

Møteinnkalling - Kontrollutvalget i Osen kommune

Arkivsak: 21/80

Møtedato/tid: 16.02.2021 kl. 08:30

Møtested: Kommunehuset - møterom Buholmråsa

Møtet avvikles for åpne dører, i tråd med kommuneloven § 11-5.

Eventuelle forfall, eller spørsmål om habilitet, meldes til Konsek Trøndelag IKS
v/ Liv Tronstad på telefon 900 38 551, eller e-post: liv.tronstad@konsek.no

Varamedlemmer møter etter nærmere innkalling.

Steinkjer, 08.02.2021

Trygve Rånes (sign.)
Leder av kontrollutvalget

Liv Tronstad
seniorrådgiver
Konsek Trøndelag

Kopi: Varamedlemmer, ordfører, rådmann og Revisjon Midt-Norge SA

Sakliste

Saksnr.	Sakstittel
01/21	Referatsaker 16.02.2021
02/21	Rapportering av timer
03/21	Forvaltningsrevisjon - Kvalitet og internkontroll i pleie- og omsorg
04/21	Forvaltningsrevisjon Offentlige anskaffelser - Prosjektplan
05/21	Eierskapskontroll og forvaltningsrevisjon Brannvesenet Midt IKS - prosjektplan
06/21	Orientering fra rådmannen - Ansettelser i kommunen
07/21	Kontrollutvalgets årsplan 2021
08/21	Møteprotokoll 16.02.2021

Referatsaker 16.02.2021

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Osen kommune

Møtedato

16.02.2021

Saknr

01/21

Saksbehandler Liv Tronstad

Arkivkode FE - 033

Arkivsaknr 21/19 - 1

Forslag til vedtak:

Referatsakene tas til orientering.

Vedlegg

Melding om politisk vedtak - Kontrollutvalgets årsmelding 2020

Melding om politisk vedtak - Internkontroll i barnevernet

Kommunen har plikt til å legge til rette for møtepublikum

Kommunestyret må kunne gi regler om ettergodtgjøring også for andre enn heltidspolitikere

Ufornuftig å velge en utvalgsleder som motsetter seg dette

Plikten til å være møteleder gjelder til man har fått gyldig fritak

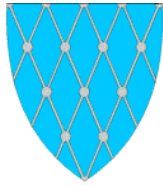
Forbudet mot konkurransevidende støtte kan ramme eiendomssalg til underpris

Må kunne dokumentere saklige hensyn når kommunen selger til en som ikke hadde høyeste bud

Saksopplysninger

Følgende saker vil bli presentert i møtet:

1. Melding om politisk vedtak - Kontrollutvalgets årsmelding 2020
2. Melding om politisk vedtak – Forvaltningsrevisjon Internkontroll i barnevernet
3. Kommunen har plikt til å legge til rette for møtepublikum
4. Kommunestyret må kunne gi regler om ettergodtgjøring også for andre enn heltidspolitikere
5. Ufornuftig å velge en utvalgsleder som motsetter seg dette
6. Plikten til å være møteleder gjelder til man har fått gyldig fritak
7. Forbudet mot konkurransevidende støtte kan ramme eiendomssalg til underpris
8. Må kunne dokumentere saklige hensyn når kommunen selger til en som ikke hadde høyeste bud



Osen kommune
Sentraladministrasjonen

KONSEK TRØNDELAGE IKS

Postboks 2564
7735 STEINKJER

MELDING OM VEDTAK

Deres ref:	Vår ref:	Saksbeh:	Arkivkode:	Dato:
	2020/99-33	Roar Leirset		29.01.2021

Kontrollutvalget i Osen kommune - årsmelding 2020

Ovennevnte sak har vært oppe til behandling i Osen kommunestyre den 27.01.21, PS 5/21, og følgende vedtak ble fattet:

Kommunestyret tar årsmeldingen 2020 for kontrollutvalget i Osen kommune til orientering

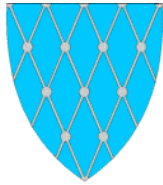
Med hilsen

Greta Hagen
Sekretær

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur.

*Fantastiske
Fosen*

Postadresse	Rådhusveien 13	Telefon	72 57 82 00
	7740 Steinsdalen	E-post	postmottak@osen.kommune.no
Besøksadresse	Kommunehuset	Org.nr.	944 350 675



Osen kommune
Sentraladministrasjonen

KONSEK TRØNDELAG IKS

Postboks 2564
7735 STEINKJER

MELDING OM VEDTAK

Deres ref:	Vår ref:	Saksbeh:	Arkivkode:	Dato:
	2020/99-31	Roar Leirset		29.01.2021

**Fremsending av sak - forvaltningsrevisjon 2019/2020 - internkontroll i barnevernet,
Osen kommune - sluttbehandling av rapport**

Ovennevnte sak har vært oppe til behandling i Osen kommunestyre den 27.01.21, PS 4/21, og følgende vedtak ble fattet:

- **Kommunestyret slutter seg til de anbefalinger som er gitt i revisjonsrapporten fra Revisjon Midt-Norge SA**
 - **å få på plass et internkontrollsystem i egen organisasjon**
 - **å dokumentere og implementere internkontrollen i egen organisasjon**
 - **at rapportering fra vertskommunen i henhold til avtalen blir etterlevd**
- **Bestillingen av tjenesten fra Osen kommune til Fosen barnevern og Osen kommune sin internkontroll for barnevern i kommunen må henge sammen**

Med hilsen

Greta Hagen
Sekretær

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur.

*Fantastiske
Fosen*

Postadresse	Rådhusveien 13 7740 Steinsdalen	Telefon	72 57 82 00
Besøksadresse	Kommunehuset	E-post	postmottak@osen.kommune.no
		Org.nr.	944 350 675

Kommunen har plikt til å legge til rette for møtepublikum

Kommunal Rapport 23.11.2020 – Jan Fridthjof Bernt, professor emeritus ved Universitetet i Bergen

I hvilken grad plikter kommunen å legge til rette for at befolkningen skal kunne følge med på det som skjer under kommunestyremøtene?

SPØRSMÅL: I vår kommune holdes nå kommunestyremøtene i en gammel gymnastikksal. Årsaken til det er at kommunestyresalen er for liten. Det er begrenset med plass i den gymnastikksalen også.

Det legges ikke opp til videooverføring av møtene, og lydforholdene i forrige møte var dårlige.

Dette betyr at allmennheten og pressen har mindre mulighet til å følge med på det som skjer enn vanlig. Er dette lovlig?

SVAR: I kommuneloven [§ 11–5](#) fastslås at «Alle har rett til å være til stede i møter i folkevalgte organer».

I dette ligger at kommunen har plikt til å legge til rette for at alle interesserte skal ha mulighet til å følge forhandlingene i møtet, men det har vært lagt til grunn at man må kunne begrense antallet tilhørere av plasshensyn, så lenge lokalet er stort nok til at rimelig antall kan være til stede.

Det kan nå være grunn til å spørre om denne begrensningen i kommunens plikt til å legge forholdene til rette for tilhørere fortsatt gjelder, når man i dag forholdsvis enkelt kan sørge for fjernoverføring av møtet, på nettet eller ved utplassering av TV-skjerm på et egnet sted. Men noen avgjørelse om dette har vi ikke så vidt jeg vet, verken fra departementet eller Sivilombudsmannen.

Kommunestyret må kunne gi regler om ettergodtgjøring også for andre enn heltidspolitikere

Kommunal Rapport 16.11.2020

I hvilken grad har politikere rett til ettergodtgjørelse?

SPØRSMÅL: I kommuneloven § 8–6 har vi en bestemmelse om rett for folkevalgte «som har vervet som hovedbeskjeftigelse» til å søke om ettergodtgjøring. Kan kommunestyret også gi slik ettergodtgjøring til folkevalgte som ikke har slikt verv som hovedbeskjeftigelse?

SVAR: Bestemmelsen i § 8–6 sier bare noe om hvem som kan søke om slik godtgjøring, men skal etter forarbeidene ([Prop. 46 L. 2017–2018](#) merknader til § 8-6) forstås slik at den «fastslår at folkevalgte som har hatt det å være folkevalgt som sin hovedbeskjeftigelse, men som ikke blir gjenvalgt, eller som må fratre i løpet av valgperioden, har krav på forlenget godtgjøring i inntil seks måneder, det vil si ettergodtgjøring», jf. § 8–6 andre setning, der det er en bestemmelse om at kommunestyret «skal selv gi forskrift om lengden slik ettergodtgjøring kan ha, men ikke utover alminnelig oppsigelsestid for fast ansatte i kommunen eller fylkeskommunen».

Det er da ikke grunnlag for å lese bestemmelsen som en uttømmende regulering av adgangen til å gi slik ettergodtgjøring, og dermed en innskrenking i det kommunale selvstyret. Kommunestyret må kunne gi regler om ettergodtgjøring også for andre byrdefulle verv der det synes rimelig, men da med samme tidsbegrensning som for regler om rett til ettergodtgjøring for politikere som har vervet som hovedbeskjeftigelse, «ikke utover alminnelig oppsigelsestid for fast ansatte i kommunen eller fylkeskommunen», altså nå seks måneder.

Ufornuftig å velge en utvalgsleder som motsetter seg dette

Kommunal Rapport 03.11.2020

Må den som skal velges til leder av et utvalg, samtykke skriftlig til å bli valgt?

SPØRSMÅL: I kommuneloven [§ 7-2](#) er det fastsatt at ved valg til folkevalgte organer er det et vilkår at den som velges, har samtykket skriftlig til å stille til valg. Gjelder dette også når det skal velges leder av utvalg?

SVAR: Bestemmelsen [§ 7-2](#) om vilkår for valgbarhet gir i første avsnitt en liste over hvilke valg reglene gjelder for. Dette er alle folkevalgte organer i kommunen, blant annet utvalg og styrer valgt av kommunestyret eller fylkestinget. Det sies ikke noe om valg av leder i slike. Det gjøres det heller ikke i [§ 5-7](#) om oppnevning av utvalg. Her står det bare i, andre avsnitt, første setning, at «Kommunestyret og fylkestinget velger selv en leder, en nestleder og øvrige medlemmer og varamedlemmer til utvalget».

Det er altså tale om tre valg som må gjøres hver for seg og i denne rekkefølge, og der bare det første av disse er nevnt § 7-2. I andre avsnitt, bokstav c) kommer så dette særlige kravet om skriftlig samtykke til å la seg velge. Spørsmålet er om dette gjelder også ved valg av leder for utvalg. For de øvrige vilkårene for valgbarhet i denne bestemmelsen er dette ikke noe problem, i og med at disse må være oppfylt allerede for å bli innvalgt i det aktuelle utvalget. Problemet er om det samtykket som medlemmene har gitt til å bli innvalgt i utvalget, kan anses å omfatte også å bli valgt som leder av dette, og hvis ikke, om det da er et slikt krav om samtykke også ved valg til verv som leder i et organ den folkevalgte er medlem av.

Kravet om skriftlig samtykke til å ta imot valg var nytt i kommuneloven 2018. Man tok da utgangspunkt i bestemmelsen i valgloven [§ 3-4](#) nr. 1, som siden 2012 har gitt rett til å kreve seg fritatt fra valg til fylkesting eller kommunestyre. Dette ble nå videreført i kommunelovens § 7-2, med den ene forskjell at her kreves det positivt samtykke til å velges, mens valgloven bare gir adgang til å nekte.

Av forarbeidene fremgår det at det var valg til kollegiale organer man hadde i tankene, men da med ett unntak; valg til formannskapet, «da en slik reservasjonsplikt vil kunne føre til at kommunen ikke får valgt et formannskap» ([NOU 2016:4](#) 12.3.5 [Utvalgets vurderinger](#) Ombudsplikten). Dette siste er ikke noe problem ved valg til andre folkevalgte organer, herunder utvalg. Her kan man velge mellom alle valgbare innbyggere i kommunen, og herunder sørge for at man får inn medlemmer som er villige til og har kompetanse til å påta seg verv som leder i utvalget. Går ikke kabalen opp, kan man foreta et nyvalg av hele utvalget.

Det er her tale om verv som kan være både viktige for kommunaldemokratiet og svært byrdefulle for den enkelte. Hvis man holder fast ved prinsippet om krav om samtykke ved valg som leder av slike, vil det kunne oppleves som både unødvendig og urimelig, og det er liten grunn til å tro at dette var lovgivers mening.

Vi har altså ikke noe synlig grunnlag i lovteksten for å stille krav om samtykke her, og det er klart nok rom for uenighet om vi da kan oppstille et slik regel. Men i og med at det her kan være tale om svært tyngende plikter for enkeltpersoner, taler mye for at vi bør tolke unntaksregelen i §7-2 andre avsnitt, bokstav c, utvidende, slik at den gjelder også ved valg av leder for de organene som er nevnt i første avsnitt. Alternativt kan vi se bestemmelsen om dette i § 7-2 som uttrykk for et generelt prinsipp om frivillighet ved valg til folkevalgte verv.

Ved valg av ordfører og varaordfører har vi en tilsvarende problemstilling i kommuner med parlamentarisk styringsform. Bestemmelsen i [§ 6-2](#) andre avsnitt fastslår at i kommuner som følger formannskapsmodellen, må den som skal velges må ha samtykket til å stille til valg.

Dette gjentas ikke i tredje avsnitt om valg av ordfører og varaordfører i kommune med parlamentarisk styringsform, men det er det neppe tvilsomt at den samme regelen må gjelde her.

Uansett vil det ganske opplagt være ufornuftig å velge en utvalgsleder som motsetter seg dette. I så fall vil hun i neste omgang kunne søke kommunestyret om fritak fra vervet etter bestemmelsen i [§ 7–9](#) andre avsnitt under henvisning til at hun «ikke kan ivareta vervet sitt uten at det fører til vesentlig ulempe for han eller henne».

Plikten til å være møteleder gjelder til man har fått gyldig fritak

Kommunal Rapport 30.11.2020

Kan møteleder bare be noen andre være møteleder i en bestemt sak?

SPØRSMÅL: I kommentar til kommuneloven 2018 (Overå og Bernt) § 11-9 side 267, note 10, sies det forbindelse med omtalen av bestemmelsen om at ved stemmelikhet er møteleders stemme avgjørende: «Hvis organets leder har forfall, eller ikke ønsker å fungere som møteleder under behandlingen av vedkommende sak, er det nestleder eller den som måtte bli valgt som møteleder, som har denne «dobbelstemmen»».

I dette synes å ligge at en møteleder skal kunne velge å la være å fungere som møteleder i en bestemt sak, og da uten at utvalget «fritar» vedkommende fra å lede møtet, også utenom inhabilitetstilfellene.

Jeg kan ikke se at dette spørsmålet har vært drøftet i teorien tidligere, og kan ikke se at det som sies her kan være riktig. Utgangspunktet må etter mitt skjønn være at ordfører, en valgt utvalgsleder, en fungerende varaordfører eller nestleder, eller en valgt møteleder, bare har en rett, men også en plikt til å lede møtet.

