontrollen det er lagt opp til over, er i utgangspunktet avgrensa til å omfatte kommune sitt arbeid med overordna eigarstyring. For å gjennomføre denne undersøkinga og svare ut dei seks problemstillingane, legg revisjonen opp til eit budsjett på 250 timar, og til nytte seg av dokumentanalyse og intervju som metodiske framgangsmåtar.

Revisjonen har i tillegg lagt inn ein opsjon på å gjennomføre kontrollen med eit utvida timebudsjett på 300 timar. Ved val av denne opsjon vil eigarskapskontrollen også inkludere ei spørjeundersøking eller ein serie med strukturerte intervju, der vi ber styremedlemmar valt av kommunen, styreleiarar (og ev. daglege leiarar) i selskap der Stord kommune har ein vesentleg eigardel svare på:

- I kva grad selskapa har etablert ein praksis i samsvar med kommunen sine føringar
- I kva grad selskapa opplever at kommunen utøver ein tydeleg og hensiktsmessig eigarskapsforvaltning

Ved å nytte denne opsjonen, vil kontrollutvalet kunne få meir innsikt i korleis selskapa vurderer både kommunen som eigar og sin eigen praksis når det gjeld å følgje opp dei krav og føringar Stord kommune som eigar stiller til selskapa.

2 Kontrollkriterium

Kontrollkriteria vil bli henta frå og utleia av autoritative kjelder, rettsreglar, politiske vedtak og fastsette retningslinjer. Kriteria under er ikkje uttømmende for kva som kan vere relevant i prosjektet. Andre kriterium vil kunne komme til dersom det skulle vere naudsynt for å få ei fullstendig undersøking og vurdering av problemstillingane.

2.1 Kommuneleva og andre relevante lover

Kommuneleva § 26-1 pålegg kommunen å utarbeide ei eigarskapsmelding som skal handsamast av kommunestyret minst éin gong i valperioden:

Kommuner og fylkeskommuner skal minst éin gang i valperioden utarbeide en eierskapsmelding som skal vedtas av kommunestyret eller fylkestinget selv.

Eierskapsmeldingen skal inneholde

- a) kommunens eller fylkeskommunens prinsipper for eierstyring
- b) en oversikt over selskaper, kommunale eller fylkeskommunale foretak¹ og andre virksomheter som kommunen eller fylkeskommunen har eierinteresser eller tilsvarende interesser i
- c) kommunens eller fylkeskommunens formål med sine eierinteresser eller tilsvarende interesser i virksomhetene nevnt i bokstav b

Aksjelova, IKS-lova, samvirkelova, forvaltningslova og offentlegheitslova kan også bli nytta som kontrollkriterium.

2.2 KS sine tilrådingar om eigarskap, selskapsleiing og kontroll

KS har fastsett 21 tilrådingar for god eigarstyring og selskapsleiing i kommunal sektor¹, som vil bli nytta som kontrollkriterium. Under er eit utval av tilrådingane presentert:

Tilråding 4: «Kommunestyret eller fylkestinget bør årlig få en rapport om tilstanden (økonomi, spesielle forhold osv.) for selskapene.»

Slik rapportering bør inngå i eigarskapsmeldinga, jf. kommuneleva § 26-1. Det blir peika på at loven sine krav om innhaldet i eigarskapsmeldinga er minimumskrav, og at eigarskapsmeldinga kan vere meir omfattande og innhaldsrik. Vidare tilrår KS at

Det bør også utarbeides en felles eierskapsmelding med andre medeiere hvis kommunen eller fylkeskommunen er medeier i flere selskaper sammen med andre kommuner eller fylkeskommuner. En slik eierskapsmelding vil sikre felles føringer fra eierne der det er mulig.

Tilråding 5: «Kommunestyret eller fylkestinget skal utarbeide og bør jevnlig revidere styringsdokumentene og avtalene som regulerer styringen av selskapet.»

Tilråding 7: «Avhengig av selskapets formål, anbefales det som en hovedregel at kommunestyret eller fylkestinget oppnevner sentrale folkevalgte som selskapets eierrepresentanter i eierorganet.»

Med andre ord tilrår KS at kommunestyret som hovudregel bør oppnemne sentrale folkevalde som eigarrepresentantar i eigarorganet. Dette mellom anna for å forenkle samhandlinga og kommunikasjonen mellom kommunestyret og eigarorganet.

Tilråding 8: «Bestemmelser om innkallingsfrist bør tas inn i vedtektene, slik at det tas hensyn til kommunens eller fylkeskommunens behov for å ha tid til å behandle aktuelle saker.» Aksjelova § 7-5 fastsett at: «Revisor skal delta i generalforsamlingen når de saker som skal behandles, er av en slik art at dette må anses som nødvendig.»

Tilråding 9: «Eier bør gjennom selskapets eierorgan sørge for at styrets kompetanse samlet sett er tilpasset det enkelte selskapets formål og virksomhet. Vurder også spørsmål om habilitet i valg av styremedlemmer. Det anbefales at selskapet sikrer opplæring av styremedlemmene.»

KS peikar vidare på at kommunen som eigar også har eit ansvar for å sørge for at styret i selskapet samla sett har den kompetansen som trengs. KS tilrår at styret bør ha kompetanse innan økonomi, organisasjon, marknaden selskapet opererer i, fagleg innsikt, og interesse for selskapets formål. KS understrekar at styreverv er personlege,

¹ KS: Anbefalingar om eigarstyring, selskapsleiing og kontroll (2020).

som betyr at styremedlemmar berre representerer seg sjølve – ikkje parti, enkeltkommunar, eller andre interessentar – og at dei skal ivareta selskapet sine interesser til det beste for alle eigarane.

Tilråding 10: «Det bør fastsettes i vedtektene eller selskapsavtalen at valg av styrer i kommunalt eller fylkeskommunalt eide selskaper bør skje ved bruk av valgkomité. Det bør lages retningslinjer som regulerer komitéens arbeid.»

Med andre ord tilrår KS at det bør vere nedfelt i selskapsavtalen at ein nyttar valkomité. KS tilrår vidare at valkomiteen si samansetting bør reflektere eigardelane i selskap med fleire eigarkommunar, at det bør utarbeidast retningslinjer som regulerer valkomiteen sitt arbeid, at valkomiteen bør grunngje sine forslag, og for å sikre kontinuitet bør ikkje heile styret bli skifta ut samtidig.

Tilråding 16: «Kommunen eller fylkeskommunen bør i forbindelse med utarbeidelse av eierskapsmelding ha en prinsipiell diskusjon om godtgjøring av styreverv. Denne bør danne grunnlag for eierorganets fastsetting av styrehonorar.»

Tilråding 19: «Sørge for at selskapsstyrene utarbeider og jevnlig reviderer etiske retningslinjer for selskapsdriften. Kommunens eller fylkeskommunens selskaper bør ha en aktiv og bevisst holdning til etiske spørsmål, gjerne fastlagt i egne etiske retningslinjer som utarbeides for og brukes aktivt i det enkelte selskap.»

2.3 Kommunale styringsdokument og vedtak

Relevante styringsdokument og vedtak frå kommunen vil bli gjennomgått, og vil kunne bli nytta som kontrollkriterium.

3 Metode

Deloitte utfører forvaltningsrevisjon i samsvar med gjeldande samsvar med standard for eierskapskontroll (RSK 002). Alle prosjekt blir kvalitetssikra i samsvar med krava til kvalitetssikring i Deloitte Policy Manual (DPM).

3.1 Dokumentanalyse

Rettsreglar og kommunale vedtak vil bli gjennomgått og nytta som kontrollkriterium. Vidare vil informasjon om kommunen og dokumentasjon på etterleving av interne rutinar, regelverk mm. bli samla inn og analysert. Innsamla dokumentasjon vil bli vurdert opp mot kontrollkriteria.

3.2 Intervju

For å få supplerande informasjon til skriftlege kjelder vil Deloitte intervju utvalde personar frå Stord kommune som er involvert i overordna eigarskapsforvaltning (både folkevalde og administrativt tilsette på området). Vi tek sikte på å gjennomføre ca. 3-5 intervju.

3.3 Spørjeundersøking

Dersom kontrollutvalet vel opsjonen med spørjeundersøking/strukturert intervju, vil vi be styremedlemmar vald av kommunen, styreleiarar (og ev. daglege leiarar) i selskap der Stord kommune har ein vesentleg eigardel svare på om selskapa har etablert ein praksis i samsvar med kommunen sine føringar og om selskapa opplever at kommunen utøver ei tydeleg og hensiktsmessig eigarskapsforvaltning.