Dernest er det spørsmål om møteleder (ordfører, utvalgsleder eller en annen fungerende møteleder) kan be om at organet *godkjenner* at han/hun overlater til en varaordfører/utvalgsnestleder eller et annet medlem å lede behandlingen av en sak – selv om det ikke er tale om inhabilitet.

Et eksempel kan være når ordførers/utvalgsleders habilitet har vært behandlet, og vedkommende under tvil, kanskje under dissens, er kjent habil etter de skjønnsmessige bestemmelsene i [forvaltningslovens § 6](#), annet ledd. Da kan det være ønske om at møteleder trer i bakgrunnen under den videre behandling av saken, for å avskjære diskusjon om hans/hennes rolle i behandlingen av saken.

Jeg vil også her mene at er man først habil til å delta ved saksbehandlingen, er man også habil til å lede møtet ved behandlingen av den saken som inhabilitetsspørsmålet gjelder

Spørsmålet mitt er derfor: Har en møteleder en *selvstendig rett* til å velge å tre tilbake fra møteledelsen når han/hun ønsker det ? Og hvis ikke, kan organet etter anmodning *frita* ham/henne for denne oppgaven?

SVAR: Her må jeg bare innrømme; dette hadde jeg ikke tenkt godt nok igjennom da jeg skrev denne kommentaren i boken vår. Det som helt konkret kan fremtre som en god og smidig løsning på noe som oppfattes som en ubehagelig situasjon, lar seg ikke forene med lovens klare regler om hvem som skal være møteleder, og hva dette innebærer. Så her er det jeg *nå* mener må være riktig forståelse av loven når det gjelder møteledervervet:

Utgangspunktet for spørsmålet er altså bestemmelsen i [kommuneloven § 11-9](#) andre avsnitt, siste setning, om hva som gjelder ved stemmelikhet i et folkevalgt organ. Det fastslås her at i andre saker enn valg, er møteleders stemme avgjørende hvis antall stemme for og imot et forslag er likt. Det er dette som litt misvisende omtales som møteleders «dobbelstemme», men realiteten er altså at det kan treffes vedtak med tilslutning fra så lite som halvdelen av organets medlemmer, hvis møteleder har stemt for dette.

Problemet blir så; hvem er møteleder, som altså har denne lille ekstra stemmevekten? Utgangspunktet er klart nok. Det fastslås i [kommuneloven § 6-1](#) første avsnitt at ordfører eller fylkesordfører er møteleder i hhv. kommunestyre og formannskap eller fylkesting og fylkesutvalg, og i [§ 11-2](#) gjentas som en generell regel for alle folkevalgte organer at møtene i organet ledes av organets leder eller nestleder, underforstått at nestleder trer inn bare der leder ikke kan ivareta denne oppgaven. I tillegg er så tilføyd at «Hvis begge har forfall, velges en særskilt møteleder ved flertallsvalg».

Hva innebærer så vervet som møteleder? Den ekstra stemmevekt ved stemmelikhet er én slik funksjon. I [§ 11-3](#) siste avsnitt er videre møteleder gitt kompetanse til å nekte avstemning over realitetsforslag i sak som ikke var oppført på saklisten ved innkallingen, eller i sak der ikke alle fremlagte saksdokumenter fulgte denne, og i [§ 11-5](#) siste avsnitt, første setning kompetanse til å beslutte at debatt om lukking av et møte skal holdes i lukket møte. Dette er funksjoner som må ses i sammenheng med lederens ansvar for å påse at møtet gjennomføres i overensstemmelse med lovens regler om saksbehandling, herunder kravet om at en sak skal være så godt opplyst som mulig (se [forvaltningsloven § 17](#) første avsnitt). Ansvar for å lede møtet er dermed noe langt mer enn en ordstyrerfunksjon. Det er et viktig tillitsverv som ordfører eller utvalgsleder ikke kan tre inn i eller ut av når det passer. Dette avspeiles også i lederens ansvar for å sette opp sakliste i innkallingen til møte i organet, med sakens dokumenter vedlagt, se [§ 11-3](#).

Dette taler sterkt for ordfører eller leder for annet folkevalgt organ må fungere møteleder i alle møter og under alle saker i det folkevalgte organ hun er leder for. Hvis lederen for et organ opplever det som ubehagelig eller uheldig at hun leder organet i en bestemt sak, kan hun da i stedet søke organet om å bli fritatt fra å delta ved behandlingen av denne saken etter bestemmelsen i [§ 11-11](#) om fritak av personlige grunner. Dette gjelder da funksjonen som medlem, ikke bare som møteleder. Hvis slikt fritak blir gitt, skal hun flytte seg til tilhørerbenken hvis møtet er åpent, og forlate møterommet hvis møtet er lukket, og et varamedlem trer inn i hennes sted. I dette siste ligger at den som vil søke om slikt fritak, bør varsle om det på forhånd, slik at varamedlem kan innkalles, men dette er ikke et absolutt vilkår for vedtak om å gi fritak.

Forbudet mot konkurransevridende støtte kan ramme eiendomssalg til underpris

Kommunal Rapport 21.12.2020

Også statsstøttereglene etter EØS-avtalen kan få betydning når kommunen selger eiendom.

SPØRSMÅL: I [siste artikkel i «Bernt svarer»](#) handler det om salg av kommunal eiendom.

Bernt skriver her at det ikke er lovregler om salg av kommunal eiendom, på linje med anskaffelsesreglene og at det er prinsipper om forsvarlig saksbehandling og likhetsprinsippet som nærmere begrenser kommunens handlefrihet.

Men statsstøttereglene i EØS-avtalen bør etter mitt syn også nevnes her - [artikkel 61 EØS](#) er som en del av hoveddelen av EØS-avtalen også vedtatt som norsk lov. ESA har hatt en rekke saker om salg av kommunal eiendom og har i sin praksis lagt til grunn at kommunen må opptre på samme måte som en forsvarlig, privat markedsaktør ved salg av kommunal eiendom.

Tidligere hadde ESA egne retningslinjer om salg av kommunal eiendom og la der til grunn at statsstøtteproblematikk kunne unngås der eiendommen selges til på grunnlag av en anbudskonkurranse til høyeste bud. Alternativt at det før salget er innhentet en uavhengig verdivurdering av en taksator med nødvendig kompetanse og at eiendommen selges til der antatt verdi (+5 el 10%).

Disse retningslinjene er nå erstattet av nye retningslinjer, de såkalte [Notion of aid](#) som inneholder en god beskrivelse av hvordan offentlige aktører kan anses å opptre som private markedsaktører.

ESAs praksis inneholder også enkelte saker der det er akseptert at eiendommen ikke ble solgt til høyeste bud. Dette gjelder blant annet sak om [Oslo kommunes salg av eiendommer på Tjuvholmen](#) der det ble lagt størst vekt på arkitektoniske planer og utforming av området, og [salg av tomt for skiservice anlegg i Oppdal alpinanlegg](#) der høyeste bud ble ansett å være kunstig høyt fra en eksisterende skiserviceaktør i anlegget som ønsket å beskytte sitt faktiske monopol.

Men det er neppe støtte i praksis for at en kommune kan velge å selge en større næringseiendom til en lokal aktør fordi det er antatt å være bedre for lokal utvikling. Den type hensyn er typisk av en offentligrettslig art som en markedsaktør ikke vil legge til grunn. Statsstøttereglene krever at støtten kan ha potensiell samhandelspåvirkning og ikke er beløpsmessig så lav at støtten anses som bagatellmessig. Hvorvidt det kan være tilfelle her, fremgår ikke av spørsmålet. Men ettersom det gjelder en større næringseiendom med også ikke-lokale interessenter, så kan jo det tyde på at støtten ikke bare vil ha rent lokal virkning. Så i denne saken er det ting som tyder på at kommunen kan komme inn i en statsstøtteproblematikk.

SVAR: Dette spørsmålet og kommentaren tar meg inn på et rettsfelt som jeg har utilstrekkelig kunnskap om. Utgangspunktet er altså en bestemmelse i artikkel 61 i EØS-avtalen, som gjelder som norsk lov. Her fastslås det som et alminnelig prinsipp et forbud mot støtte gitt av statsmidler som «vri eller truer med å vri konkurransen ved å begunstige enkelte foretak eller produksjonen av enkelte varer».

Det er ikke tvilsomt at dette forbudet også omfatter kommunal støtte, og herunder også salg til underpris. Men det er noen begrensninger i rekkevidden av denne regelen. Blant annet tillater den «støtte som har til formål å lette utviklingen av enkelte næringsgrener eller på enkelte økonomiske områder, forutsatt at støtten ikke endrer vilkårene for samhandelen i et

omfang som strider mot felles interesser». Dette må da, så vidt jeg kan forstå, ses i sammenheng med den generelle angivelse av bestemmelsens anvendelsesområde i innledningen som det vises til i spørsmålet, at forbudet bare gjelder «i den utstrekning støtten påvirker samhandelen mellom avtalepartene», altså i konkurranse med virksomheter i andre medlemsland av EØS. Spørsmålet blir dermed når man vil legge til grunn at det er sannsynlig at salg til denne kjøperen skjer til mulig fortrengsel av aktører fra andre EØS-land.

Mitt inntrykk er i alle fall at rettstilstanden her stadig er under utvikling, og at vi må være forberedt på å få flere saker om dette også hos oss. Så det er i alle fall et saksområde som er all grunn til å følge nøye med på. Og uavhengig av om EØS-reglene slår inn her, er det grunn til å tro at det ulovfestede kravet i norsk forvaltningsrett om saklig begrunnelse for forskjellsbehandling (likhetsprinsippet) kan bli viktigere her enn det som nok har vært vanlig praksis til nå.

Må kunne dokumentere saklige hensyn når kommunen selger til en som ikke hadde høyeste bud

Kommunal Rapport 14.12.2020

Kan kommunen la være å selge til den som har gitt det høyeste budet?

SPØRSMÅL: En kommune ønsker å selge en større eiendom som er regulert til næringsformål. Saken er nå satt til behandling i kommunestyret i lukket møte. Det er lagt fram tilbud fra fire potensielle kjøpere som ordfører hadde tatt direkte kontakt med. Kommunedirektøren innstiller på at man skal ta imot tilbudet fra en lokal bedrift, selv om dette er vesentlig lavere enn det høyeste fra konkurrentene. Er det greit at man vedtar dette salget på denne måten?

SVAR: Spørsmålet om *lukking av møtet* kan ikke avgjøres på forhånd. Det er bare kommunestyret selv som kan vedta at en sak der skal behandles i lukket møte, og bare der ett av vilkårene i kommunelovens [§ 11–5](#) for slik lukking er til stede. I denne saken er det sannsynligvis to mulige grunnlag for dette:

Det ene er etter [§ 11–5](#) tredje avsnitt, bokstav b, at det vil kunne komme fram opplysninger i møtet som kunne vært unntatt fra innsyn etter offentleglova om de sto i et dokument, og tungtveiende offentlige interesser tilsier av møtet lukkes for å skjerme disse. Hvis vedtaket innebærer at det kan være aktuelt å gå videre i forhandlinger med den aktuelle kjøperen, f.eks. om avtale med en nærmere presisering av hvordan tomten skal brukes, se her offentleglova [§ 23](#) første avsnitt om unntak som «er påkrevd av omsyn til gjennomføring av økonomiforvaltninga til organet»

Det andre kan være at ett eller flere av de aktuelle tilbudene inneholder opplysninger som er underlagt taushetsplikt i kommunen. Da må kommunestyret lukke møtet, se kommunelovens [§ 11–5](#) andre avsnitt, siste setning. Dette kan særlig være aktuelt hvis det legges fram opplysninger om forretningsmessige forhold som er det er taushetsplikt etter forvaltningsloven [§ 13](#) første avsnitt, nr. 2. Her vil andre som har gitt bud på eiendommen kunne kreve innsyn også i slike opplysninger hvis de kan ha betydning for avgjørelsen, se forvaltningslovens [§ 19](#) andre avsnitt, men da vil de selv få taushetsplikt og være avskåret fra å bruke det de har fått vite utenfor den konkrete saken, se forvaltningslovens [§ 18 b](#) siste avsnitt.

Når det så gjelder *selve vedtaket*, har vi ingen lovregler om salg av kommunal eiendom, på linje med de vi har om anskaffelse. Men det er to viktige rettslige begrensninger i kommunens handlefrihet også her:

Den ene ligger i krav om forsvarlig saksbehandling, herunder at kommunedirektøren i sitt saksforelegg skal ha vurdert lovligheten og forsvarligheten av det aktuelle vedtaket. Sentralt vil her være hvordan man begrunner manglende offentlig utlysning av det planlagte salget, om dette var forsvarlig ut fra ønsket om et gunstigst mulig salg. Dette er noe som i prinsippet kan prøves av fylkesmannen etter lovlighetsklage fra tre kommunestyremedlemmer, og unntaksvis også av eget tiltak.

Det andre er spørsmål om brudd på likhetsprinsippet: Hvis kommunen har valgt å selge til andre enn den som tilbød best pris, må den kunne dokumentere at avgjørelsen om valg av kjøper er basert på et annet og saklig hensyn, f.eks. knyttet til den planlagte bruk av eiendommen. I motsatt fall vil vedtaket kunne bli ugyldig.

Rapportering av timer

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Osen kommune

Møtedato

16.02.2021

Saknr

02/21

Saksbehandler Liv Tronstad

Arkivkode FE - 033

Arkivsaknr 21/38 - 3

Forslag til vedtak

Her skrives forslag til vedtak.

Saksopplysninger

Til dekking av risiko og vesentlighetsvurdering, forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll har kontrollutvalget iht. leveranseavtale med Revisjon Midt-Norge (RMN) en årlig timeressurs på 185 timer, dvs. total 740 timer i perioden 2020-2023. Timeressursen inkluderer også tid til reiser, møter osv.

For 2020 rapporterer RMN et totalt timeforbruk på 322 timer til:

- Risiko- og vesentlighetsvurdering (bestilt og levert i 2020)
- Forvaltningsrevisjon Barnevern (bestilt og levert i 2020)
- Forvaltningsrevisjon Pleie og omsorg (bestilt i 2018, pågår)

Det vil si at fra 2020 har kontrollutvalget 137 timer i overforbruk.

RMN har som ambisjon at kontrollutvalget skal kunne utnytte sin årlige timeressurs mest mulig fleksibelt i perioden 2020-2023. Det vil si at et eventuelt mer-/ mindreforbruk av timer søkes utlignet over 4-årsperioden.

Det vil si at for perioden som er igjen har Osen 418 timer til gode. Kontrollutvalget har allerede bestilt forvaltningsrevisjon offentlige anskaffelser (250 timer), og signalisert et ønske om å delta i en felles eierskapskontroll og forvaltningsrevisjon av Brannvesenet Midt IKS (anslått 100 timer til eierskapskontroll og 50 til 75 timer til forvaltningsrevisjon).

Vurdering

Revisjon Midt-Norge sin rapport over medgåtte timer i 2020 sammen med allerede foretatte bestillinger for 2021, viser at ressursene til forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll i perioden 2020-2023 allerede er bundet opp. Kontrollutvalget må vurdere disse bestillingene på nytt i egne saker.

Det anbefales kontrollutvalget å ta rapporten fra Revisjon Midt-Norge til orientering.

Forvaltningsrevisjon - Kvalitet og internkontroll i pleie- og omsorg

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Osen kommune

Møtedato

16.02.2021

Saknr

03/21

Saksbehandler Liv Tronstad

Arkivkode FE - 217, TI - &58

Arkivsaknr 21/71 - 2

Forslag til vedtak

1. Kontrollutvalget slutter seg til forvaltningsrevisjonsrapport - Kvalitet og internkontroll i pleie- og omsorgstjenesten
2. Kontrollutvalget oversender saken til kommunestyret med følgende innstilling:
 1. Kommunestyret tar rapporten til orientering
 2. Kommunestyret ber rådmannen følge opp revisors sine anbefalinger i kapittel 6.2
 3. Kommunestyret ber rådmannen rapportere skriftlig til kontrollutvalget innen utgangen av 2021 på hvordan anbefalingene er fulgt opp.

Vedlegg

Forvaltningsrevisjonsrapport - Kvalitet og internkontroll i pleie- og omsorgstjenesten

Saksopplysninger

Prosjektplanen for forvaltningsrevisjonsprosjektet «Kvalitet og internkontroll i pleie- og omsorgstjenesten» ble vedtatt av kontrollutvalget den 02.07.18 - sak 08/18. Dette er en forvaltningsrevisjon som ble bestilt allerede i 2018 iht. til plan for forvaltningsrevisjon for forrige periode. Av forskjellige årsaker ble rapporten først levert nå i 2021. Kontrollutvalget har vært informert under vegg om forsinkelsen.

Følgende problemstilling er belyst i rapporten:

1. Er det etablert systematiske tiltak (internkontroll) som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med fastsatte krav?
2. Har Osen kommune etablert og implementert utvalgte nødvendige prosedyrer for å oppfylle kvalitetsforskriftens krav?
3. Følges Pasient- og brukerrettighetslovens regler om bruk av tvang ved Osen sykehjem?

Revisor anbefaler at Osen kommune bør:

- innarbeide beskrivelse av virksomhetens mål i dokumentet "Internkontroll for sektor helse og omsorg"
- utarbeide prosedyrer for pleie og omsorg og innarbeide disse i nytt kvalitetssystem
- snarest gjennomføre opplæring for alle ansatte og ta i bruk nytt kvalitetssystem når dette er implementert i Fosen-kommunene

Fremst i rapporten er det gitt et sammendrag.

En foreløpig rapport har vært på høring til rådmannen. Rådmannens høringssvar er vedlagt rapporten.

Revisor vil presentere rapporten for kontrollutvalget i møte og vil samtidig kunne svare på spørsmål.

Vurdering

Forvaltningsrevisjon er et viktig virkemiddel for å føre kontroll med den kommunale forvaltning, og de resultater som oppnås. Forvaltningsrevisjon skal gi en uavhengig tilbakemelding til kommunestyret, om forvaltningens arbeid og hvordan vedtak blir fulgt opp.

Revisor har gjennom forvaltningsrevisjonsrapporten besvart kontrollutvalgets bestilling. Funn viser at kommunen har forhold som bør og må forbedres innenfor området pleie og omsorg.

Det vises til rapporten i sin helhet, og det anbefales at kontrollutvalget slutter seg til rapporten og oversende denne til videre behandling i kommunestyret.

FORVALTNINGSREVISJON

Kvalitet og internkontroll i pleie- og
omsorgstjenesten



Osen kommune

Januar 2021

FR 1077

FORORD

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført denne forvaltningsrevisjonen på oppdrag fra Osen kommunes kontrollutvalg i perioden november 2018 til desember 2020. De første intervjuene i prosjektet ble gjennomført i november 2018, men på grunn av uforutsette hendelser ble ferdigstillelsen av prosjektet utsatt til januar 2021. Faktaopplysninger er oppdatert i desember 2020 etter sektorleders tilbakemelding på foreløpig rapport.

Kontrollutvalget skal påse at forvaltningsrevisjon gjennomføres, jf. lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) § 23-2 punkt c). Forvaltningsrevisjon innebærer å gjøre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak og forutsetninger¹.

Revisjonsteamet har bestått av oppdragsansvarlig Mette Sandvik og kvalitetssikrere Tor Arne Stubbe og Anna Ølnes. Revisor har vurdert egen uavhengighet overfor Osen kommune, jf kommuneloven § 24-4 og forskrift om kontrollutvalg og revisjon kapittel 3.

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til NKRFs² standard for forvaltningsrevisjon, RSK 001.

Vi vil takke alle som har bidratt med informasjon i prosjektet. En oversikt over tidligere gjennomførte prosjekter finnes på vår hjemmeside www.revisjonmidt norge.no.

Brekstad, 3. februar 2021

Mette Sandvik /s/

Oppdragsansvarlig revisor

¹ Forskrift om revisjon i kommuner og fylkeskommuner mv. § 7

² Norges Kommunerevisorforbund, www.nkrf.no

SAMMENDRAG

Revisjon Midt-Norge IKS har på oppdrag av kontrollutvalget i Osen kommune gjennomført en forvaltningsrevisjon med 3 problemstillinger innen tema kvalitet og internkontroll i pleie- og omsorgstjenesten.

Er det etablert systematiske tiltak (internkontroll) som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med fastsatte krav?

Kommunen har utarbeidet dokumentet «Internkontroll» for sektoren Helse og omsorg, sist oppdatert 280119. Dokumentet svarer ut kravet om å beskrive virksomhetens oppgaver, aktiviteter og organisering. Beskrivelse av virksomhetens mål finnes ikke direkte beskrevet i dokumentet, men kommunen har utarbeidet Helse- og omsorgsplan 2014-2019, hvor det er vedtatt at det i 2016-2019 skal fokuseres på framtidens pleie- og omsorgstjenester med fokus på mestring og forebygging, psykisk og fysisk helse hos barn og unge og plan for bosetting av flyktninger. Denne planen skulle rulleres/utarbeides ny i 2019, men er planlagt å rulleres i inneværende valgperiode.

Ifølge årshjulet som inngår i internkontrollen, er det etablert faste samhandlingsarenaer for pleie- og omsorg, tidspunkt for gjennomføring av brukerundersøkelser, utarbeidelse av avviksrappporter, årlig IK-gjennomgang mm.

Ledelsens gjennomgang av avvik er tema på ukentlige møter mellom fagledelse og sektorleder når avvik har oppstått. Forslag for å unngå lignende hendelser drøftes, og ansvar for oppfølging plasseres dersom mulig.

Ifølge sektorleder helse drøftes forbedringsforslag i ulike møter på ulike nivå ved Pleie og omsorg. Ofte handler avvikene som meldes om forhold knyttet til medisinerings eller at gjeldende prosedyre ikke er fulgt. Det er et mål at tilbakemelding blir gitt ifht meldte avvik.

Det synes å være en felles forståelse blant ledere og ansatte i pleie- og omsorg at Risk Managers avviksmul ikke har vært i aktiv bruk. Årsaken til det er oppgitt å være at det ikke har vært behov for å melde avvik, at man heller melder avvik til nærmeste overordnede eller sektorleder eller at det ikke har vært gjennomført opplæring. I tillegg har Osen kommune, i likhet med de andre Fosen-kommunene ikke vært fornøyd med Risk Manager som kvalitetssystem og skal i 2021 ta i bruk et nytt system med avviksmul.

I tilfeller hvor man melder avvik direkte til leder, uten at det er registrert i avviksmul, kan det medføre at oppfølging av avviket blir vanskeligere å kontrollere.

Har Osen kommune etablert og implementert nødvendige prosedyrer for å oppfylle kvalitetsforskriftens krav?

Osen kommune har utarbeidet noen skriftlige prosedyrer for pleie- og omsorg. Disse er tilgjengelige i permer på arbeidsstedet og noen få var lagt inn i Risk Manager på intervjuetidspunktet. Områdene for prosedyrene er kjent for ansatte og de praktiseres i arbeidet. Manglende prosedyrer må utarbeides og legges inn i det nye kvalitetssystemet.

Enhet for Pleie- og omsorg ivaretar tverrfaglig samhandling gjennom Team Omsorg, som består av fagsykepleiere, pleie- og omsorgsleder, kommunelege og psykiatrisk koordinator. Revisor vurderer at den tverrfaglige samhandlingen som ivaretas i Team Omsorg sannsynligvis medvirker til at brukerne får det tjenester vedkommende har behov for til rett tid og i henhold til eventuell individuell plan.

Kommunen har oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring. I 2019 ble det utarbeidet strategisk kompetanseplan for kommunen, hvor pleie- og omsorg er omtalt i eget kapittel og det er beskrevet både hvilken kompetanse som er ønsket og virkemidler for å oppnå denne.

Følges Pasient- og brukerrettighetslovens regler om bruk av tvang ved Osen sykehjem?

Det er fokus i Osen sykehjem på å unngå situasjoner som medfører bruk av tvang, noe som dokumenteres ved at siste tvangsvedtak gjort i kommunen var i 2012. Dette bekreftes av helse- og omsorgssjef i oktober 2020. Informasjon fra intervju med ansatte viser at mulige situasjoner håndteres av de ansatte med «tillitsskapende arbeid» som dokumenteres i PROFIL og det er utarbeidet egen rutine for helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse. Holdning til pasienter er tema på personalmøter og det er opprettet en kreativ personalgruppe på tillitsskapende arbeid på sykehjemmet. Det har vært gjennomført obligatorisk opplæring i både via nett og fysisk deltakelse på kurs og i tillegg er dette tema på avdelings- og personalmøter.

Siste vedtak som ble truffet etter §4A-5 ble gjort i 2012. Ihht kommunens rutiner skal både pasient og nærmeste pårørende snarest mulig bli underretta skriftlig om vedtaket og dette bekreftes av tidligere PLO-leder.

Anbefalinger

Revisor anbefaler at Osen kommune:

- Bør innarbeide beskrivelse av virksomhetens mål i dokumentet "Internkontroll for sektor helse og omsorg"
- Bør utarbeide manglende prosedyrer og innarbeide disse i nytt kvalitetssystem
- Bør snarest gjennomføre opplæring for alle ansatte og ta i bruk nytt kvalitetssystem når dette er implementert i Fosen-kommunene

INNHOLDSFORTEGNELSE

Forord	3
Sammendrag	4
Innholdsfortegnelse	7
1 INNLEDNING	9
1.1 Bestilling	9
1.2 Problemstillinger	9
1.3 Metode	9
1.4 Bakgrunn	11
1.4.1 Fakta om pleie- og omsorgssektoren i Osen	11
1.5 Rapportens oppbygging	13
2 INTERNKONTROLL	14
2.1 Problemstilling	14
2.2 Revisjonskriterier	14
2.3 Data	15
2.3.1 Mål	15
2.3.2 Oppgaver	17
2.3.3 Aktiviteter	17
2.3.4 Organisering	18
2.3.5 Nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak	18
2.3.6 Meldte avvik	19
2.3.7 Korrigerende tiltak og systematisk arbeid	20
2.4 Vurdering	21
3 KVALITET	24
3.1 Problemstilling	24
3.2 Revisjonskriterier	24
3.3 Data	24
3.3.1 System av prosedyrer	24
3.3.2 Tilgjengelighet	25
3.3.3 Kompetanse og behov for opplæring	26
3.4 Vurdering	29
4 BRUK AV TVANG VED OSEN SYKEHJEM	31
4.1 Problemstilling	31
4.2 Revisjonskriterier	31
4.3 Data	31
4.3.1 Tillitsskapende tiltak	31
4.3.2 Underretning om vedtak	33
4.4 Vurdering	33
5 Høring	35
6 Konklusjoner og anbefalinger	36

6.1	Konklusjon.....	36
6.2	Anbefalinger	37
	Kilder	38
	Vedlegg 1 – Utledning av revisjonskriterier	39
	Vedlegg 2 – Høringssvar	45

1 INNLEDNING

I dette kapitlet gjennomgår vi bestilling, problemstillinger, metode og bakgrunn for prosjektet.

1.1 Bestilling

Kontrollutvalget i Osen hadde forvaltningsrevisjon av prosedyrer og internkontroll i pleie og omsorg på sin plan for forvaltningsrevisjon 2018-2020. Prosjektplanen for prosjektet «Kvalitet og internkontroll i pleie- og omsorgstjenesten» ble vedtatt i KU 020718. De første intervjuene i prosjektet ble gjennomført i november 2018, men på grunn av uforutsette hendelser ble ferdigstillelsen av prosjektet utsatt til desember 2020, etter avtale med kontrollutvalgssekretariatet.

Formålet med revisjonen er tredelt: å kartlegge rutiner og praksis ved bruk av tvang ved Osen sykehjem, å vurdere om Osen kommune oppfyller kravene i kvalitetsforskriften om å ha utarbeidet et system av prosedyrer for å sikre at tjenestene er helhetlige, samordnet og fleksible og at de blir gitt til rett tid for å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenestene får tilfredsstillende grunnleggende behov, samt vurdere om det er etablert styringssystem (internkontroll) som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen.

Prosjektet er avgrenset til å omhandle utvalgte prosedyrer og internkontroll for Osen sykehjem.

1.2 Problemstillinger

1. Er det etablert systematiske tiltak (internkontroll) som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med fastsatte krav?
2. Har Osen kommune etablert og implementert utvalgte nødvendige prosedyrer for å oppfylle kvalitetsforskriftens krav?
3. Følges Pasient- og brukerrettighetslovens regler om bruk av tvang ved Osen sykehjem?

1.3 Metode

Forvaltningsrevisjonen er utført i henhold til Norges Kommunerevisorforbunds (NKRF) Standard for forvaltningsrevisjon, RSK 001. Revisor må utføre forvaltningsrevisjonen systematisk, og vurderinger og konklusjoner må bygge på pålitelige og gyldige data som gir

et reelt bilde av situasjonen. Problemstillingene i dette prosjektet er søkt besvart på grunnlag av

- Gjennomgang av relevante prosedyrer og system for avvikshåndtering. Meldte avvik er ikke gjennomgått.
- Gjennomgang av aktuelle planer
- Oppstartsmøte med rådmann og daværende sektorleder helse
- Intervju med daværende pleie- og omsorgsleder, avdelingsledere, teamledere og 3 ansatte på sykehjemmet
- Intervju med nåværende sektorleder helse og oppdatering av faktainformasjon

De fleste intervjuer ble gjennomført ved oppstarten av prosjektet, i november 2018. Utvalg av 5 ansatte til intervju ble foretatt ut fra turnus intervjudagen, 2 var fraværende på intervjudagen. 1 av intervjuene ble ikke verifisert og informasjonen er ikke tatt med i rapporten. Intervju med nåværende sektorleder ble gjennomført i mai 2020 og verifisert i ettertid. Sektorleder fikk i slutten av november 2020 tilsendt foreløpig rapport for gjennomgang og faktaopplysninger er oppdatert på bakgrunn av tilbakemelding fra sektorleder. På grunn av prosjektets tidshorisont vil noe av informasjonen vedr kvalitetssystemet Risk Manager ikke være aktuell.