3.4 Verifisering og høyring

Oppsummering av intervju vil bli sendt til dei intervjuar for verifisering, og det er informasjon frå dei verifiserte intervjureferata som vil bli nytta i rapporten. Datadelen av rapporten vil bli sendt til rådmannen/kommunedirektøren for verifisering, og eventuelle faktafeil vil bli retta opp i den endelege versjonen. Deretter vil heile rapporten, inkludert vurderingsdelar og eventuelle forslag til tiltak, bli sendt til rådmannen/kommunedirektøren for uttale. Rådmannen/kommunedirektøren sin høyringsuttale vil bli vedlagt den endelege rapporten som blir sendt til kontrollutvalet.

4 Tid og ressursbruk

4.1 Nøkkelpersonell

Birte Bjørkelo er oppdragsansvarleg partner på oppdraget. I tillegg vil teamet bestå av prosjektleiar Erlend Risvand Mo (konsulent) og ytterlegare ein medarbeidar. Deloitte har sett saman eit team som sikrar at prosjektet blir gjennomført i samsvar med gjeldande retningsliner, samt med nødvendig kompetanse og erfaring innanfor kommunal revisjon.

4.2 Ressursbruk

Med utgangspunkt i prosjektet sin karakter og planen som er lagt for korleis prosjektet skal bli gjennomført vil det ta totalt 250-300 timar å gjennomføre prosjektet, avhengig av kva prosjekialternativ kontrollutvalet bestemmer seg for. Dette inkluderer førebuing av prosjektet, utarbeiding av problemstillingar og prosjektplan, førebuing og gjennomføring av datainnsamling, analyse av data og utarbeiding og kvalitetssikring av rapport. Timetalet omfattar også presentasjon av ferdig rapport for kontrollutvalet.

Timeestimatet inkluderer ikkje førebuing og gjennomføring av presentasjon i kommunestyret. Ein eventuell presentasjon av rapporten i kommunestyret vil bli fakturert etter medgått tid, inntil 6 timar i tillegg til det totale timetalet som er presentert over.

Sjå vedlegg for oversikt over timefordeling.

4.3 Gjennomføringsplan

Oppstart av prosjektet vil vere 1. mai 2023 og rapporten vil vere klar for oversending til kontrollutvalet ved sekretariatet innan 31. desember 2023. For å kunne gjennomføre prosjektet innan denne fristen og med stipulert timebruk er det nødvendig at kommunen sender over etterspurt dokumentasjon innan dei fristar som blir satt, og at utvalde personar stiller til og verifiserer intervju.

Fakturering av kostnadane ved prosjektet vil skje i samsvar med avtale mellom Stord kommune og Deloitte.

Bergen, 28. mars 2023



Birte Bjørkelo

Oppdragsansvarleg partner

Deloitte.

Deloitte AS and Deloitte Advokatfirma AS are the Norwegian affiliates of Deloitte NSE LLP, a member firm of Deloitte Touche Tohmatsu Limited ("DTTL"), its network of member firms, and their related entities. DTTL and each of its member firms are legally separate and independent entities. DTTL (also referred to as "Deloitte Global") does not provide services to clients. Please see www.deloitte.no for a more detailed description of DTTL and its member firms.

Deloitte Norway conducts business through two legally separate and independent limited liability companies; Deloitte AS, providing audit, consulting, financial advisory and risk management services, and Deloitte Advokatfirma AS, providing tax and legal services.

Deloitte is a leading global provider of audit and assurance, consulting, financial advisory, risk advisory, tax and related services. Our network of member firms in more than 150 countries and territories serves four out of five Fortune Global 500® companies. Learn how Deloitte's 330,000 people make an impact that matters at www.deloitte.no.

© 2023 Deloitte AS



Saksframlegg

Saksnr: 2022/332-12
Saksbehandlar:Hogne Haktorson

Saksgang

Utval	Utv.saksnr.	Møtedato
Stord kommune, Kontrollutvalet	14/23	20.04.2023

Møteplan hausten 2023 for kontrollutvalet

Forslag til vedtak

1. For å unngå at kontrollutvalet og kommunestyret har møte same dag, vert det gjort endringar i møteplan hausten 2023 for kontrollutvalet.
2. Planlagt møte 21. sept. vert endra til 20. sept.
3. Planlagt møte 30. nov. vert endra til 4. des.

Samandrag

Føremålet med denne saka er å hindra at kontrollutvalet og kommunestyret har møte same dag. Det vert gjort ved å endra kontrollutvalet sin møteplan for hausten 2023.

Hogne Haktorson
kontrollsjef

Saksframlegget er godkjent elektronisk og har difor inga handskriven underskrift

Saksutgreiing

Bakgrunn for saka

Kontrollutvalet vedtok møteplan for heile 2023 i møte 01.12.22 – sak PS 41/22. På det tidspunktet førelåg berre møteplan for øvrige politiske organ for vårhalvåret 2023. No er det også laga møteplan for hausthalvåret for «alle». Etter det har kontrollutvalet og kommunestyret møte same dag på to datoar i hausthalvåret.

Vedtakskompetanse

Det er kontrollutvalet som har vedtakskompetanse til å vedta eigen møteplan, jf. kommunelova § 23-2.

Vurderingar og verknader

Utvalsleiar og utvalssekretær er samd i at kontrollutvalet og kommunestyret ikkje bør/kan ha møte same dag, og at det vert løyst ved at kontrollutvalet endrar møtedato for respektive møter.

Utvalsleiar er og kommunestyremedlem. Dessutan vert ofte administrasjonen invitert til møter både i kontrollutvalet og i kommunestyret, og dei kan ikkje vera begge stader på ein gong.

Kommunestyret har møte på desse datoane, hausten 2023:

- 21.09, 19.10, 30.11 og 19.12.

Formannskapet har møte på desse datoane, hausten 2023:

- 06.09, 02.10, 04.10, 06.11, 08.11 og 06.12

Det vert tilrådd slike endringar:

- Planlagt møte 21. sept. vert endra til 20. sept.
- Planlagt møte 30. nov. vert endra til 4. des.

Konklusjon

Sekretariatet tilrår at kontrollutvalet endrar møteplan for hausthalvåret 2023, slik som føreslått.



Saksframlegg

Saksnr: 2022/233-5
Saksbehandlar:Hogne Haktorson

Saksgang

Utval	Utv.saksnr.	Møtedato
Stord kommune, Kontrollutvalet	15/23	20.04.2023

Årsmelding 2022 for Stord kontrollutval

Forslag til innstilling

Kommunestyret godkjenner årsmelding 2022 for kontrollutvalet i Stord kommune.

Samandrag

Sekretariatet har laga forslag til utvalet si årsmelding for 2022. Årsmeldinga frå kontrollutvalet må reknast som ein del av den lovpålagte rapporteringa frå utvalet til kommunestyret.

Hogne Haktorson
kontrollsjef

Saksframlegget er godkjent elektronisk og har difor inga handskriven underskrift

Vedlegg

- 1 Årsmelding 2022 for Stord kontrollutval

Saksutgreiing

Bakgrunn for saka

Sekretariatet har utarbeidd forslag til årsmelding for kontrollutvalet i Stord kommune for 2022. Årsmeldinga skal gje oversikt over kva kontrollutvalet har arbeidd med i året som gjekk.

Vedtakskompetanse

Det er kommunestyret som har vedtakskompetanse i saker som vert rapportert frå kontrollutvalet, jf. kommunelova § 23-5 der det står dette:

«Kontrollutvalget skal rapportere resultatene av sitt arbeid til kommunestyret eller fylkestinget.»

Vurderingar og verknader

Føremålet med årsmeldinga skal vera å rapportere resultata av kontrollutvalet sitt arbeid til kommunestyret, som er kontrollutvalet sin oppdragsgjevar. Årsmeldinga peikar både på behandling av saker som er slutført frå kontrollutvalet si side og på kva som må følgjast opp vidare framover.

Årsmeldinga frå kontrollutvalet må reknast som ein del av den pålagde rapporteringa frå utvalet til kommunestyret. Sekretariatet meiner difor at det vil vera naturleg at kommunestyret godkjenner årsmeldinga i eiga politisk sak, slik det og har vore gjort i fleire år no.

Konklusjon

Det blir på bakgrunn av dette tilrådd at utvalet legg fram årsmelding for kontrollutvalet for 2022 til godkjenning i kommunestyret.