Revisor har benyttet følgende dokumenter:

- Internkontroll, sektor for helse og omsorg, Osen kommune, 280119
- Kompetanseplan for Osen kommune, 2019-2023
- Årsmelding for Osen kommune 2019
- Rutinebeskrivelse for saksbehandling ved helsehjelp gitt til personer uten samtykkekompetanse ved Osen sykehjem PBRL §4A
- Rutinebeskrivelse for helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse ved Osen sykehjem
- Skjema for avgjørelse om manglende samtykkekompetanse i forhold til nødvendig helsehjelp
- Rutine for individrettede tiltaksplaner for beboere på Osen sykehjem
- Rutine for å ivareta grunnleggende behov for beboerne ved Osen sykehjem
- Sjekkliste for årskontroll for langtidsbeboer sykehjem

Revisor vurderer at den innsamlede dokumentasjonen, i kombinasjon av intervjuer med ansatte i ulike roller i pleie- og omsorg gir et godt grunnlag til å gjøre vurderinger og svare ut problemstillingene.

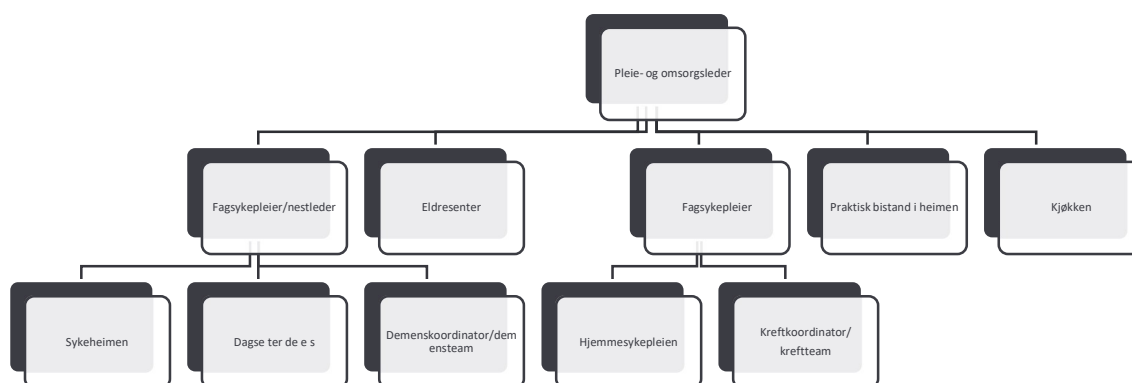
1.4 Bakgrunn

1.4.1 Fakta om pleie- og omsorgssektoren i Osen

Sektor helse i Osen kommune er ledet av sektorleder helse. Pleie- og omsorgsleder ledet pleie- og omsorgssektoren frem til 2020. I 2020 ble stillingen som pleie- og omsorgsleder, som en prøveordning, erstattet av lederteam med fagsykepleiere. Stillingen som pleie- og omsorgsleder ble vedtatt lyst ut igjen i oktober –20 og tiltres våren 2021.



Organisasjonskart for pleie- og omsorg



Pleie- og omsorg har felles personalstab for både sykeheim, hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Staben har gjennomgående god kompetanse, og flere har videreutdanning innen sine felt. Enheten har satset på videreutdanning og kursing blant annet innen demensomsorgen senere år.

Osen sykeheim ligger i Osen sentrum, ved Mølbergstunet og har 15 plasser. En av plassene er satt av til korttidsopphold. 4 av plassene er i avdeling som kan skjermes. Kjøkkenet leverer mat til sykeheimen, omsorgsboliger og brukere på bygda. Vaskeriet vasker tøy for sykeheimen, samt brukere i boliger og egne heimer.

Osen kommune har totalt 32 omsorgsboliger til ulike formål, beliggende i Osen sentrum. Det er utarbeidet egne retningslinjer ihht «omsorgstrappa» for tildeling av omsorgsboliger.

Osen eldresenter holder til i lokaler ved sykeheimen og har åpent 1 dag hver uke. På eldresenteret er det mange ulike aktiviteter, som håndarbeid, trim, bingo, matservering mv. Kommunen har også dagsenter for hjemmeboende og demente 2 dager hver uke.

Inntaksnemnda bestemmer tildeling av plass på sykeheimen. Nemnda består av kommunelege, fagsykepleier og pleie- og omsorgsleder. Plasser tildeles ut fra behov, ihht gjeldende forskrift. Søkere som er vurdert til å ha behov for plass, men som får avslag, settes på venteliste. Søknadsskjema finnes på sidene "Søk helse- og omsorgstjenester", og kan også fås ved henvendelse til enheten.

Det arrangeres mange ulike aktiviteter for beboerne i omsorgsboligene og på sykeheimen, og det er laget et årshjul med faste ukentlige aktiviteter for beboerne, besøk av skoler og barnehager mv.

Det ble i 2019 gjennomført et prosjekt med lederutvikling innen enheten Pleie og Omsorg, med fokus på arbeidsmiljø, styrket ledelse mm.

Rådmannen informerte om at Osen kommune samarbeider med kommunene i Midtre Namdal og Flatanger kommune innen helse, blant annet når det gjelder legevakt, kommuneoverlege, folkehelse og miljørettet helsevern. Osen kommunestyre vedtok å gå inn på eiersiden i Namdal Rehabilitering fra 2020 for å styrke/videreutvikle kommunens rehabiliteringstilbud, samt kunne tilby tilrettelagt døgnrehabilitering ved behov. Samtidig ivaretas kompetansekravet om psykolog og ergoterapeut og en tverrfaglig tilnærming innenfor helsetilbudet styrkes i kommunen. De første anskaffelsene innen velferdsteknologiske løsninger innen pleie og omsorg (velferdsteknologi i Namdalen, VINA) er gjennomført i kommunen og fokuset vil være å bli gode på drift av løsningene og ta alle muligheter i bruk. Videre er det planlagt at Helseplattformen for Midt-Norge rulles ut fra 2022

og etter hvert innføres i de kommunene som ønsker dette. Helseplattformen vil medføre omstillings- og endringsarbeid for hele helsesektoren i kommunen.

1.5 Rapportens oppbygging

Rapporten har seks kapitler:

1. Første kapittel omfatter bestilling, problemstillinger, metode og bakgrunn for prosjektet.
2. Andre kapittel omfatter første problemstilling, om internkontroll
3. Tredje kapittel omfatter andre problemstilling, om kvalitet
4. Fjerde kapittel omfatter tredje problemstilling, om rutiner og praksis ved bruk av tvang
5. I femte kapittel presenteres høringsprosessen
6. I sjette og siste kapittel framgår revisors konklusjoner og anbefalinger.

De seks kapitlene etterfølges av kilder og vedlegg, herunder utledning av kriterier og høringssvar.

2 INTERNKONTROLL

I dette kapittelet beskriver vi deltema internkontroll.

2.1 Problemstilling

Det er utarbeidet følgende problemstilling for temaet:

- Er det etablert systematiske tiltak (internkontroll) som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med fastsatte krav?

2.2 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet fra Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenestene for denne problemstillingen:

- Ledelsen skal ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering
- Ledelsen skal utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak
- Ledelsen skal ha oversikt over meldte avvik
- Ledelsen skal gjennomgå meldte avvik slik at lignende forhold kan forebygges
- Ledelsen skal sørge for korrigerende tiltak og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og at pasient- og brukersikkerhet gjennomføres.

Utleddningen av revisjonskriteriene finnes i vedlegg 1.

2.3 Data

Under presenterer vi data knyttet til kommunens internkontroll innen pleie og omsorg.

Kommunen har utarbeidet dokumentet «Internkontroll for sektor for Helse og omsorg», sist oppdatert 28.01.19 og fremlagt som referatsak for kommunestyret. Nåværende sektorleder sier i intervju at hun aktivt bruker dokumentet, men at hun mener at ansatte ikke har noe forhold til det, dokumentet «lever ikke». Hun mener dette kan skyldes at 2019/2020 har vært preget av uavklart lederstruktur og midlertidige løsninger. Det foreligger ikke informasjon fra de ansatte vedr dette, og det er derfor ikke avklart hvorfor de ansatte ikke har et forhold til dokumentet.

2.3.1 Mål

Overordnede mål og strategier for kommunen fastsettes i kommuneplanens samfunnsdel. Mål for tjenestene skal fastsettes i budsjett for virksomheten. I gjeldende kommuneplans samfunnsdel for Osen kommune nevnes følgende overordna mål for tjenesten:

- o Gjøre folk i stand til å ha aktive, selvstendige liv og gi omsorg der det trengs
- o Bedring av fysisk og psykisk helse

Strategier som nevnes er bl.a.:

- o Fortsatt rekruttering av gode fagfolk spesielt innen helsefag og opplæring
- o Rekruttere fagpersonell fra egne innbyggere ved å motivere og vise ungdommene hvilket behov kommunen og bedriftene har i framtida

Gjeldende helse- og omsorgsplan 2015-2024 beskriver at en vil ha fokus på kultur, aktivitet og trivsel og enheten har valgt å bruke noen av kriteriene som følger sertifiseringsordningen for Livsgledesykehjem (www.livsgledeforeldre.no) for hele pleie- og omsorgstjenesten.

Enheten vil bl.a. legge til rette for samarbeid med skoler, barnehager og andre organisasjoner, mulighet for kontakt med dyr, opprettholde hobbyer og fritidssysler, god kommunikasjon med pårørende.

Det overordnede målet med dette oppgis å være økt kvalitet på tjenestene, gi brukerne mening og livsglede i hverdagen, og arbeidsglede for ansatte. Som redskap for gjennomføring er det utarbeidet dagsplan for sykeheimen, ukeplan for de ulike aktivitetene og månedsplan for hele året med alle aktiviteter. I planene er aktivitetene til hele

virksomheten, inklusive dagsenteret for demente, eldresenteret og hjemmesykepleien tatt inn. Planverket skal sikre god planlegging, forutsigbarhet, og godt samarbeid med involverte samarbeidspartnere. Arbeidet skal være forpliktende for arbeidsgiver og ansatte, og årsplanen signeres av begge parter. Planene rulleres hver høst, som grunnlag for neste års budsjettarbeid.

Det står videre i planen at sektor for helse og omsorg følger opp internkontrollen ved at virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering er beskrevet i planen. Videre at ansvar, oppgaver og myndighet og fordelingen av dette beskrives i stillingsinstrukser med tilhørende prosedyrer, og samles i kommunens elektroniske kvalitetssystem

I internkontrolldokumentet står det at helse- og omsorgsplan 2015-2024 bør oppdateres, rulleres og spisses med fokus på målsettinger for helse og omsorgssektoren knyttet til kompetanse, boliger/institusjon, bemanning, satsingsområder, i lys av statistikk og annen informasjon. Videre at det bør arbeides med dokumentasjon av

- Delegasjon
- Risiko- og sårbarhet – gjennomføring av risikoanalyser generelt og på utvalgte områder
- Rutinebeskrivelser og tiltakskort for utvalgte områder hvor det er avdekket risiko
- Dokumentasjon i kvalitetssystemet Risk Manager.

I årsmelding for 2019 for pleie og omsorg skriver rådmannen at helse- og omsorgsplan for kommunen gjelder for perioden 2014-2025, men planlegges rullert i kommende kommunestyreperiode og at det blir vesentlig å konkludere på veivalg og strategier for de kommende årene.

I sektorleders redegjørelse for politisk nivå i mai 2020 ble følgende målsetting for sektoren presentert:

- Yte gode og forsvarlige tjenester jfr. lov- og forskrifter
- Være fremtidsrettet
- Rasjonell organisering og drift
- Tildeling av riktig tjenestenivå
- Effektiv bruk av sektorens samlede ressurser

- Kompetansefokus

Følgende satsingsområder er beskrevet i redegjørelsen:

- Kvalitet og forbedringsfokus
- Helse og omsorgstjenestene i framtiden, strategisk planlegging og gjennomgang
- Tverrfaglig folkehelsearbeid, herunder barn og unge og psykisk helse
- Nye kompetansekrav innen helse og omsorg
- Styrke tilbudet innen rehabilitering og hverdagsrehabilitering
- Internkontroll med særlig fokus på styrket ledelse innen PLO
- Ferdigstilling av kommunens ROS – analyse innen helse
- Prosessen frem mot Helseplattformen og velferdsteknologisk implementering

2.3.2 Oppgaver

I internkontrolldokumentet beskrives fordeling av oppgaver og myndighet og at sektorleder har det øverste, administrative ansvaret for sektoren og innstiller saker til hovedutvalg for utdanning, kultur og omsorg. (Utvalget er nedlagt pr november 2019 og saksområdet overført til kommunestyret). Nærmeste leder har personalansvaret. Dette betyr at sektorleder har ansvar for stillingene som hører direkte til helse og omsorg inklusive pleie- og omsorgsleder. Pleie- og omsorgsleder har personalansvaret for alle ansatte innen pleie- og omsorgstjenestene. Pleie- og omsorgsleder har egen nestleder (fagsykepleier institusjon).

2.3.3 Aktiviteter

I vedlegg 1 til Internkontrolldokumentet ligger årshjul for helse og omsorg. Årshjulet beskriver bla hyppigheten av faste samhandlingsarenaer, tidspunkt for gjennomføring av brukerundersøkelser, utarbeidelse av avviksrapporter, årlig IK-gjennomgang mm.

Årsmelding og budsjett er de to årlige hovedorienteringene til politisk nivå. I tillegg legges alle saker av prinsipiell betydning, større satsinger og prioriteringer fram til politisk behandling. Videre at det innen flere områder er hensiktsmessig med orienteringssaker med jevne mellomrom for å belyse status på tjenestene, for eksempel pleie- og omsorgstjenestene generelt. Innen HMS, sykefravær, arbeidsmiljø mm gjennomføres rapportering for hele kommuneorganisasjonen til politisk nivå og arbeidsmiljøutvalg. Det gjennomføres medarbeiderundersøkelser for hele kommunen, felles kompetanseplan mv.

Kommunestyrets delegering til andre kommuner i interkommunale samarbeid beskrives i internkontrollen. Videre at rådmannen har fått delegert myndighet i kommunens delegasjonsreglement innen en rekke områder, herunder helse- og omsorgstjenesteloven. Sektorleder for helse og omsorg har fått videredelegert rådmannens myndighet innen helse og omsorg og innstillingsrett til daværende hovedutvalget for utdanning, kultur og omsorg.

Pleie- og omsorgsleder har fått konkret videredelegert ansvar som legemiddelansvarlig og journalansvarlig for pleie- og omsorgstjenestene.

I dokumentet beskrives også kommunens ansvar iht. helseberedskapsloven og smittevernplan, kriseteam mm. omtales også Risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS), som skal gjennomføres jevnlig, samkjørt med felles ROS for hele kommuneorganisasjonen. ROS skal gjennomføres for alle nye tjenester på helse- og omsorgsområdet.

2.3.4 Organisering

Fordeling av ansvar og myndighet i organisasjonen beskrives i internkontrolldokumentet, herunder organisasjonsskema for sektor helse og omsorg og pleie og omsorg. Videre beskrives at det skal finnes stillingsinstrukser for alle stillingskategorier innen tjenestene, som beskriver hovedarbeidsoppgaver og ansvar stillingene har. Disse skal gjennomgås og oppdateres årlig, i forbindelse med medarbeidersamtaler.

Hvert enkelt tjenesteområde er ansvarlig for å utarbeide de rutinebeskrivelser og sjekklister, planer og årshjul som er nødvendige for å gjennomføre arbeidet. Nærmeste leder skal ha oversikt over rutinebeskrivelser og planer.

Det er gjennomført et prosjekt med lederutvikling innen enheten Pleie og Omsorg, med fokus på arbeidsmiljø, styrket ledelse mm. Den eksterne bistanden i prosjektet ble avsluttet på nyåret i 2019. Prosjektet er ifølge sektorleder i liten grad videreført innenfor enheten.

Datasystemer og programmer som benyttes i tjenesten omtales, for eksempel arkivsystemet ePhorte og pasientsystemet PROFIL for pleie- og omsorgstjenester.

2.3.5 Nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak

Det heter under dette punktet at fullstendig oversikt over rutinebeskrivelser, planer mv skal forefinnes i kvalitetssystemet Risk Manager og at det finnes en rekke rutinebeskrivelser som er felles for hele kommuneorganisasjonen, for eksempel informasjonssikkerhet, HMS, ansettelse mv.

For enhet for pleie- og omsorg skal det i Risk Manager være en egen oversikt over rutinebeskrivelser, sjekklister, prosedyrer mv., som er tilgjengelig for ansatte ved enheten.

Utarbeidede rutinebeskrivelser og prosedyrer for pleie- og omsorg står i permer på vaktrom og ansatte bruker disse for å holde seg oppdaterte, i tillegg til at eventuelle endringer på rutiner/prosedyrer tas opp i avdelingsmøter.

2.3.6 Meldte avvik

Ansatte i Osen kommune skal bruke avviksmodule i kvalitetssystemet Risk Manager for HMS-avvik og pasientprogrammet PROFIL for pasientrelaterte avvik.

Fagsykepleier sa i intervju at det er vanskelig for ansatte å finne fram i Risk Manager. Med noen få unntak meldes derfor avvik i stedet til ledelsen (fagsykepleierne) og PLO-leder.

Ansatte uttalte i intervju bla at de har hørt om Risk Manager og at det står en PC på vaktrommet som kan brukes til dette. Noen har hatt kurs/opplæring og alle har fått tildelt passord, men ikke tatt det i bruk da det ikke har vært behov. Noen sier at de melder HMS-avvik til leder eller skriver det i bok til vaktmester. HMS-avvik kan også tas opp direkte med nærmeste overordnede eller sektorleder, evt. tar det via fagforeningen.

I sin innledning til årsmelding for 2019 skriver rådmannen under kapittelet HMS og informasjonssikkerhet at av meldte avvik i 2019 er ingen meldt å kunne ha alvorlige konsekvenser. Årsmeldingen inneholder følgende data vedr avvik for pleie og omsorg:

Tabell 1. Institusjon

	2017	2018	2019
Prosedyreavvik			12
Manglende Oppfølging			5
Feilmedisinering			4
Fallulykker			28
Nesten ulykker			1
Totalt	126	78	50

Tabellen viser at av avvik i 2019 er det mest liten og middels alvorlighetsgrad. To av avvikene er stor alvorlighetsgrad. Det er stor grad av fallulykker, og mange av avvikene under prosedyreavvik og manglende oppfølging omhandler medisinering.

Tabell 2. Hjemmetjenesten

	2017	2018	2019
Prosedyreavvik			11
Manglende Oppfølging			5
Feilmedisinering			6
Fallulykker			1
Nesten ulykker			0
Feilregistrert avvik			-1
Totalt	27	42	23

Av avvik i 2019 er storparten av liten alvorlighetsgrad. Ett avvik er av stor alvorlighetsgrad, noen på middels alvorlighetsgrad. Det er få fallulykker, ellers så omhandler stort sett resten av avvikene medisinbehandling, avglemt dose etc. To avvik er feilregistrert Hos den ene ble feilen funnet ut av i etterkant, og den andre skulle bare være en vanlig dokumentasjon i profil.

2.3.7 Korrigerende tiltak og systematisk arbeid

Fagsykepleier sa videre at ansatte prioriterer registrering av avvik knyttet til brukere i pasientsystemet PROFIL. Dette bekreftes av at alle intervjuede sier at de melder avvik vedr pasienter i PROFIL. Sektorleder helse sier at pasientrelaterte avvik som meldes i PROFIL behandles kontinuerlig av fagleder/ PLO-leder og at forbedringsforslag drøftes i ulike møter på ulike nivå ved Pleie og omsorg. Disse er drøftingstema i møter med sektorleder helse, og enheten justerer praksis og prosedyrer for å unngå gjentakelse så langt som mulig. Sektorleder sier også at avvik og problemstillinger drøftes kontinuerlig i enhetene og at fagsykepleierne sammen med leder har en sentral rolle her. Ofte handler avvikene som meldes om forhold knyttet til medisinering eller at gjeldende prosedyre ikke er fulgt. Det er et mål at det skal gis tilbakemelding på meldte avvik.

Sektorleder helse sier at ledelsens gjennomgang av avvik er tema på ukentlige møter mellom fagledelse og sektorleder når avvik har oppstått. Forslag for å unngå lignende hendelser drøftes, og ansvar for oppfølging plasseres dersom mulig.

Sektorleder sier videre at kommunen i 2020 har meldt ett avvik til Helse Nord-Trøndelag, og de har meldt ett avvik til kommunen jfr samhandlingsavtalen de har med dem. Her meldes fortsatt avvik skriftlig og behandles i kommunens saks-/arkiv system ePhorte. Begge avvikene er behandlet i kvalitetsutvalget og skriftlig besvart, samtidig som praksis er endret. Sektorleder uttaler også at det eksisterer et forbedringspotensial på skriftliggjøring av endringer som foretas.

Det skal i 2021 implementeres nytt kvalitetssystem i alle Fosen-kommunene. Opprinnelig ble det anskaffet ny avviksmodul fra KF (Kommuneforlaget), men dette skal nå skrinlegges før

den er tatt i bruk, da dette legges ned fra Kommuneforlaget sin side. Det er derfor kjøpt inn ny avviksmodule fra Compilo, som alle Fosen-kommunene skal ta i bruk når det nye kvalitetssystemet innføres.

2.4 Vurdering

- Ledelsen skal ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering

Dokumentet «Internkontroll for sektoren Helse og omsorg» er utarbeidet og sist oppdatert 28.01.19. Dokumentet brukes aktivt av sektorleder, men er ifølge henne ikke i aktivt bruk av de ansatte, noe som kan skyldes uavklart lederstruktur og midlertidige løsninger. Revisor vurderer at dokumentet svarer ut kravet om å beskrive virksomhetens oppgaver, aktiviteter og organisering, men vurderer at beskrivelse av virksomhetens mål ikke er direkte beskrevet i dokumentet. Målsetninger er beskrevet i gjeldende Helse- og omsorgsplan 2014-2025, hvor det er vedtatt at det i 2016-2019 skulle fokuseres på framtidens pleie- og omsorgstjenester med fokus på mestring og forebygging, psykisk og fysisk helse hos barn og unge og plan for bosetting av flyktninger. Tidligere sektorleder skrev i dokumentet «Internkontroll for helse og omsorg» bla at det ved rullering av helse- og omsorgsplanen burde spisses med fokus på målsettinger for helse og omsorgssektoren knyttet til kompetanse, boliger/institusjon, bemanning og satsingsområder i lys av statistikk og annen informasjon. Helse- og omsorgsplanen skulle rulleres i 2019, dette er ikke gjort, men planlegges gjennomført i løpet av innværende valgperiode.

- Ledelsen skal utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruks, rutiner eller andre tiltak

Utarbeidede rutinebeskrivelser og prosedyrer for pleie- og omsorg står i permer på vaktrom og ansatte bruker disse for å holde seg oppdaterte, i tillegg til at endringer på rutiner/prosedyrer tas opp i avdelingsmøter.

Det skal være en egen oversikt over rutinebeskrivelser, sjekklister, prosedyrer og felles rutinebeskrivelser for hele kommuneorganisasjonen tilgjengelig for ansatte ved enheten. Revisor vurderer at tilrettelegging av informasjon i, samt bruk av Risk Manager ikke har vært tilfredsstillende i enheten. Informasjon fra intervjuer med ledelse og ansatte viser at dette kan skyldes både manglende opplæring, samt at det

har vært misnøye med systemets funksjonalitet, noe som har ført til skifte av system for alle kommunene på Fosen. Revisor vurderer at arbeidet med innføring av nytt kvalitetssystem for alle Fosen-kommuner er positivt og at det bør sikres at det gjennomføres opplæring i bruk av systemet for at det skal fungere etter hensikten.

- Ledelsen skal ha oversikt over avvik

Ifølge årshjulet som inngår i internkontrollen er det etablert faste samhandlingsarenaer for pleie- og omsorg, tidspunkt for gjennomføring av brukerundersøkelser, utarbeidelse av avviksrapporter, årlig IK-gjennomgang mm.

Pasientrelaterte avvik som meldes i PROFIL behandles kontinuerlig av fagleder/ PLO leder og avvikene er drøftingstema i møter med sektorleder helse. Enheten oppgir at de justerer praksis og prosedyrer for å unngå gjentakelse så langt mulig. Sektorleder sier også at avvik og problemstillinger drøftes kontinuerlig i enhetene og at fagsykepleierne sammen med leder har en sentral rolle her. Revisor vurderer at det er synliggjort at ledelsen har oversikt over meldte avvik i sektoren.

- Ledelsen skal gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges

Ledelsens gjennomgang av avvik er tema på ukentlige møter mellom fagledelse og sektorleder når avvik har oppstått. Forslag for å unngå lignende hendelser drøftes, og ansvar for oppfølging plasseres dersom mulig.

Avvik meldt i 2020 er behandlet i kvalitetsutvalget og skriftlig besvart, samtidig som praksis endres. Det eksisterer et forbedringspotensiale på å skriftliggjøre endringer som foretas. Revisor vurderer at den beskrevne fremgangsmåten for gjennomgang av avvik og med eventuell etterfølgende endring av praksis er tilfredsstillende.

Revisor vurderer at det er en felles forståelse blant ledere og ansatte i pleie- og omsorg at avviksmodulen i Risk Manager ikke har vært i aktiv bruk. Årsaken til det er oppgitt å være at det ikke har vært behov for å melde avvik, at man heller melder avvik til nærmeste overordnede eller sektorleder, eller at det ikke har vært gjennomført opplæring. I tillegg har Osen kommune, i likhet med de andre Fosen-kommunene ikke vært fornøyd med Risk Manager som kvalitetssystem og skal i 2021 ta i bruk et nytt system med ny avviksmodul. Revisor vurderer at tilfeller hvor man melder avvik direkte til leder, uten at det er registrert i avvikssystemet, medfører at oppfølging av avviket blir vanskeligere å kontrollere.

- Ledelsen skal sørge for korrigerende tiltak

Forbedringsforslag drøftes i ulike møter på ulike nivå ved Pleie og omsorg. Ofte handler avvikene som meldes om forhold knyttet til medisinerings eller at gjeldende prosedyre ikke er fulgt. Det er et mål at tilbakemelding blir gitt ifht meldte avvik. Enheten ivaretar tverrfaglig samhandling gjennom Team Omsorg, som består av fagsykepleiere, pleie- og omsorgsleder, kommunelege og psykiatrisk koordinator. Revisor vurderer at arbeid med forbedringsforslag både internt i enheten og i den tverrfaglige samhandlingen som ivaretas i Team Omsorg medvirker til korrigerende tiltak.

3 KVALITET

I dette kapittelet beskriver vi deltema kvalitet.

3.1 Problemstilling

Det er utarbeidet følgende problemstilling for temaet:

- Har Osen kommune etablert og implementert nødvendige prosedyrer for å oppfylle kvalitetsforskriftens krav? Er utvalgte prosedyrer kjent for de ansatte og blir de praktisert?

3.2 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet fra Kvalitetsforskriften for denne problemstillingen:

- Kommunen skal ha et system av prosedyrer som sikrer at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for
- Prosedyrene skal være tilgjengelig for de ansatte
- Kommunen skal ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring

Utleddningen av revisjonskriteriene finnes i vedlegg 1.

3.3 Data

Under presenteres data vedr prosedyrer i pleie- og omsorg.

3.3.1 System av prosedyrer

Kommunen har, i likhet med de andre Fosen-kommunene, brukt Risk Manager (RM) som sitt kvalitetssystem i flere år. I systemet er det bla moduler for dokumenthåndtering og avvik.

Mange rutiner og prosedyrer er lagt inn i RM, men sektorleder opplyser at kommunen for tiden ikke har et fungerende internkontrollsystem, fordi kvalitetssystemet Risk Manager er utfaset og skal erstattes med et nytt system som alle Fosen-kommunene skal ta i bruk. Det nye kvalitetssystemet utvikles gjennom Fosen IKT og utviklingen er oppgitt å være i slutfasen. Dette innebærer at Osen kommune per september 2020 ikke har et fungerende kvalitetssystem. Det er ikke helt klarlagt når det nye systemet skal implementeres, men dette vil antakelig skje i 2021.

3.3.2 Tilgjengelighet

Fagsykepleier sa i intervju at skriftlige rutiner for arbeidet i pleie- og omsorg finnes i permer og er lagt inn i Risk Manager (RM) nå. Permene finnes fortsatt, disse er ikke oppdatert. Hun sa at ansattes bruk av RM for rutiner og prosedyrer ikke blir prioritert.

Kun prosedyrer for legemiddelhåndtering og journalføring var lagt inn i RM pr des -18.