ÅRSMELDING 2022

FOR KONTROLLUTVALET

I

STORD KOMMUNE



1 **Føremål og oppgaver for kontrollutvalet**

Føremålet med kontrollutvalet sitt arbeid er å medverke til at det vert allmenn tillit til at kommunen sine oppgaver vert løyst på best mogleg måte, og i samsvar med gjeldande lover og forskrifter. I kommunelova finn ein kap. 23 «Kontrollutvalgets virksomhet». I § 23-1 står det mellom anna:

«Kommunestyret og fylkestinget velger selv et kontrollutvalg som skal føre løpende kontroll på deres vegne.»

I kommunelova § 23-2 står det m.a.:

Kontrollutvalget skal påse at

- a) kommunens eller fylkeskommunens regnskaper blir revidert på en betryggende måte*
- b) det føres kontroll med at den økonomiske forvaltningen foregår i samsvar med gjeldende bestemmelser og vedtak*
- c) det utføres forvaltningsrevisjon av kommunens eller fylkeskommunens virksomhet, og av selskaper kommunen eller fylkeskommunen har eierinteresser i*
- d) det føres kontroll med forvaltningen av kommunens eller fylkeskommunens eierinteresser i selskaper mv. (eierskapskontroll)*
- e) vedtak som kommunestyret eller fylkestinget treffer ved behandlingen av revisjonsrapporter, blir fulgt opp. at kommunen har en forsvarlig revisjonsordning.*

2 **Samansetjing av kontrollutvalet**

Kontrollutvalet for perioden 2019 – 2023 er slik samansett:

Fredrik Litleskare (H)	leiar, og kommunestyremedlem
Stian Djuvsland (FrP)	Nestleiar
Rigmor Svanberg (FrP)	medlem (friteken av Kst 25.11.21 PS 53/21)
Gunnhild Kristin Borlaug (FrP)	Medlem (ny medlem frå 25.11.21 PS 53/21)
Astrid-Cecilie F. Aleksandersen (Ap)	medlem
Tore Jubskås (Sp)	medlem

Minst ein av dei valde skal og ha sete i kommunestyret. Fredrik Litleskare er kommunestyremedlem.

3 **Om verksemda til kontrollutvalet i 2022**

- Kontrollutvalet i Stord kommune hadde 5 møter i 2022 og handsama 44 politiske saker og 25 referatsaker.
- Ordførar har møterett i kontrollutvalet.
- Rådmann og andre tilsette i kommunen har møtt når dei har vorte innkalla.
- Revisjonen har møtt på alle møta i kontrollutvalet
- Kontrollutvalet har fått tilgang til den informasjonen det vart bede om.

4 **Sekretariatsordninga**

I kommunelova § 23-7 står det at kommunestyret skal sørgja for sekretærbistand til kontrollutvalet som tilfredsstillar utvalet sitt behov. Sekretærfunksjonen kan ikkje leggst til kommunen sin administrasjon.

Utdrag frå kommunelova § 23-7:

Kommunestyret skal sørge for at kontrollutvalget får sekretariatsbistand som tilfredsstillende utvalgets behov. Sekretariatet skal påse at de saker som behandles av kontrollutvalget, er forsvarlig utredet, og at utvalgets vedtak blir iverksatt. Sekretariatet skal være uavhengig av kommunens administrasjon og av den eller de som utfører revisjon for kommunen.

Sekretariat for kontrollutvalet i Vestland fylkeskommune er sekretær for kontrollutvalet i Stord kommune, og kontrollsjef Hogne Haktorson har møtt på alle møta. Sekretariatet er også sekretariat for kontrollutvalet i fylkeskommunen, samt kontrollutvala i desse kommunane: Kvinnherad, Bømlo, Fitjar, Tysnes, Austevoll, Bjørnafjorden, Ulvik, Eidfjord, Kvam, Ullensvang, Øygarden, Samnanger, Vaksdal og Askøy. I tillegg til dette har sekretariatet også vore settesekretariat for Møre og Romsdal fylkeskommune sitt kontrollutval i deler av 2022.

Hausten 2022 vart det gjennomført ny konkurranse om sekretariatstenester for fem kommunar i Sunnhordland. Vestland fylkeskommune held fram som sekretariat for kontrollutvalet i Stord kommune og dei øvrige fire kommunane frå 01.01.23. til 31.12.2024, med opsjon på 1 + 1 år.

5 **Revisjonsordninga og revisjonstenesta**

Revisjonsordninga.

Kontrollutvalet skal på vegne av kommunestyret ha tilsyn med den kommunale forvaltninga. Utvalet må halda seg orientert om kva saker revisjonen arbeider med og føra tilsyn med at revisjonsarbeidet er å jour og føregår i samsvar med forskrift og vedtak.

Stord kommune har nytta kjøp av revisjonstenester som revisjonsordning frå 01.01.2006.

Revisjonsordninga vart vurdert av kontrollutvalet og kommunestyret hausten 2016, og kommunen valde å halda fram med denne revisjonsordninga.

Revisjonsordninga var på ny på dagsorden i 2020 og 2021. Siste gong i kontrollutvalet 31.08.21 (PS 37/21) og kommunestyret 30.09.21 (PS 32/21). Innstilling frå kontrollutvalet og vedtak i kommunestyret var likelydande:

1. *Kommunestyret ønskjer ikkje å gå inn som eigar i Rogaland Revisjon IKS då det heller ikkje no ligg føre nok informasjon til at ein kan estimere ein framtidig total revisjonskostnad for Stord kommune med ei slik ordning.*
2. *Kommunestyret tar ikkje opp saka til ny vurdering før det eventuelt ligg føre meir informasjon frå Rogaland Revisjon IKS.*

Revisjonstenesta.

Konkurranse for ny avtaleperiode – frå 01.07.2021 – gjekk føre seg vinter/vår 2020/2021. Kontrollutvalet gav si innstilling i møte 19.04.21 (PS 19/21). Kommunestyret vedtok innstillinga i sitt møte 27.05.21 (PS 12/21):

«Kommunestyret i Stord kommune vel Deloitte AS som revisor frå 01.07.2021 – 30.06.2025.»

Deloitte AS har lagt fram revisjonsmelding, slik kravet er, samt lagt fram rapportar og annan informasjon om revisjonen sitt arbeid.

På grunnlag av revisjonen sine rapportar, rekneskapsplan og annan informasjon, har utvalet ført tilsyn med at forvaltninga er i samsvar med gjeldande lover, forskrifter og vedtak. Utvalet skal vidare i samarbeid med revisjonen gjennomføra ei systematisk vurdering av bruk og forvaltning av dei kommunale midlar, med utgangspunkt i oppgåver, ressursbruk og oppnådde resultat (forvaltningsrevisjon).

Til dagleg er det den valde revisor som utfører tilsynet og kontrollen mot kommunen, men kontrollutvalet har eit eige ansvar med å sjå til at arbeidet vert tilfredstillande utført. Kommunelova stiller krav om at utvalet sjølv må visa ei aktiv haldning. For å få utført det arbeid utvalet er pålagt, er ein avhengig av god kommunikasjon med kommunestyret, administrasjonen i kommunen og revisor. Samarbeidet har vore godt med dei aktuelle aktørane. Ansvarleg revisor har vore partner i Deloitte AS, Else Holst-Larsen. I tråd med regelverket er eigenvurdering for at Deloitte AS er uavhengig i høve til Stord kommune, lagt fram for kontrollutvalet.

6 **Forvaltningsrevisjon.**

Ei av dei viktigaste oppgåvene til kontrollutvalet er å gjennomføre forvaltningsrevisjon av kommunen si verksemd samt med selskap der kommunen har eigarinteresser, og er ei av utvalet sine lovpålagde oppgåver. Forvaltningsrevisjon er eit verktøy som kommunestyret og kontrollutvalet skal nytte for å sikre at kommunen på best mogleg måte tek omsyn til innbyggjarane sine behov og rettar.

I kommunelova § 23-2 står det:

Kontrollutvalget skal påse at det gjennomføres forvaltningsrevisjon med kommunens virksomhet samt med selskaper som kommunen har eierinteresser i.

Det står vidare i kommunelova § 23-3:

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

6.1 **Plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2020 – 2024**

Kommunen skal, etter lova, utarbeide ein plan for forvaltningsrevisjon slik at gjennomføring av forvaltningsrevisjon vert utført på ein planmessig måte og for å sikre at kommunestyret vel ut dei mest relevante prosjekta. Planen skal vere basert på ei risiko- og vesentlegvurdering.

I kommunelova § 23-2 står det:

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

Planen skal vedtas av kommunestyret og fylkestinget selv. Kommunestyret og fylkestinget kan delegere til kontrollutvalget å gjøre endringer i planen.”

På kontrollutvalet sitt møte 11.12.2019 bestilte utvalet oppstart av nytt planarbeid, og ba KPMG gjennomføra risiko- og vesentlegvurderingar i Stord kommune, samt utarbeida forslag til plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2020 – 2024.

Plan for forvaltningsrevisjon blei vedteken i kommunestyremøte 24.09.2020. (PS 53/20), der det vart fatta slik vedtak:

1. *Forslag til plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2020 – 2024 for Stord kommune vert vedteken slik den ligg føre.*
2. *Planen erstattar plan for forvaltningsrevisjon gjeldande perioden 2016 – 2020.*
3. *Planen gjeld for resten av valperioden og fram til ny plan etter intensjonen vert vedteken i 2024.*

4. Kommunestyret delegerer mynde til kontrollutvalet til å føreta endringar og omprioriteringar i planen, samt til å kunna definera og avgrensa konkrete prosjekt innafor dei utvalde områda i planen.
5. Planen skal evaluerast minst ein gong i valperioden. Kommunestyret delegerer mynde til kontrollutvalet til å gjera denne evalueringa.
6. Kontrollutvalet skal rapportere resultatet av forvaltningsrevisjonar til kommunestyret etter kvart. H

Rullering av plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2020 – 2024

I tråd med pkt. 5 overfor gjennomførte kontrollutvalet saman med Deloitte ei evaluering hausten 2022, medan endeleg vedtak kjem i første møte i 2023.

6.2 Gjennomføring av prosjekt innan forvaltningsrevisjon

Pkt. 6.3 og 6.4 gjeld forvaltningsrevisjonar som er levert eller bestilt i 2022.
Pkt. 6.5 og 6.6 gjeld oppfølging av tidlegare leverte forvaltningsrevisjonar.

6.3 Forvaltningsrevisjon av førebyggjande arbeid for barn og unge

Kontrollutvalet bestilte forvaltningsrevisjon om førebyggjande arbeid for barn og unge. Revisjonsrapport kom opp i kontrollutvalet sitt møte 23.05.2023 (PS 20/22), som innstilte overfor kommunestyret, der rapporten kom til handsaming 21.06.2022 (PS 26/22). Kommunestyret fatta slik vedtak:

På bakgrunn av forvaltningsrevisjonsrapport om førebyggjande arbeid for barn og unge i Stord kommune, ber kommunestyret rådmannen om å:

1. Etablere ei overordna oversikt over mål og planar innan førebyggjande arbeid retta mot barn og unge, og sikre tilstrekkeleg operasjonalisering av måla som er sett for tenestene på området.
2. Sikre tydeleggjering av oppgåver, rollar og ansvar innan førebyggjande arbeid retta mot barn og unge. Under dette:
 - a) Tydeleggjere oppgåver og ansvar i dei tilfella der fleire tenester har overlappende ansvar og det dermed er risiko for at oppfølginga kan glempe.
 - b) Tydeleggjere rollar og ansvar knytt til bruk av stafettloggen.
3. Sikre at alle tilsette er tilstrekkeleg kjend med
 - a) kva som ligg til ansvar og oppgåver som koordinator for arbeid med individuell plan.
 - b) rutinar og verktøy som er etablert for å sikre kartlegging og oppfølging av barn med behov for oppfølging.
4. Etablere rutinar som sikrar at tenester etterspør samtykke frå foreldre om overføring av informasjon til relevante instansar, i tilfelle der familiar med utsette barn skal flytte frå kommunen.
5. Leggje til rette for at fleire tilsette i kommunen har god kunnskap om BTI-modellen og dermed til dømes kan gjennomføre opplæring i BTI-metodikken for andre tilsette.
6. Sikre at det blir etablert klare samarbeidsstrukturar og tilstrekkeleg tverrsektorielle møteplassar mellom sentrale tenester i OKU og RHO som jobbar opp mot barn og familiar i kommunen.
7. Etablere rutinar for å melde avvik knytt til samhandlinga mellom tenestene i det førebyggjande arbeidet retta mot barn og unge, og rutinar for å følgje opp slike avvik.
8. Lage en prioritert handlingsplan til kontrollutvalet innan 01.11.2022 som viser kva tiltak som skal setjast i verk for å følgje opp tilrådingane i rapporten, når tiltaka skal setjast i verk og kven som skal ha ansvaret for iverksettinga.

Kontrollutvalet hadde sak om oppfølging oppe i møte 01.12.2022, der det vart gjort slik vedtak i sak PS 38/22:

1. Kontrollutvalet tar tilbakemeldinga frå fungerande rådmann når det gjeld forvaltningsrevisjon om førebyggjande arbeid for barn og unge i Stord kommune til orientering.
2. Kontrollutvalet ber om å få tilsendt ny skriftleg status på oppfølging av forvaltningsrevisjonen til første møte i utvalet, hausten 2023.
3. Tilbakemeldinga vert å sende sekretariatet innan 10.08.2023.

6.4 **Forvaltningsrevisjon av effektivitet og kvalitet i tenester til psykisk utviklingshemma i Stord kommune**

Kontrollutvalet bestilte forvaltningsrevisjon av effektivitet og kvalitet i tenester til psykisk utviklingshemma i Stord kommune. Bestillingsbrev til Deloitte AS vart sendt 16.05.2022.

Av den godkjende prosjektplanen går det fram at føremålet med forvaltningsrevisjonen er:

Føremålet med prosjektet vil vere å undersøke om Stord kommune har system for å sikre effektive og kvalitativt gode helse- og omsorgstenester til psykisk utviklingshemma. Konsekvensane av covid-19-pandemien vil gjennomgåande vere aktuell å sjå på knytt til dei ulike problemstillingane.

Med bakgrunn i prosjektet sitt føremål har revisjonen formulert følgjande problemstillingar:

1. I kva grad har Stord kommune etablert **strategi og planar** for å sikre nødvendig kapasitet og kompetanse innan tenestene til psykisk utviklingshemma når det gjeld:
 - a) Normalsituasjon
 - b) Pandemisituasjon eller ved andre kritiske hendingar
2. I kva grad dekker **tilbodet** innan tenester til utviklingshemma behovet for tenester?
 - a) Korleis er Stord kommune sine kostnader til tenester til utviklingshemma samanlikna med relevant KOSTRA gruppe?
 - b) I kva grad er tilbodet dimensjonert effektivt med omsyn til ulike omsorgsnivå (slik som butilbod, støttekontakt, dagtilbod, avlastningstilbod)?
 - c) I kva grad er det ventelister/overkapasitet for ulike tilbod?
 - d) I kva grad er det etablert ei god samhandling mellom tildelingskontor og utførande einingar som sikrar rett nivå på tenestene?
3. I kva grad har ein sikra **tilstrekkeleg med ressursar med rett kompetanse** i tenestene?
 - a) Er det lagt opp til ei bemanning som er tilfredsstillande med omsyn til å levere naudsynte tenester?
 - b) Klarer kommunen å sikre tilfredsstillande kompetanse blant medarbeidarane?
 - i. Ved rekruttering
 - ii. Gjennom kompetansehevande tiltak
 - c) Klarer tenestene å ivareta tilfredsstillande nærvær blant medarbeidarane?
 - i. I kva grad arbeider kommunen med å redusere sjukefråvær knytt til arbeidsrelaterte forhold?

4. I kva grad er det etablert eit tilfredsstillande **avvikssystem**?
 - a) I kva grad meiner tilsette at det er tydeleg kva som er avvik og korleis desse skal meldast?
 - b) I kva grad blir det meldt avvik ved brot på rutinar?
 - c) Blir avvik fulgt opp på ein tilfredsstillande måte for å sikre læring og forbetring?
5. I kva grad har kommunen etablert eit system for innhenting av **erfaringar og synspunkt frå brukarar og deira pårørande**?

Avgrensing i forvaltningsrevisjonsprosjektet: Primært forvaltningsrevisjon retta mot vaksne som mottar tenestetilbod innan butilbod, arbeid og aktivitet.

Det har vore noko forseinking undervegs, bl.a. grunna at kommunen trong lenger tid på å finna fram aktuelle dokument. Det vert no arbeidd med plan om at rapport er klar ultimo mars d.å.