Gjeldende prosedyrer og internkontrollen står i permer på vaktrommet. Tidligere PLO-leder sa at hun ikke har satt krav om at alle ansatte skal ha lest og kvittert på at de har lest.

I intervju med noen ansatte fremgår det at det står permer med rutiner tilgjengelig på vaktrommet og at de har fått beskjed om at de kan slå opp i dem og lese gjennom disse. Nye rutiner og evt endringer tas opp og gjennomgås i møter på avdelingen.

I intervju ble ansatte spurt om de var kjent med rutiner innen følgende områder og spurt om de er kjent og praktiseres:

1. Oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
2. Selvstendighet og styring av eget liv
3. Fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
4. Følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold
5. Få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
6. En verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
7. Nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
8. Tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov
9. Tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
10. Tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter
11. Rutiner for kontakt med pårørende.

I intervjuene ble det bekreftet at de er kjent med at det er utarbeidet rutiner innen disse områdene og at de praktiseres i arbeidet deres. Mottatt innholdsfortegnelse for en av permene som står på vaktrommet viser at det i 2008 er utarbeidet noen rutiner innen noen områder, men disse er ikke oppdatert pr desember 2020. Fagsykepleier sier at de er i gang med å oppdatere rutinene ifbm med innlegging i det nye kvalitetssystemet. Revisor vurderer at oversikten over rutiner viser at det ikke er utarbeidet rutiner for alle områder og at den må oppdateres samtidig med at rutinene legges inn i det nye kvalitetssystemet.

3.3.3 Kompetanse og behov for opplæring

Osen kommune har 01.07.19 vedtatt Kompetanseplan for Osen kommune for perioden 2019-2023. I planens innledning sies det at ambisjonene er å lage en felles overordnet strategisk kompetanseplan som viser hvordan Osen kommune ønsker å arbeide med kompetanseutvikling for å nå sine mål. En felles overordnet strategi danner grunnlaget for enhetene/avdelingene sin kompetansebygging og utvikling. Dette for at kommunen i størst mulig grad skal kunne ha riktig kompetanse til riktig tid.

Planen skal bidra til at kommunen mobiliserer, utvikler og anskaffer kompetanse på prioriterte områder som følge av vedtatte mål og føringer. Det skal også føre til at de

- Sikrer kvalitet i tjenestene
- Effektiv ressursutnyttelse
- Skape et helsefremmende arbeidsmiljø
- Godt omdømme som en attraktiv arbeidsplass.

Strategisk kompetanseplan for Osen kommune er et styringsdokument som skal sikre at kommunen utvikler, forvalter og anvender sine kunnskapsressurser. Planen skal sikre arbeidet med rekruttering av nye medarbeidere og målrettet kompetanseutvikling for kommunens ansatte og skal evalueres hvert 4. år, første gang i løpet av 2023. Rådmannen har ansvaret for dette. Det skal utarbeides nye tiltaksplaner for hvert rammeområde hvert 2. år. I planene skal konkrete tiltak komme fram. Tiltakene blir evaluert gjennom årsmeldingen. Tiltaksplanene skal knyttes opp mot kommunens strategiske planer.

Kapittel 5.4 i planen omhandler kommunehelsetjenestene og pleie og omsorg. Det sies at innen helseområdet er det behov for kompetanse på mange områder. Behovet fremstår som betydelig innen pleie- og omsorgstjenestene og at behovet for helsefagarbeidere og sykepleiere vil være kontinuerlig i årene som kommer. Dette fremgår av kartleggingen av alderssammensetningen som blant annet viser at om lag halvparten av helsefagarbeiderne i kommunen var 55 år eller eldre i 2017.

Det sies bla videre at det vil være viktig å se på de mulighetene som for eksempel velferdsteknologien gir for å jobbe smartere og mer effektivt. Samtidig er det også viktig å se på hvilke områder det må være helsefaglig kompetanse på, og hvor det er mulig å tenke annen fagkompetanse inn. I tillegg kan det være et selvstendig poeng og et utviklingspotensiale i å rekruttere inn personer med annen bakgrunn for å yte individuell tilpasset omsorg, gi et godt aktivitetstilbud mm. Frivillighetens rolle vil også være sentral ifht morgendagens helsetjenestetilbud. Sektoren gir tjenester innen en lang rekke lover, og

forvaltnings- og juridisk kompetanse vil være viktig å videreutvikle og styrke, for å gi trygge og selvstendige tjenester og ansatte.

Tabell 3. Innen pleie og omsorg var kompetansen fordelt slik i 2019:

Pleie og omsorg	Antall årsverk	Prosent	Antall ansatte	Gj.snitt stilling%
Administrasjon	1	100	1	100
Assistenter	3,9	389	13	0,30
Helsefagarbeidere	16	1600	25	
Sykepleiere	8,3	772	9	0,86
Aktivitør	0,77	0,77	1	0,77
Kjøkken	2,33	233	3	0,78
Renhold/vaskeri	1,7	170	2	0,85
Totalt pleie/omsorg	34	3400	55	61,8

For pleie- og omsorg er spesielt kompetanse innen rehabilitering, hverdagsrehabilitering, velferdsteknologi, diabetes, kreftomsorg og geriatri ønsket. Virkemidler som nevnes er bla dekning av kursavgift og undervisningsmateriell, utdanningspermisjon, plikttjeneste/bindingstid, intern kunnskapsoverføring, lønnsøkning etter kompetanseheving.

Tabell 4. Kompetanse i helse og omsorg

Avtalte årsverk per 10 000 innbyggere	Osen			Kostra gruppe 5	Landet uten Oslo
	2017	2018	2019	2019	2019
Geriatrisk sykepleier	20,68	21,12	21,10	7,32	4,09
Sykepleiere med spes./vd. utd.	10,34	10,56	1,29	15,05	7,79
Sykepleier uten spesialitet/videreutdanning	76,86	82,41	64,51	69,54	47,86
Hjelpepleier	106,09	111,85	100,46	91,24	45,46
Ergoterapeut	-	-	-	2,18	2,20
Miljøterapeut og pedagog	-	-	-	5,43	7,72
Aktivitør	8,04	8,20	8,20	3,07	1,98
Omsorgsarbeider	7,76	7,91	7,90	14,35	8,35
Helsefagarbeider	37,62	49,50	47,94	56,44	42,18
Annet omsorgspersonell med helseutdanning	23,71	24,22	16,21	18,39	14,44
Pleiemedhj/ass, hjemmehj/prakt bist eller annen brukerrettet tj.	62,42	55,92	39,52	76,28	58,20

Kilde:SSB,KOSTRA

Tabell 5. Helse og omsorg (felles sykehjem og hjemmetjeneste)

Nøkkeltall	Osen			Kostra-gruppe 5	Landet uten Oslo
	2017	2018	2019	2019	2019
Andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten m/ helseutdanning (prosent)	82	82	87	80	78
Andel brukertilpassede enerom m/ eget bad/wc (prosent)	100	100	100	93	91
Andel innbyggere 67-79 år med dagaktivitetstilbud (prosent)	0	0	0	0	0

Kilde: SSB KOSTRA

Tabellen viser bla at andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten med helseutdanning er høyere i Osen enn i sammenligningskommunene og landet uten Oslo, dette til tross for at kommunen melder at det er utfordrende å rekruttere sykepleiere og spesialkompetanse. Tabellen viser at Osen kommune ikke har dagaktivitetstilbud til innbyggere 67-79 år, men dette oppgis av rådmannen å ikke stemme, da kommunen har eldresenter 1 g/u, med bruk av 17% stilling for drift av dette.

Tidligere sektorleder skrev i sitt dokument «Status og behov helse og omsorg, med særlig vekt på pleie og omsorg» til hovedutvalget i 2018 bla følgende:

«Det forutsettes at det er en tilstrekkelig og kvalifisert nok bemanning til at krav til faglig forsvarlighet ivaretas. Men når det gjelder bemanning generelt, så er det ikke mulig å påvise sammenheng mellom økt bemanning og bedre kvalitet på tjenestene ved sykehjemsavdelinger. Det er en av konklusjonene i en tidligere undersøkelse gjennomført av SINTEF Helse, på oppdrag fra Norsk sykepleierforening, Fagforbundet og Den norske legeforening. Undersøkelsen er basert på data fra i alt 29 sykehjemsavdelinger med i hovedsak vanlige pleiepasienter. Rapporten drøfter sammenhengen mellom variasjoner i personellinnsats og kvalitet i tilbudet til beboerne i sykehjemmene.

Det er i utgangspunktet en klar sammenheng mellom ansattes opplevelse av å ha nok bemanning og hvordan de opplever kvaliteten i tilbudet til beboerne. Det er imidlertid liten sammenheng mellom ansattes oppfatning av bemanningssituasjonen og faktisk bemanning. Det finnes heller ingen indikasjoner på at økning i faktisk pleiebemanning bidrar til økt kvalitet.

De viktigste bidragene til kvalitetsøkningen ser ut til å være knyttet til arbeidsmiljømessige forhold, et klima som vektlegger kompetanseutvikling og gjensidig kollegial veiledning, sykefraværet i avdelingen, bygningens alder og samarbeidet med pårørende og andre.

Videre er det et spørsmål om hvilke oppgaver man bør/må være helsefaglig utdannet for å utføre. Kan man prioritere strengere på hvilke oppgaver som krever helsefaglig kompetanse, og se seg om etter andre yrkesgrupper som kan komme inn og styrke tilbudet innen pleie og omsorg?»

Det er etablert to team for tverrfaglig samhandling på saksnivå (Team Omsorg og Team Familie Barn). Enhet for Pleie- og omsorg ivaretar tverrfaglig samhandling gjennom Team Omsorg, som består av fagsykepleiere, pleie- og omsorgsleder, kommunelege og psykiatrisk koordinator. Enheten har eget kreftteam og demensteam, med tilhørende koordinatorene.

I gjeldende helse og omsorgsplan heter det at erfaringer og synspunkter fra pasienter/brukere skal trekkes inn i utviklingsarbeid, for eksempel ved utvikling av nye tjenester. En mer systematisk bruk av brukerundersøkelser vurderes, ved bruk av verktøyet Bedre kommune, se www.bedrekommune.no.

Kommunen deltok i 2019 i satsningen på kvalitetsreformen «Leve hele livet gjennom året», og det er etablert en egen prosjektgruppe med representasjon fra politisk nivå, elderråd og Helse og omsorg.

I årsmelding 2019 for Osen kommune sies det vedr demensomsorgen at den også i 2019 i hovedsak har bestått i drift av dagsenter, oppfølging av brukere og pårørende, samt tilrettelegging for kurs og opplæring av ansatte. Det er ikke avholdt pårørendeskole i 2019, da det ble arrangert året før. Fra 2020 vil det ikke mottas øremerkede tilskudd til dette tilbudet. Det har vært avholdt ett møte i demensteamet i 2019. Det er ikke foretatt utredning i 2019, da det ikke har vært behov. Demenskoordinator har hatt oppfølgingsbesøk ved behov.

3.4 Vurdering

Kommunen skal ha et system av prosedyrer som sikrer at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for

Revisor vurderer at Osen kommune har utarbeidet noen skriftlige prosedyrer for pleie- og omsorg. Disse er tilgjengelige i permer på arbeidssstedet og noen få er lagt inn i kvalitetssystemet Risk Manager. Det mangler et fullstendig system for skriftlige rutiner. Dette bør kompletteres samtidig med at rutineene legges inn i det nye kvalitetssystemet.

Kommunen skal ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring

Revisor vurderer at kommunen har oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring, da det i 2019 er utarbeidet strategisk kompetanseplan for kommunen, hvor pleie- og omsorg er omtalt i eget kapittel og det er beskrevet både hvilken kompetanse som er ønsket og virkemidler for å oppnå denne.

4 BRUK AV TVANG VED OSEN SYKEHJEM

I dette kapittelet beskriver vi deltema bruk av tvang.

4.1 Problemstilling

Det er utarbeidet følgende problemstilling for temaet:

- Følges Pasient- og brukerrettighetslovens regler om bruk av tvang ved Osen sykehjem?

4.2 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet fra Pasient- og brukerrettighetsloven for denne problemstillingen:

- Tillitsskapende tiltak skal ha vært forsøkt før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg
- Pasienten og pasientens nærmeste skal snarest mulig underrettes om vedtak om tvang (truffet etter §4A-5)

Utleddningen av revisjonskriteriene finnes i vedlegg 1.

4.3 Data

Under presenteres data innhentet av revisor for å belyse hvordan Osen kommune håndterer pasient- og brukerrettighetslovens bestemmelser om bruk av tvang.

4.3.1 Tillitsskapende tiltak

Tidligere pleie- og omsorgsleder fortalte i intervju at demens oftest er årsak til tvangsvedtak og at siste tvangsvedtak som er fattet i kommunen er datert 171212. Hun sa videre at det skulle ha vært fattet tvangsvedtak i dette tilfellet lenge før vedtaket ble gjort i 2012, men det ble utsatt og en prøvde mange tiltak, bla opprettelse av en egen avdeling med ansatte mm for denne pasienten. Gjennomgang fram til 2018 viste at det ikke var fattet tvangsvedtak i kommunen etter 2012. Sektorleder helse bekrefter at det heller ikke i 2019 og 2020 er fattet tvangsvedtak i kommunen pr oktober i 2020.

Fagsykepleier bekreftet også i intervju at det ikke var tvangsvedtak som ble praktisert på sykehjemmet og at det har vært veldig få tvangsvedtak i de siste årene. Hun sa også at man har tidligere hatt situasjoner som kunne ha utviklet seg til tvangsvedtak, men at situasjonene er håndtert av de ansatte med «tillitsskapende arbeid» som dokumenteres i PROFIL.

Holdning til pasienter er tema på personalmøter og det er en kreativ personalgruppe på tillitsskapende arbeid på sykehjemmet.

Det foreligger rutinebeskrivelser for tvangsvedtak på papir, disse er forelagt revisor og skulle legges inn i kvalitetssystemet Risk Manager (RM). Dette gjelder:

- Rutinebeskrivelse for saksbehandling ved helsehjelp gitt til personer uten samtykkekompetanse ved Osen sykehjem PBRL §4A
- Rutinebeskrivelse for helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse ved Osen sykehjem
- Skjema for avgjørelse om manglende samtykkekompetanse i forhold til nødvendig helsehjelp

Fagsykepleier sa at det er fokus i Osen sykehjem på å unngå situasjoner som medfører bruk av tvang. Ansatte har hatt obligatoriske NHI-kurs via nettet, og det skulle være en nyrunde på nyåret 2019. Ansatte har deltatt på kurs vedr tvang både før og etter tilsynet og det har vært tema på avdelings- og personalmøter.