6.5 Forvaltningsrevisjon innan beredskap.

Kontrollutvalet bestilte forvaltningsrevisjon innan beredskap i møte 15.10.2020 (sak PS 34/20)

Innstilling i høve endeleg rapport var oppe i kontrollutvalet 19.05.21 (PS 26/21). Med endra ordlyd i pkt. B8, vedtok kommunestyret innstillinga i sitt møte 27.05.21 (PS 16/21):

På bakgrunn av forvaltningsrevisjon innan beredskap i Stord kommune ber kommunestyret rådmannen syta for vurderingar og utarbeiding av aktuelle tiltaksplanar i høve desse tilrådingane:

- A1. *Kommunen skal utarbeide ny ROS-analyse så snart som mogleg.*
- A2. *Kommunen skal etablere ein tydelig plan for krisekommunikasjon som del av overordna beredskapsplan.*
- B1. *Kommunen skal vurdere å styrka ressursar innafor eksisterande rammer knytt til arbeid med beredskap på administrativt nivå i kommunen.*
- B2. *Kommunen bør planlegge for fullstendig bortfall av IKT-tenester i kommunen.*
- B3. *Kommunen bør vurdere å gjennomføre ei fullskaløving med bortfall av alle digitale tenester, inkludert naudnett, DAB-radio, satellitt-kommunikasjon, etc.*
- B4. *Kommunen skal synleggjere korleis forskjellige risiko- og tryggleiksfaktorar kan verke inn på kvarandre ved neste revidering av ROS, spesielt i samband med IKT.*
- B5. *Kommunen skal kontrollere at planane vert reviderte jamleg for å sikre at dei blir levande dokument. Alle planar bør òg syna kva tid planane er reviderte og oppdaterte.*
- B6. *Kommunen skal etablere rutinar for dokumentasjon av gjennomgang av beredskapsplanar for tilsette.*
- B7. *Kommunen skal etablere eit system der revidert plan må godkjennast av andre enn den som har ansvar for den konkrete planen for å bli rekna som revidert.*
- B8. *Kommunen skal ha rutinar for å gjera skriftlege evalueringar i etterkant av øvingar.*
- C1. *Kommunen skal vurdere å inngå avtale om beredskap med fleire overnattingsstader i, eller i tilknytning til, kommunen.*
- C2. *Kommunen skal vurdere om dei tilsette bør vere meir aktivt med i revisjon av planane.*
- C3. *Kommunen skal vurdere om tilsette kan gis opplæring i beredskapsarbeidet i eiga eining.*
- C4. *Kommunen bør vurdere å samle arbeidet med IT-tryggleik, plan for opplæring i IT-tryggleik og oppfølging av opplæring i IT-tryggleik på same stad i kommunen, for å sikre betre oversyn over den generelle IT-tryggleika.*

Rådmannen vert og beden om:

- D1. Å laga ein prioritert handlingsplan til kontrollutvalet innan 01.10.2021 som viser kva tiltak som skal setjast i verk for å følgja opp tilrådingane i rapporten, når tiltaka skal setjast i verk og kven som skal ha ansvaret for iverksettinga.
- D2. At tilråding om tiltak innan beredskap som krev politiske vedtak, vert teke opp som politisk sak etterkvart, i dei organ som har innstillingskompetanse og vedtakskompetanse.

Det har vore fleire oppfølgingar i kontrollutvalet etter at vedtaket var gjort, sist i møte 23.05.2022, der det i sak PS 19/22 vart gjort slik vedtak:

1. Kontrollutvalet ser positivt på det forbetningsarbeidet som er sett i gang i samband med forvaltningsrevisjon innan beredskap i Stord kommune, og vil særleg peika på som positivt at heilskapleg risiko- og sårbarheitsanalyse (ROS) Stord og Fitjar er utarbeidd og vedteken av Stord kommunestyre.
2. Kontrollutvalet ber rådmannen koma med ny skriftleg status på oppfølging av forvaltningsrevisjonen til første møte i utvalet i 2023. Statusrapporten bes levert sekretariatet seinast 3 veker før møtedato.

6.6 Forvaltningsrevisjon om plan- og byggesakshandsaming.

Kontrollutvalet tok 24.09.19 initiativ til Forvaltningsrevisjon om plan- og byggesakshandsaming i sak PS 45/19.

Rapport etter forvaltningsrevisjonen vart handsama av kontrollutvalet 11.03.20 (sak PS 4/20), som innstilte overfor kommunestyret.

I kommunestyremøte 14.05.2020 (sak PS 21/20), fatta kommunestyret slik vedtak:

På bakgrunn av forvaltningsrevisjon innan plan og byggesakshandsaming ber kommunestyret rådmannen syta for å:

1. Følgje opp og avklare behovet for å implementere eit eige sakshandsamingssystem for byggesakshandtering.
2. Iverksette tiltak for å sikre at avvikssystemet også vert nytta innanfor byggesakshandsaminga.
3. Etablere arbeidsrutinar som sikrar gjennomføring og oppfølging av tilsyn, irekna å vurdere om dei har tilstrekkelig kapasitet for å gjennomføre tilsyn i samsvar med målsetting og regelverk.
4. Etablere og implementere tydelege samhandlingsrutinar mellom Regulering, bygg og Oppmåling (RBO), Stord kommunalteknikk (SKT) og vegmynde.
5. Prioritere arbeidet med å oppdatere det kommunale planverket.
6. Sikre at all relevant rådgjeving og rettleiing vert dokumentert i samsvar med forvaltningslova.
7. Etablere tiltak for å sikre at førebels svar vert sendt ut på alle byggesaker kor sakshandsaminga overgår fire veker.
8. Det vert laga ein prioritert handlingsplan til kontrollutvalet innan 01.09.2020 som viser kva tiltak som skal setjast i verk for å følgja opp tilrådingane i rapporten, når tiltaka skal setjast i verk og kven som skal ha ansvaret for iverksettinga.

Handlingsplanen, og vidare oppfølging av denne, vart handsama av kontrollutvalet i

- møte 08.09.20 (sak PS 23/20)
- møte 04.03.21 (sak PS 05/21)
- møte 31.08.21 (sak PS 31/21)
- møte 02.12.21 (sak PS 39/21)
- møte 15.09.22 (sak PS 26/22)

I sistnemnte møte vart det bl.a. gjort slik vedtak:

1. Kontrollutvalet ber rådmannen koma med ny skriftleg status på oppfølging av punkta 3 og 4 etter forvaltingsrevisjon av plan og byggesakshandsaming i Stord kommune, til første møte i utvalet i 2023.
2. Kontrollutvalet inviterer og rådmannen til å gje ei munnleg orientering om utfordringar med oppfølgingsarbeidet i same møte.

Kontrollutvalet har tradisjon for å tenka slik at ein revisjon ikkje er ferdig før også oppfølginga i etterkant av revisjonen er gjort. Kontrollutvalet vil informera om oppfølgingsarbeidet vidare, i årsmelding for 2023.

7 Eigarskapskontroll.

I den nye kommunelova er selskapskontroll erstatta med forvaltningsrevisjon i selskap, og eigarskapskontroll. Dette står om eigarskapskontroll i kommunelova § 23-2 d:

Kontrollutvalget skal påse at det føres kontroll med forvaltningen av kommunens eierinteresser i selskaper mv.

Det står i tillegg litt meir utfyllande om eigarskapskontrollen i kommunelova § 23-4:

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

7.1 Plan for eigarskapskontroll.

Kommunen skal, etter lova, utarbeide ein plan for eigarskapskontroll slik at kontrollen med forvaltninga av kommunen sine interesser i selskap vert utført på ein planmessig måte og for å sikre at kommunestyret vel ut dei mest relevante prosjekta. Planen skal vere basert på ei risiko- og vesentlegvurdering.

Følgjande står om plan for eigarskapskontroll i kommunelova § 23-4:

Kontrollutvalget skal minst én gang i valgperioden, og senest innen utgangen av året etter at kommunestyret eller fylkestinget er konstituert, utarbeide en plan for hvilke eierskapskontroller som skal gjennomføres. Planen skal baseres på en risiko- og vesentlighetsvurdering av kommunens og fylkeskommunens eierskap. Hensikten med risiko- og vesentlighetsvurderingen er å finne ut hvor det er størst behov for eierskapskontroll.

Planen skal vedtas av kommunestyret og fylkestinget selv. Kommunestyret og fylkestinget kan delegerere til kontrollutvalget å gjøre endringer i planen

Plan for eigarskapskontroll vart vedteken i kommunestyremøte 24.09.2020. (PS 54/20), der det vart fatta slik vedtak:

1. *Forslag til plan for eigarskapskontroll for perioden 2020 – 2024 for Stord kommune vert vedteken slik den ligg føre.*
2. *Planen erstattar plan for selskapskontroll gjeldande perioden 2016 – 2020.*
3. *Planen gjeld for resten av valperioden og fram til ny plan etter intensjonen vert vedteken i 2024.*
4. *Kommunestyret delegerer mynde til kontrollutvalet til å foreta endringar og omprioriteringar i planen, samt til å kunna definera og avgrensa konkrete prosjekt innafor dei utvalde områda i planen.*
5. *Planen skal evaluerast minst ein gong i valperioden. Kommunestyret delegerer mynde til kontrollutvalet til å gjera denne evalueringa.*
6. *Kontrollutvalet skal rapportera resultatet av eigarskapskontrollar til kommunestyret.*

Rullering av plan for eigarskapskontroll for perioden 2020 – 2024

Jmf. pkt. 5 i vedtaket over, hadde kontrollutvalet sak om det i møte 01.12.23. (PS 40/22). Kontrollutvalet vedtok der at gjeldande plan for eigarskapskontroll for perioden 2020 – 2024 vert vidareført slik den ligg føre.

7.2 *Prosjekt innan eigarskapskontroll.*

Det vart ikkje gjennomført prosjekt innan eigarskapskontroll i 2022, me det er til vurdering for 2023.

8 *Rekneskapsrevisjon.*

Revisjon av årsrekneskaper er ein heilt sentral del av eigenkontrollen i kommunen. Revisor skal gje tryggleik for at ein kan stole på informasjonen kommunen gjev om økonomien sin.

Kontrollutvalet skal sjå til at kommunen blir revidert på ein forsvarleg måte. Utvalet er difor avhengig av at revisor i tilstrekkeleg grad rapporterer om revisjonsarbeidet. At kontrollutvalet og revisor har ein god dialog og god forståing av sine oppgåver, er viktige føresetnader for å skape tryggleik for at revisjonsarbeidet blir forsvarleg utført.

I kommunelova § 23-2 står mellom anna dette:

Kontrollutvalget skal påse at

a) Kommunen eller fylkeskommunen sine årsregnskaper blir revidert på en betryggende måte

Dette står om rekneskapsrevisjon i forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 3:

Kontrollutvalget skal holde seg løpende orientert om revisjonsarbeidet og påse at

a) Kommunen eller fylkeskommunen sine årsregnskaper blir revidert på en betryggende måte

b) Regnskapsrevisjonen blir utført i samsvar med lov, forskrift og kontrollutvalgets instruksjer og avtaler med revisor

c) Regnskapsrevisjonen blir utført av revisorer som oppfyller kravet i kapittel 2 og 3

Kontrollutvalget skal uttale seg til kommunestyret eller fylkestinget om årsregnskapene og årsberetningene før formannskapet eller fylkesutvalget innstiller til vedtak.

8.1 *Rekneskap for Stord hamnestell for 2021:*

Rådmann og økonomisjef, samt einingsleiar og nestleiar med Stord hamnestell som ansvarsfelt, var tilstades, og svara på spørsmål frå kontrollutvalet, då årsrekneskaper vart handsama i møte 23.05.22 (PS 15/22).

Rekneskaper for 2021 synte driftsinntekter på kr. 11.179.000 og eit rekneskapsmessig meirforbruk på kr. 171.000.

Under handsaming i møtet kom det fram at det har vore eit «tøfft år» for Hamnestellet. Det er relativt høg lånebyrde, men buffert med nedbetalingsplan over 20 år, medan den kunne vore over 40 år. Revisjonen fortalde at det var levert ei «rein» revisjonsmelding.

Følgjande uttale vart fatta:

1. Kontrollutvalet registrerer at Stord hamn i 2021 har driftsinntekter på kr. 11 179 000 og eit netto driftsresultat er på - kr. 171 000. Det gjev eit driftsresultat på - 1,53 % (Sett opp mot sum driftsinntekter), dvs. godt under tilrådinga til TBU.
2. Kontrollutvalet støttar seg til KPMG sin uttale om den økonomiske situasjonen for Stord hamn for året 2021, og har ikkje øvrige merknader til denne enn dei som er omtalt i saksframlegget.
3. Uttalen vert send kommunestyret via utval for plan og utvikling og/eller via formannskapet.

8.2 Årsrekneskap for Stord kommune for 2021.

Kontrollutvalet handsama i møte 23.05.2022, (PS 16/22) årsrekneskapen for 2021 i Stord kommune. Rådmann Magnus Mjør og økonomisjef Marianne Heggholmen Aarbø orienterte i saka og svarta på spørsmål frå kontrollutvalet.

I uttalen gjorde kontrollutvalet bl.a. merksam på følgjande tilhøve overfor kommunestyret:

Viktige nøkkeltal i årsrekneskapen:

- Netto driftsresultat er på 1,97 % av driftsinntektene, tilrådinga frå TBU er 1,75% og snittet i kommunar i Norge utanom Oslo er i 2021 på 4,3%
- Gjeldsgraden er berekna til 137,79 % av driftsinntektene, Riksrevisjonen tilrår maks 75%
- Gjeldsbelastninga er berekna til 7,40 % av driftsinntektene. Stord kommune har ikkje sett eige måltal her, men dette bør normalt sett vera på under 5%
- Disposisjonsfondet er berekna til 6,91 % av driftsinntektene, Riksrevisjonen si tilråding er på minst 5%.

Stord kommune har eit positivt driftsresultat, som er høgare enn tilrådinga frå TBU men under snittet i Norge. Disposisjonsfondet er positivt i 2021 medan lånegjelda er langt over tilrådinga frå Riksrevisjonen. Gjeldsgraden er no på 7,08 %.

Kontrollutvalet hadde bl.a. dette med i oppsummering i sin uttale:

- Kontrollutvalet er uroa for at Stord kommune si lånegjeld har vore høg fleire år på rad og ligg langt over Riksrevisjonen si tilråding. Den er i 2021 på 137,79 % ift. driftsinntektene, medan det er tilrådd at den ligg under 75 %. Tilsvarande tal i 2017 var på 109,92 %, 2018 på 123,07 %, 2019 på 126,8 % og i 2020 på 127,55 %.
- Det vert tilrådd at Stord kommune prioriterer å sette fokus på tilrådingane i revisjonsrapport 2021 nr. 2 frå Deloitte
- Dei ikkje-økonomiske krava i kommunelova § 14-7 c- f er omtalt i årsberetninga på ein tilfredsstillande måte
- Dei ikkje-økonomiske krava i kommunelova § 25-2 er omtalt i årsberetninga på ein tilfredsstillande måte

8.3 Etterlevingskontroll med økonomiforvaltninga

Deloitte gjennomførte etterlevingskontroll med økonomiforvaltninga i Stord kommune når det galdt om kommunen har tilfredsstillanderutinar for berekning av tilskottsatsar til private barnehagar, og dei konkluderte slik:

«Basert på de utførte handlingene og innhentede bevis er vi blitt oppmerksomme på forhold som gir oss grunn til å tro at Stord kommune i det alt vesentlige har etterlevd bestemmelsene i regelverket.»

9 Forum for Kontroll og Tilsyn (FKT)

FKT er ein landsomfattande organisasjon som har som oppgåve å vera møte- og kompetanseplass for kontrollutvala og deira sekretariat. Kontrollutvalet i Stord kommune er medlem i FKT.

Nyheitsbrev frå FKT med aktuelle tema for kontrollutvalet sitt arbeid, samt aktuelle vegleiarar, er og lagt fram som melding til kontrollutvalet.

10 Opplæring og informasjon

Som del av revisjonsavtalen sin fastpris, skal revisor tilby lokale kurs etter bestilling frå kontrollutvalet. Deloitte AS gjennomførte desse kursa i 2022:

- Leverandørrevisjon
- Offentlege anskaffingar
- Arkivering, journalføring og offentlegheit.

På sistnemnte kurs deltok 15-20 tilsette i Stord kommune, i tillegg til kontrollutvalet.

Kontrollutvalet var representert på NKRF sin årlege kontrollutvalskonferanse (digital).

Utvalet var og representert på Vestland fylkeskommune si folkevaldopplæring for kontrollutvala i tidlegare Hordaland-kommunar, i februar 2022.