Fagsykepleier sa videre at eventuelle tvangsvedtak fattes av pleie- og omsorgsleder og behandlende lege og at oppfølging/iverksetting av tvangsvedtak gjøres av fagsykepleier. Informasjon om vedtaket legges inn i PROFIL, hvor årsak og begrensninger blir beskrevet. Det blir beskrevet hvor mye en kan presse på for å få pasienten til å gjøre ting. For eksempel: Personalet kan ikke «blåholde» en pasient for å få skiftet på den, men må avlede med sang og evt bytte personale i situasjonen eller få flere til å assistere. Det lages egne rutiner/prosedyrer for den enkelte og det gis informasjon til pårørende om rutinene.

I PROFIL er det områder hvor de ansatte skal dokumentere hvilke tillitsskapende tiltak som gjøres og det foreligger en sjekkliste for årskontroll av langtidsbeboere på sykehjemmet. Tidligere PLO-leder har i årskontrollen sjekket på hver enkelt bruker om det er kommentert vedr samtykkekompetanse, dette har ikke vært fullstendig gjort.

Tidligere PLO-leder sa at det innhentes samtykkeerklæring (se skjema) fra pårørende dersom pasienten mangler samtykkekompetanse og at det ikke har vært oversendt noen klager til Fylkesmannen.

I intervju sier ansatte på sykehjemmet at det er ledelse og lege som fatter vedtak om tvang og at det har vært vedtak om tvang tidligere. De unngår tvangsvedtak ved at ansatte er smidige og tålmodige for å få pasientene til å endre atferd. I tilfeller hvor det fattes tvangsvedtak lages det egne rutiner for bruk av tvang.

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag gjennomførte i 2012 tilsyn med tvungen helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven kap 4A til pasienter i sykehjem. Det ble gitt følgende avvik under tilsynet i Osen kommune:

- Osen sykehjem har ikke sikret ansatte tilstrekkelig opplæring og kompetanse i reglene om helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen.
- Osen sykehjem sikrer ikke etterlevelse av kravene i pasient- og brukerrettighetsloven kap 4A.
- Osen sykehjem sikrer ikke at relevante og nødvendige opplysninger nedtegnes i pasientens journal og at journalnedtegnelsene er enhetlige og oversiktlige.

Ved oppfølging av tilsynet har tilsynsmyndigheten vurdert de tiltakene som er satt i verk som tilstrekkelige og har derfor avsluttet tilsynet.

Fylkeslegen hadde i 2017 tilsyn i kommunen vedr beredskapsplikt og lov om helsemessig- og sosial beredskap og i 2016 om saksbehandling personlig assistanse til hjemmeboende.

4.3.2 Underretning om vedtak

Pasient og nærmeste pårørende skal, ihht utarbeidet rutine, snarest mulig bli underretta skriftlig om vedtaket. Pleie- og omsorgsleder sier det er mulig dette ble sendt fra lege i den omtalte saken fra 2012.

Når tvangsvedtak er fattet, informerer primærsykepleier og sekundærkontakt om saken i rapportmøter og egne møter for orientering om saken. Det gis informasjon om helsehjelp, tillitsskapende tiltak og det noteres i PROFIL vedr tilfeller.

4.4 Vurdering

Tillitsskapende tiltak skal ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette, før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg

Revisor vurderer at det fremgår i intervju med ledelse og ansatte at det er fokus i Osen sykehjem på å unngå situasjoner som medfører bruk av tvang og siste tvangsvedtak er gjort i kommunen i 2012, noe som bekreftes av helse- og omsorgssjef i oktober 2020. Revisor har

ikke fått klarlagt om dette skyldes omfattende bruk av tillitsskapende tiltak eller om det faktisk er manglende vedtak om bruk av tvang og om det foreligger bruk av tvang uten vedtak.

Informasjon fra intervju med ansatte viser at mulige situasjoner håndteres av de ansatte med «tillitsskapende arbeid» som dokumenteres i PROFIL og det er utarbeidet egen rutine for helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse. Holdning til pasienter er tema på personalmøter og det er opprettet en kreativ personalgruppe på tillitsskapende arbeid på sykehjemmet. Det har vært gjennomført obligatorisk opplæring i både via nett og fysisk deltakelse på kurs og i tillegg er dette tema på avdelings- og personalmøter.

Pasienten og pasientens nærmeste skal snarest mulig underrettes om vedtak truffet etter §4A-5

Revisor vurderer at dette revisjonskriteriet ikke lar seg vurdere, da siste vedtak som ble truffet etter §4A-5 var i 2012. Ihht kommunens rutiner skal både pasient og nærmeste pårørende snarest mulig bli underretta skriftlig om vedtaket og dette bekreftes av tidligere PLO-leder.

5 HØRING

En foreløpig rapport ble sendt på høring til rådmannen i Osen kommune 260121.

Rådmannens svar ble mottatt 270121.

6 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

6.1 Konklusjon

Er det etablert systematiske tiltak (internkontroll) som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med fastsatte krav?

Kommunen har utarbeidet dokumentet «Internkontroll» for sektoren Helse og omsorg, sist oppdatert 280119. Dokumentet svarer ut kravet om å beskrive virksomhetens oppgaver, aktiviteter og organisering. Beskrivelse av virksomhetens mål er ikke direkte beskrevet i dokumentet, men er beskrevet i Helse- og omsorgsplanen. Ifølge årshjulet som inngår i internkontrollen, er det etablert faste samhandlingsarenaer for pleie- og omsorg, tidspunkt for gjennomføring av brukerundersøkelser, utarbeidelse av avviksrapporter, årlig IK-gjennomgang mm.

Risk Managers avviksmodul har ikke vært i aktiv bruk innen pleie og omsorg. Årsaken til det er oppgitt å være at det ikke har vært behov for å melde avvik, at man heller melder avvik til nærmeste overordnede eller sektorleder eller at det ikke har vært gjennomført opplæring. Sektoren burde hatt et bedre system for å følge opp bruken av avviksmodulen i Risk Manager. I likhet med de andre Fosen-kommunene har Osen kommune ikke vært fornøyd med Risk Manager som kvalitetssystem og skal i 2021 ta i bruk et nytt kvalitetssystem med avviksmodul.

Har Osen kommune etablert og implementert nødvendige prosedyrer for å oppfylle kvalitetsforskriftens krav?

Osen kommune har utarbeidet noen skriftlige prosedyrer for pleie- og omsorg. Disse er tilgjengelige i permer på arbeidsstedet og noen få var lagt inn i Risk Manager på intervju tidspunktet. Områdene for prosedyrene er kjent for ansatte og de praktiseres i arbeidet.

Kommunen har oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring ved at det i 2019 ble utarbeidet strategisk kompetanseplan for kommunen.

Følges Pasient- og brukerrettighetslovens regler om bruk av tvang ved Osen sykehjem?

Det er fokus i Osen sykehjem på å unngå situasjoner som medfører bruk av tvang. Siste tvangsvedtak gjort i kommunen etter §4A-5 var i 2012. De ansatte fokuserer på «tillitsskapende arbeid» som dokumenteres i PROFIL og det er utarbeidet egen rutine for helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse.

Ihht kommunens rutiner skal både pasient og nærmeste pårørende snarest mulig bli underretta skriftlig om vedtaket om bruk av tvang.

6.2 Anbefalinger

Revisor anbefaler at Osen kommune:

- Bør innarbeide beskrivelse av virksomhetens mål i dokumentet "Internkontroll for sektor helse og omsorg"
- Bør utarbeide manglende prosedyrer for pleie og omsorg og innarbeide disse i nytt kvalitetssystem
- Bør snarest gjennomføre opplæring for alle ansatte og ta i bruk nytt kvalitetssystem når dette er implementert i Fosen-kommunene

KILDER

- LOV 1999-07-02 nr 63 Lov om pasient- og brukerrettigheter
- FOR 2003-06-27 nr 792 Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19.11.1982 nr 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13.12.91 om sosiale tjenester m. (kvalitetsforskriften)
- FOR 2016-10-28-1250 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenestene
- IS-1201:Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, Sosial- og Helsedirektoratet 2004.

VEDLEGG 1 – UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER

Ifølge forskrift om kontrollutvalg og revisjon (§15) skal det etableres revisjonskriterier for gjennomføring av forvaltningsrevisjon. Revisjonskriterier er de krav og forventninger som forvaltningsrevisjonsobjektet skal revideres/vurderes i forhold til. Disse kriteriene skal være begrunnet i, eller utledet av, autoritative kilder innenfor det reviderte området. Slike autoritative kilder kan være lov, forskrift, forarbeider, rettspraksis, politiske vedtak (mål og føringer), administrative retningslinjer, samt statlige føringer og praksis. I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet oss av følgende kilder til revisjonskriterier:

- LOV 1999-07-02 nr 63 Lov om pasient- og brukerrettigheter
- FOR 2003-06-27 nr 792 Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19.11.1982 nr 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13.12.91 om sosiale tjenester m. (kvalitetsforskriften)
- FOR 2016-10-28-1250 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenestene
- IS-1201:Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, Sosial- og Helsedirektoratet 2004.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenestene

Forskriften av 2016 erstatter internkontrollforskriften i helse og omsorgstjenestene av 2002 og er tydeligere på toppledelsens ansvar for styring av helse og omsorgstjenestene. Den nye forskriften er strukturert ut ifra etablert teori om kvalitet og kvalitetsforbedring (planlegging, gjennomføring, evaluering, korrigering).

§6 Plikten til å planlegge

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten
- b) innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene

- c) ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten
- d) ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten
- e) planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt
- f) ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring
- g) ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

§ 7 Plikten til å gjennomføre

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres
- b) sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet
- c) utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- d) sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes
- e) sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.

§ 8 Plikten til å evaluere

Plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres
- b) vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- c) evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen
- d) vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer
- e) gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges
- f) minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

§ 9 Plikten til å korrigere

Plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold
- b) sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres.
- c) forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Følgende revisjonskriterier er utledet for denne problemstillingen:

- Ledelsen skal ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering
- Ledelsen skal utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak
- Ledelsen skal ha oversikt over avvik
- Ledelsen skal gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges
- Ledelsen skal sørge for korrigerende tiltak

Det er en nær sammenheng mellom forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten og kvalitetsforskriften, som pleie- og omsorgstjenestene er en del av. Forskriftene skal medvirke til at tjenester etter sosial- og helselovgivningen blir ivaretatt på en kvalitetsmessig måte.

Kvalitetsforskriften

Kvalitetsforskriftens §3 vektlegger at kommunen skal utarbeide et system av prosedyrer for å løse de oppgavene som fremkommer i bestemmelsen på en slik måte at de tilfredsstiller brukernes grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.

For å oppnå dette skal kommunen etablere et system av prosedyrer som sikrer at:

- Tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes.
- Det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten
- Brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.

For å løse de oppgavene som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie - og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. Med det menes bla:

- Oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
- Selvstendighet og styring av eget liv
- Fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- Sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- Følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold
- Mulighet for ro og skjermet privatliv
- Få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- Mulighet til selv å ivareta egenomsorg
- En verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser

- Nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- Nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene
- Tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov
- Tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- Tilpasset hjelp ved av- og påkledning
- Tilbud om eget rom ved langtidsopphold
- Tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter

Følgende revisjonskriterier er utledet for denne problemstillingen:

- Kommunen skal ha et system av prosedyrer som sikrer at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid og i henhold til individuell plan når slik finnes.
- Prosedyrene skal være tilgjengelige for de ansatte
- Kommunen skal ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring

Lov om pasient- og brukerrettigheter

Pasientrettighetsloven er en rettighetslov som gjelder for brukere av helsetjenester. Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Både kvalitetsforskriften og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten er virkemidler til å nå pasientrettighetslovens mål om at befolkningen i utgangspunktet skal ha lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet. Rett til medvirkning ved gjennomføring av helsehjelpen, samt valg av tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder, fremkommer av pasientrettighetsloven §3-1.

Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd. Ifht lovens §4-1 kan helsehjelp bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke.

Lovens kapittel 4A omhandler helsehjelp til pasienter over 16 år uten samtykkekompetanse, som motsetter seg helsehjelp mv (unntatt undersøkelse og behandling av psykisk lidelse

uten eget samtykke). Formålet med reglene i kapitlet er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang. Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så lang som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett.

Ihht § 4A-3 må tillitsskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette, før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg. Opprettholder pasienten sin motstand, eller vet helsepersonell at vedkommende med stor sannsynlighet vil opprettholde sin motstand, kan det treffes vedtak om helsehjelp dersom

- a) en unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig skade for pasienten, og
- b) helsehjelpen anses nødvendig, og
- c) tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen.

Ihht §4A-5 treffes vedtak om helsehjelp etter dette kapitlet av det helsepersonell som er ansvarlig for helsehjelpen. Vedtak kan bare treffes for inntil ett år av gangen. Dersom helsehjelpen innebærer et alvorlig inngrep for pasienten, skal vedtaket treffes etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell.

Vedtak om undersøkelse og behandling omfatter den pleie og omsorg som er nødvendig for å gjennomføre undersøkelsen og behandlingen. Dersom hovedformålet med helsehjelpen er pleie og omsorg, skal det treffes eget vedtak om dette. Dersom det er mulig, skal det innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket, før vedtak etter §4A-5 første og annet ledd treffes.

Ihht § 4A-6 skal pasienten og pasientens nærmeste snarest mulig underrettes om vedtak truffet etter § 4A-5. Underretningen skal opplyse om adgangen til å klage og til å uttale seg i saken.

Ihht § 4A-7 kan vedtak om helsehjelp etter § 4A-5 påklages innen tre uker til Fylkesmannen av pasienten eller pasientens nærmeste pårørende.

Ihht § 4A-9 gjelder Forvaltningsloven så langt den passer for vedtak etter § 4A-5, med de særlige bestemmelser som er gitt i kapittel 4A.

Revisjonskriterier som er utledet:

- Tillitsskapende tiltak skal ha vært forsøkt før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg
- Pasienten og pasientens nærmeste skal snarest mulig underrettes om vedtak truffet etter §4A-5

VEDLEGG 2 – HØRINGSSVAR

Hei.

Jeg har nå gått gjennom høringsutkast til forvaltningsrevisjonsrapport om internkontroll og kvalitet i pleie- og omsorg.

Rådmannen har følgende anmerkninger til foreløpig rapport:

Side 17, kap. 2.3.6 – 3. avsnitt; *Noen har hatt kurs/opplæring og fått passord, men ikke tatt det i bruk da det ikke har vært behov.* Her bør det rettes til at alle ansatte har fått tildelt passord. Dette gjøres når innloggingstilganger tildeles de ansatte. Angående intern opplæring på systemet, så har jeg ingen kunnskap om i hvor stor utstrekning dette er gjennomført, da dette ansvaret tilligger avdelingen/sektoren.

Side 19, kap. 2.4 siste 2 linjer; *...viser at dette kan skyldes både manglende tilgjengelighet og opplæring.* Her bør tilgjengelighet endres i tråd med første kommentar.