Dei som har delteke på kurs og konferansar har vore flink til å orientera dei andre utvalsmedlemmane i etterkant.

11 Kontrollutvalet på Stord kommune si heimeside

Kontrollutvalet nyttar elektronisk innkalling til møter og utsending av saker. For å samordna kontrollutvalet si sakshandsaming med øvrige politiske møter, er det viktig å henta aktuelle dokument, og å kunna finna opplysningar lett tilgjengeleg på heimesida til kommunen.

Stord kommune har tilrettelagt og tilpassa heimeside på ein god måte for kontrollutvalet sine saker. Her har ein drege nytte av ei redigering av innhaldet på heimesida i 2020, samt oppdateringar i åra etter.

12 Internkontroll og tilsyn.

Kommuneadministrasjonen skal årleg rapportera om internkontroll og eksterne tilsyn, jmf. ny kommunelov. Det vert gjort i kommunen si årsmelding.

Ved nokre høve vert tilsynsrapportar lagt fram for kontrollutvalet, då vanlegvis som referatsaker (RS)

13 Henvendingar.

Kontrollutvalet mottek tid om anna henvendingar frå ulikt hald. Det kan t.d. vera frå innbyggjarar, tilsette, tidlegare tilsette, brukarar av tenestene eller politiske parti.

Utvalet vedtok 15.09.2022 (PS 30/22) retningsliner for handtering av henvendingar til kontrollutvalet. Desse er å finna på Stord kommune sine heimesider, gjeldande kontrollutvalet.

14 Andre saker / orienteringssaker i kontrollutvalet i 2022 (Ikkje uttømmande)

- Budsjettbrev 2022 frå Statsforvaltaren i Vestland til Stord kommune
- Rekneskapsrapport for kontrollarbeidet i 2022
- Budsjettstode for kontrollutvalet sitt budsjett for 2022
- Forslag til budsjett for kontrollarbeidet i Stord kommune for 2023
- Årsmelding 2021 for kontrollutvalet
- Konkurransen om sekretariatstenester
- Revisjonsplan, interimsrevisjonsrapport og forenkla etterlevingskontroll av økonomiforvaltninga.
- Årsmelding frå mobbeombodet i Vestland.
- Gjennomgang av møteprotokollar frå andre politiske organ.
- Om vaktordningar og overtid innan kommunalteknikk i Stord kommune
- Orientering om kommunal økonomisk berekraft i Stord kommune.
- Om klagenemnda (KOFA) sitt vedtak i sak som gjeld Stord kommune.
- Standart atterhald om revisjon ifm. løyvingar.
- Støymålingar ved Eldøyane industriområde

Stord, 20.04.2023

Fredrik Litleskare
Kontrollutvalsleiar Stord kommune

Stord kommune

Kontrollutvalet
c/o Sekretariat for kontrollutvalet
Vestland fylkeskommune
Postboks 7900, 5020 Bergen

Telefon 05557

e-post: hogne.haktorson@vlfk.no | Mob. 911 05 982

e-post: roald.breistein@vlfk.no | Mob. 975 05 152

e-post: kjartan.haugsnest@vlfk.no

e-post: helge.inge.johansen@vlfk.no

e-post: einar.kare.ulla@vlfk.no

e-post: kontrollutvalet@vlfk.no



Saksframlegg

Saksnr: 2022/36-7
Saksbehandlar: Hogne Haktorson

Saksgang

Utval	Utv.saksnr.	Møtedato
Stord kommune, Kontrollutvalet	16/23	20.04.2023

Gjennomgang av møteprotokollar i Stord kommune

Forslag til vedtak

Kontrollutvalet tar møteprotokollane til orientering.

Samandrag

Gjennomgang av møteprotokollar frå politiske organ vert i all hovudsak sett på kontrollutvalet si saksliste til kvart møte. Møteprotokollane kan og lastast ned frå Stord kommune si heimeside, under «Politikk -> møteinnkallingar og møteprotokollar».

Hogne Haktorson
kontrollsjef

Saksframlegget er godkjent elektronisk og har difor inga handskriven underskrift

Saksutgreiing

Bakgrunn for saka

Kontrollutvalet har gjort vedtak i sak PS 63/19 av 11.12.19 og sak PS 47/21 av 02.12.2021 om at særskilt ansvar for gjennomgang av møteprotokollar skal fordelast slik:

Politisk organ:	Kontrollutvalsmedlem:
Kommunestyret	Fredrik Litleskare
Formannskapet	Gunnhild Kristin Borlaug
Utval for rehabilitering, helse og omsorg	Stian Djuvsland
Utval for oppvekst og kultur	Astrid-Cecilie F. Aleksandersen
Utval for plan og utvikling	Tore Jubskås

Vedtakskompetanse

Kontrollutvalet har vedtakskompetanse til å handsame sak om gjennomgang av møteprotokollar, jf. kommunelova § 23-2.

Vurderingar og verknader

Protokollane gjev primært informasjon om dei sakene som har vore til politisk handsaming. Kontrollutvalet kan be om nærare informasjon om enkeltsaker og drøfta ulike problemstillingar som ein finn av særleg interesse. Dette er ein av fleire måtar å gjera seg kjent med det politiske arbeidet i kommunen, og kunna fanga opp saker som no eller på eit seinare tidspunkt kan vera eit aktuelt saksfelt for kontrollutvalet.

Følgjande går fram av protokoll frå tilsvarande sak i kontrollutvalet 14.02.23:
«Grunna forfall og vararepresentasjon, vart ikkje protokollane frå Formannskapet og Utval for plan og utvikling gjennomgått i møtet. Det var ikkje særskilte merknader til øvrige protokollar.»

Såleis er desse protokollane teke med frå sist:

Formannskapet	30.11.22 01.02.23
Utval for plan og utvikling	08.12.22 26.01.23

Til dette møtet vil det såleis vera aktuelt med gjennomgang av desse møteinnkallingane / protokollane:

Politisk organ:	Møtedatoar i 2022 og 2023
Kommunestyret	16.02 30.03
Formannskapet	30.11 01.02 22.02 15.03 23.03 (13.04)
Utval for rehabilitering, helse og omsorg	08.03
Utval for oppvekst og kultur	07.03 (18.04)
Utval for plan og utvikling	08.12 26.01 09.03 (20.02)

(Dato/ar i parentes gjeld møter der protokoll ikkje låg føre då saksframlegget vart fullført)

Konklusjon

Dersom det ikkje kjem fram noko særskilt under gjennomgangen, vert det tilrådd å ta møteprotokollane til orientering.



Saksframlegg

Saksnr: 2022/28-7
Saksbehandlar:Hogne Haktorson

Saksgang

Utval	Utv.saksnr.	Møtedato
Stord kommune, Kontrollutvalet	17/23	20.04.2023

Eventuelt

Forslag til vedtak

Saka vert lagt fram utan forslag til vedtak.

Samandrag

Det vert lagt opp til å ha eventuelt på saklista for å ivareta det enkelte medlem i utvalet sin moglegheit til sjølv å ta opp saker eller gjera vedtak i saker som ikkje er på saklista.

Hogne Haktorson
kontrollsjef

Saksframlegget er godkjent elektronisk og har difor inga handskriven underskrift

Saksutgreiing

Bakgrunn for saka

Vedtak i kontrollutvalet 11.03.2020 i PS 7/20 der utvalet vedtok å ha eventuelt som sak i kvart møte.

Vedtakskompetanse

Kontrollutvalet har vedtakskompetanse i denne saka, jf. kommunelova § 11-3 og § 23-2.

Vurderingar og verknader

Dersom det blir teke opp saker som krev nærare undersøkingar, eller innhenting av fleire opplysningar, før ein kan konkludere med at det er ei sak for kontrollutvalet, bør utvalet be sekretariatet førebu sak om dette til neste møte.

Konklusjon

Føremålet er å gje opning for å få nærare undersøkingar av saker som kontrollutvalet ønskjer å få utgreidd til neste møte, eventuelt til eit seinare møte i utvalet. Dessutan eventuelt å få orientering frå rådmannen eller andre i eit seinare møte.

Fra: Forum for kontroll og tilsyn[fkt@fkt.no]
Sendt: 20.02.2023 09:05:41
Til: Hogne Haktorson[Hogne.Haktorson@vlfk.no]
Tittel: Nytt fra fra FKT februar 2023



Forum for
kontroll og tilsyn

FAGKONFERANSEN 31. mai – 1.JUNI 2023

Scandic Lerkendal, Trondheim

Det er krig i Europa, dyrtid og klimakrisen er foruroligende nær. Hva bør kontrollutvalget være oppmerksom på i denne sammenhengen?

- Hvilke trusler står kommunene overfor?
- Er beredskapen i kommunen god nok?
- Er kommunen beskyttet mot korrupsjon og økonomisk kriminalitet?
- Det er kommunestyre- og fylkestingsvalg til høsten. Derfor er det aktuelt å spørre om vi er sikre på om vi kan gjennomføre valg på en trygg måte uten påvirkning?
- Hva med personvernet? Er kommunen beskyttet mot hacking og cyberangrep?

Samtidig er det krav til kommunene om godt ytringsklima og åpenhet.

- Hvordan står det egentlig til med åpenheten i norske kommuner?
- Ytringsfrihetskommisjonen mener at kommuner som sliter med åpenheten må lage en tiltaksplan som skal sikre at offentlighetsloven og arkivloven etterleves.

Påmelding



SEKRETARIATSKONFERANSEN 21.- 22. MARS 2023

Scandic Lillestrøm

Nye tolkningsuttalelser og annet nytt fra kommunal- og distriktsdepartementet.

To veiledere er til høring på tidspunktet for sekretariatskonferansen:

Anbefalinger for protokollering og Anbefalinger for bestilling og oppfølging av forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll

Hvem gjør hva i Rov-analysen? Når er det mest hensiktsmessig å gjennomføre analysen? Hvordan skal nytt kontrollutvalg få godt eierskap til den?

Det er nyttig for kontrollutvalget å evaluere eget arbeid jevnlig for å få til læring og forbedring ved å sette søkelys på hvordan utvalget fyller sin kontroll- og tilsynsfunksjon. Vi tar sikte på å få fram et nyttig grunnlag som kan bearbeides, deles og brukes.

Det nærmer seg kommunevalg og opplæring av nye kontrollutvalg og folkevalgte må forbedres. Hvordan kan sekretariatet spille kontrollutvalgene gode? Hva er viktig å få med i vår tilmålte tid i opplæringen for kommunestyre og for kontrollutvalget?

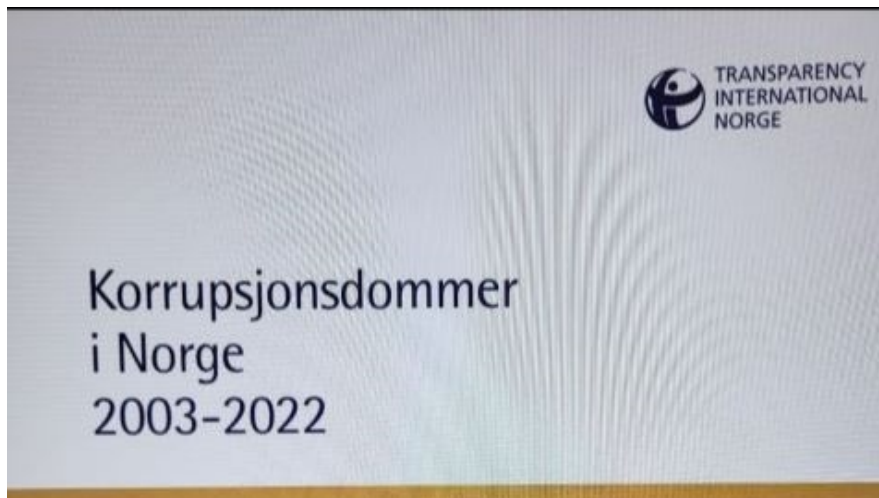
Vi legger opp til god tid til diskusjon og refleksjon i grupper og i plenum.

Påmelding

HØRING

Anbefalinger for protokollering
Anbefalinger for bestilling og oppfølging av
forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll

[LES MER HER](#)



[Transparency International Norge \(TI Norge\) har oppdatert sin domssamling med hele åtte nye rettskraftige saker.](#)



[Datatilsynets svar på spørsmål om valgt revisor og håndtering av personopplysninger](#)



[For å berede grunnen for det lokale arbeidet med tillitsreformen, ønsker departementet klargjøre enkelte sentrale spørsmål.](#)

Andre nyheter:

[Tolkningsuttalelse fra departementet om digital deltakelse for revisor i møter](#)

[Sivilombudet om innsyn i møteportal for folkevalgte i kommune \(«politikerportalen»\)](#)

[Les flere nyheter her](#)



Copyright © 2023 Forum for kontroll og tilsyn, All rights reserved.

Du mottar e-post fra Forum for kontroll og tilsyn fordi du har meldt deg på vårt nyhetsbrev.

Vår epostadresse:

Forum for kontroll og tilsyn
Kristian Augusts Gate 14
Oslo, Oslo 0164
Norway

[Add us to your address book](#)

Vil du endre hvordan du mottar nyhetsbrev fra oss?

Du kan [oppdatere dine innstillinger](#) eller [melde deg av vårt nyhetsbrev](#)



Fra: Forum for Kontroll og Tilsyn[fkt@fkt.no]
Sendt: 16.02.2023 08:45:49
Til: Forum for Kontroll og Tilsyn[fkt@fkt.no]
Tittel: Folkevalgtopplæringen etter kommune- og fylkestingsvalget 2023

Til FKTs medlemmer – Kontrollutvalgssekretariatene v/daglig leder

Se vedlagte brev om folkevalgtopplæringen i fm kommune- og fylkestingsvalget til høsten.

Med vennlig hilsen

Anne-Karin Femanger Pettersen

Generalsekretær

Forum for kontroll og tilsyn / Postboks 41 Sentrum, 0101 Oslo / fkt@fkt.no / +47 414
71 166 / www.fkt.no

FKTs medlemmer - Kontrollutvalgssekretariat

Attn.: Daglig leder

16. februar 2023

Folkevalgtopplæringen

Vi er inne i det siste året i denne valgperioden, og etter kommunestyre- og fylkestingsvalget til høsten, starter en ny fase med opplæring av folkevalgte. Mange kommuner benytter folkevalgtprogrammet til KS, andre kommuner har sitt eget opplegg.

KONTROLLUTVALGET PLASS I FOLKEVALGTOPPLÆRINGEN

KS er allerede i gang med å forberede sitt folkevalgtprogram som består av to deler: Første del er basisprogrammet. Andre del er to skreddersydde temadager. Disse dagene står kommunestyret eller fylkestinget fritt til å fordype seg i ulike temaer.

FKT har overfor KS gitt uttrykk for at kontrollutvalget bør få delta på det generelle basisprogrammet. Kontrollutvalget er gitt et viktig ansvar som kommunestyrets operative kontrollorgan. Det er derfor svært viktig at kontrollutvalget får god kunnskap om kommuneorganisasjonen.

Videre har vi argumentert for at egenkontrollen og kontrollutvalgets rolle må gis god plass både i basisopplæringen og som fordypningstema på egne temadager. Det er særlig viktig at kommunestyret kjenner sin styringsrolle og sitt ansvar som øverste ansvarlig for egenkontrollen. Kontrollutvalgets arbeid er viktige redskap i denne sammenhengen.

FORUM FOR KONTROLL OG TILSYN

Postboks 41 Sentrum, 0101 Oslo / +47 414 71 166 / fkt@fkt.no / www.fkt.no

PLANLEGGINGSMØTER

I forkant av opplæringen vil det være planleggingsmøter i kommunene. Noen kommuner er kanskje allerede i gang.

Sekretariatene bør be ordførerne om å få komme med innspill til hvordan egenkontrollen og kontrollutvalgets rolle kan innarbeides i folkevalgtopplæringen. De som ønsker noen tips om konkrete innspill, kan ta kontakt med FKT.

Ordførerne bør også oppfordres til å invitere kontrollutvalget til å delta på folkevalgtopplæringen.

OPPLÆRINGSMATERIELL

FKT er i ferd med å oppdatere sitt opplæringsmaterieell for nye kontrollutvalg. Her vil det være PowerPoint-presentasjoner som også kan benyttes i opplæringen av kommunestyre og fylkesting.

BREV TIL KOMMUNER OG FYLKESKOMMUNER FØR VALGET

Før valget vil FKT sende et brev til alle kommuner og fylkeskommuner der vi informerer om reglene som gjelder ved valg av kontrollutvalg: valg av kontrollutvalg i det konstituerende møtet, antall medlemmer, valgbarhetsregler, varaordning etc.

Med vennlig hilsen

Anne-Karin Femanger Pettersen

Forum for kontroll og tilsyn