Side 23, kap. 3.3.2 – 2. avsnitt; *Tidligere PLO-leder sa at RM ikke har vært tilgjengelig for alle og at systemet ikke har vært oppdatert.* Dette bør rettes i tråd med ovenfor nevnte kommentarer, eller tas ut. Systemet har vært tilgjengelig for alle, og oppdatert så langt enheten selv har lagt inn den dokumentasjon man har ansett behov for. Så *systemet* i seg selv har alltid vært oppdatert, men det har antagelig manglet noe dokumentasjon.

Ut over dette ser rapporten ut til å være konsis og riktig, så langt undertegnede har innsikt i.

Mvh
Roar Leirset
Rådmann
Osen kommune



Postadresse: Postboks 2565, 7735 STEINKJER

Hovedkontor: Fylkets Hus, Steinkjer

Tlf. 907 30 300 - www.revisjonmidtnorge.no

Forvaltningsrevisjon Offentlige anskaffelser - Prosjektplan

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Osen kommune

Møtedato

16.02.2021

Saknr

04/21

Saksbehandler Liv Tronstad

Arkivkode FE - 217, TI - &58

Arkivsaknr 21/29 - 2

Forslag til vedtak

Kontrollutvalget slutter seg til prosjektplan for Forvaltningsrevisjon offentlige anskaffelser.

Saksopplysninger

Viser til kontrollutvalgets møtet 8. desember 2020 - sak 16/20 der kontrollutvalget gjorde slikt vedtak:

Kontrollutvalget vil gjennomføre forvaltningsrevisjon i 2021 i henhold til vedtatt plan for forvaltningsrevisjon – Offentlig anskaffelser i Osen kommune.

Kontrollutvalget ønsker svar på følgende spørsmål i forbindelse med forvaltningsrevisjon:

- o *Følger Osen kommune regelverket for offentlige anskaffelser?*
 - *I hvilken grad har kommunen kontrollrutiner som sikrer at regelverket følges i anskaffelser?*
 - *I hvilken grad følges regler om krav til konkurranse og etterprøvbarehet av konkurranse?*

Sekretær sender bestilling til Revisjon Midt-Norge SA i henhold til vedtak.

Utkast til prosjektplanen fra revisor beskriver bl.a. mandat, hvordan prosjektet er tenkt avgrenset, kilder til revisjonskriterier og metoder for innsamling av data. Revisor har også vurdert sin uavhengighet, og egenerklæring er vedlagt.

Det er et estimert timeforbruk på 250 timer. Leveringsdato er satt til 15. september i år.

Viser til kontrollutvalgets sak 02/21 om rapport av timeforbruk hos Revisjon Midt-Norge. For gjeldende planperiode (2020-2023) har kontrollutvalget i Osen 418 timer til gode pr 01.01.2021. Ved å gjennomføre dette prosjektet på 250 timer har kontrollutvalget kun 168 timer til gode.

Viser samtidig til sak 05/21 der kontrollutvalget tidligere har signalisert deltagelse i et fellesprosjekt om eierskapskontroll og forvaltningsrevisjon Brannvesenet Midt IKS.

Vurdering

Prosjektplanen vil bli gjennomgått av revisor i møtet. Kontrollutvalget har mulighet til å komme med innspill og forslag til endringer i prosjektplanen.

En gjør oppmerksom på at dersom kontrollutvalget skal gjennomføre både forvaltningsrevisjon offentlige anskaffelser og delta i fellesprosjektet om Brannvesenet Midt IKS (sak 05/21) er alle tilgjengelige timer/ressurser til eierskapskontroll og forvaltningsrevisjon hos revisor brukt opp for gjeldende planperiode.

Dersom utvalget er av den oppfatning at prosjektplanen er dekkende, og kontrollutvalget mener det er riktig bruk av revisor sine ressurser anbefales det kontrollutvalget å slutte seg til prosjektplanen.

Eierskapskontroll og forvaltningsrevisjon Brannvesenet Midt IKS - prosjektplan

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Osen kommune

Møtedato

16.02.2021

Saknr

05/21

Saksbehandler Liv Tronstad

Arkivkode FE - 037, TI - &58

Arkivsaknr 21/72 - 2

Forslag til vedtak

Saken legges frem til drøfting uten forslag til vedtak.

Saksopplysninger

Kommunestyret behandlet sak 40/20 *Risiko- og vesentlighetsvurdering for Osen kommune - plan for forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll i perioden 2021 – 2023* i møte den 26.08.20:

Kommunestyret vedtar punktene 1 og 2 i kontrollutvalget sitt vedtak i saken

1. *Plan for forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll for Osen kommune for perioden 2021 – 2023.*

Forvaltningsrevisjon:

2021:

a. Offentlig anskaffelser Følger Osen kommune lov og forskrift om offentlig anskaffelser.

b. Mobbing i skolen Håndteres mobbesaker iht gjeldende lover gitte retningslinjer

2022:

Internkontroll i Osen kommune, system Har Osen kommune et system for internkontroll som fungere for alle sektorer og er kjent for alle ansatte.

2023:

Kvalitetssikring i opplæring.

Eierskapskontroll:

2021:

Ingen eierskapskontroll.

2022:

Nord-Fosen utvikling AS Gjennomføres sammen med Åfjord kommune.

2023:

Brannvesenet Midt IKS Gjennomføres sammen med de andre eierne i selskapet.

2. *Kontrollutvalget gis myndighet til å endre plan for forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll i perioden 2021 – 2023.*

Viser til kontrollutvalgets møte den 08.12.20. Fra møtereferatet under posten *Drøftinger* står det:

- *Til kontrollutvalet i Osen:*

Brannvesenet Midt IKS er som kjent eit interkommunalt selskap med Lierne, Røyrvik, Snåsa, Steinkjer, Inderøy og Osen som eigarar. I Snåsa kommune sine planar for forvaltningsrevisjon og eigarskapskontroll er Brannvesenet Midt IKS prioritert først, og Snåsa kontrollutval gjorde dette vedtaket i sak 21/20 i møte 17.11.2020:

1. *Kontrollutvalget bestiller forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll av Brannvesenet Midt IKS.*
2. *Prosjektplan legges fram i neste møte. (10.02.2021)*
3. *Prosjektet bør inneholde ordinær eierskapskontroll og en forvaltningsrevisjonsdel som ser på akutt oppgaver, forebygging, feiertjeneste, forurensning, rekruttering og*

opplæring.

*Eg bed kontrollutvalet ta stilling til om det vil delta i dette prosjektet, og gjø
melding til Tor Arne Stubbe i Revisjon Midt-Norge SA.*

*Kontrollutvalget i Osen ønsker å delta – gjennomføre eierskapskontroll ved Brannvesenet
Midt IKS i 2021.*

Henvendelsen er besvart pr mail og sekretær følger opp saken primo 2021.

Tidligere sekretær for kontrollutvalget i Osen har på bakgrunn av dette den 09.12.20 sendt e-post til kontrollutvalget i Snåsa (med kopi til Revisjon Midt-Norge og ny sekretær). I denne e-posten står det bl.a.:

Forespørselen er drøftet av kontrollutvalget i møte 8. des 2020.

Kontrollutvalget i Osen har i sin plan for eierskapskontroll satt opp Brannvesenet Midt i 2023.

Tilbudet fra Snåsa er av interesse og kontrollutvalget i Osen vil delta i 2021 om flere av eierne blir med. (Flere å fordele kostnadene på.) Kontrollutvalget i Osen har myndighet til å endre plan for eierskapskontroll..., de må informere KST om at plan er/blir endret.

Utkast til prosjektplan er mottatt fra Revisjon Midt-Norge (se vedlegg). Denne skal behandles av kontrollutvalget i Snåsa den 11.02.21, og kan bli endret i deres møte.

Utkast til prosjektplanen beskriver bl.a. mandat, hvordan prosjektet er tenkt avgrenset, kilder til revisjonskriterier og metoder for innsamling av data. Revisor har også vurdert sin uavhengighet, og egenerklæring er vedlagt.

Det er utarbeidet følgende problemstillinger med underpunkt for prosjektet:

Eierskapskontroll:

1. Utøver kommunene eierskapet i Brannvesenet Midt IKS (BMI) i tråd med kommunestyrets vedtak og etablerte normer for god eierstyring?

Forvaltningsrevisjon:

2. Hvordan ivaretar BMI akuttoppgaver ved skadested knyttet til ulykker?
3. Hvordan ivaretar BMI det forebyggende arbeidet til eierkommuner?
 - Brannforebyggende arbeid, feiertjenester i hus og hytter
4. Hvordan har BMI lagt til rette for å håndtere akutt forurensing hos eierkommunene?
5. Har selskapets ansatte tilstrekkelig opplæring for å ivareta gitte oppgaver til eierkommunene?

Timeforbruk og frist for overlevering av rapport vil revisor komme tilbake til når det er avklart hvilke eierkommuner som ønsker å delta i prosjektet.

Et normalt anslag av timeforbruk er ca 100 timer til eierskapskontroll som er individuell for hver eierkommune, og ca 300 timer til forvaltningsrevisjon avhengig av prosjektets omfang. Timeforbruket til forvaltningsrevisjon skal fordeles mellom kommunene som deltar i prosjektet.

Dersom kontrollutvalget skal gjennomføre både forvaltningsrevisjon offentlige anskaffelser (se sak 04/21) og delta i dette fellesprosjektet er alle tilgjengelige timer/ressurser til eierskapskontroll og forvaltningsrevisjon hos revisor brukt opp for gjeldende planperiode (2020-2023), se sak 02/20.

Vurdering

Kontrollutvalget har tidligere signalisert at de ønsker å delta i et felles prosjekt sammen med flere av eierne/deltagerne i Brannvesenet Midt IKS, jf. kontrollutvalgets møte 08.12.20.

Deltagelse i et felles prosjekt vil normalt være besparende både for kontrollutvalget, revisjonen og selskapet, dersom flere deltagere/eiere slutter seg til dette. I tillegg vil de øvrige deltagerne oppfatte dette som solidarisk.

Kontrollutvalget er gitt myndighet til å omprioritere både innenfor eierskapskontroll og forvaltningsrevisjon. Kommunestyret bør likevel bli informert om en ev. omprioritering, da rekkefølgen for prosjektet avviker fra plan for eierskapskontroll og ikke omtalt i plan for forvaltningsrevisjon.

Prosjektplanen vil bli gjennomgått av revisor i møtet. Kontrollutvalget har mulighet til å komme med innspill til ytterligere problemstillinger til prosjektplanen, men kontrollutvalget må vurdere om det er riktig bruk av revisor sine ressurser i å delta i et fellesprosjekt (se kontrollutvalgets sak 02/21 og 04/21).

Saken legges frem til drøfting uten forslag til vedtak

Orientering fra rådmannen - Ansettelse i kommunen

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Osen kommune

Møtedato

16.02.2021

Saknr

06/21

Saksbehandler Liv Tronstad

Arkivkode FE - 033

Arkivsaknr 21/42 - 1

Forslag til vedtak

Kontrollutvalget tar den gitte informasjon til orientering.

Saksopplysninger

Viser til kontrollutvalgets sak 18/20 *Oppfølging politiske saker*, der kontrollutvalget gjorde slikt vedtak:

Administrasjon innkalles for å orientere om følgende tema/saker:

- *Rutiner i forbindelse med ansettelse i kommune. Fra utlysning til tilsetning?*

På bakgrunn av kontrollutvalgets vedtak er rådmannen bedt om å møte i kontrollutvalget og gi en orientering om kommunens rutiner for ansettelse i kommunen.

Vurdering

Kontrollutvalget kan ta opp ethvert forhold som dreier seg om kontrollarbeid, men skal ikke vurdere den politiske hensiktsmessigheten av de vedtak som er truffet av politiske organer eller vedtak truffet av administrasjonen, med hjemmel i delegert myndighet.

Kontrollutvalget anbefales å ta den gitte informasjon til orientering. På bakgrunn av den informasjonen som kommer frem har kontrollutvalget også mulighet til å knytte ytterligere kommentarer.

Kontrollutvalgets årsplan 2021

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Osen kommune

Møtedato

16.02.2021

Saknr

07/21

Saksbehandler Liv Tronstad

Arkivkode FE - 033

Arkivsaknr 21/38 - 1

Forslag til vedtak

Kontrollutvalget vedtar det fremlagte forslag til årsplan for sin virksomhet i 2021.

Vedlegg

Års- og møteplan 2021

Saksopplysninger

Årsplanen tar for seg både de lovpålagte oppgaver og andre oppgaver kontrollutvalget vil ta for seg som er definert som kontrollarbeid i 2021.

Kontrollutvalgets lovpålagte oppgaver

Kontrollutvalget skal føre løpende kontroll på vegne av kommunestyret. Kontrollutvalget skal påse at:

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

Regnskapsrevisjon

Utvalget skal påse at kommunens regnskaper blir revidert på en betryggende måte, at regnskapsrevisjonen blir utført i samsvar med lov, forskrift og kontrollutvalgets instruks og avtaler med revisor, og at regnskapsrevisjonen blir utført av revisorer som oppfyller kravene som blir stilt i lovverket.

Eksempler på saker som ivaretar dette er revisors uavhengighetserklæring, revisjonsstrategi, etterlevelseskontroll. Revisors beretning inngår i saken - kontrollutvalgets uttalelse til årsregnskapet.

Kontrollutvalgets uttalelse til årsregnskapet

Kontrollutvalget skal uttale seg om kommunens årsregnskap og årsberetning.

Rådmann og økonomisjef bør være til stedet i møtet når regnskap og årsberetning for foregående år behandles.

Forvaltningsrevisjon

Plan for forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll er vedtatt av kommunestyret i sak 40/20. Følgende er prioritert for forvaltningsrevisjon:

2021:

- Offentlig anskaffelser Følger Osen kommune lov og forskrift om offentlig anskaffelser.

b. Mobbing i skolen Håndteres mobbesaker iht gjeldende lover gitte retningslinjer
2022:

Internkontroll i Osen kommune, system Har Osen kommune et system for internkontroll som fungerer for alle sektorer og er kjent for alle ansatte.

2023:

Kvalitetssikring i opplæring.

Kontrollutvalget er gitt fullmakt til å gjøre endringer i planen

Kontrollutvalget skal påse at kommunestyrets vedtak ifm. forvaltningsrevisjoner blir fulgt opp av administrasjonen, og rapportere om dette tilbake til kommunestyret.

Eierskapskontroll

Plan for eierskapskontroll er vedtatt av kommunestyret i sak 40/20. Følgende er prioritert i for eierskapskontroll:

2021: Ingen eierskapskontroll.

2022: Nord-Fosen utvikling AS Gjennomføres sammen med Åfjord kommune.

2023: Brannvesenet Midt IKS Gjennomføres sammen med de andre eierne i selskapet.

Kontrollutvalget er gitt fullmakt til å gjøre endringer i planen.

Kontrollutvalget skal også her påse at administrasjonen setter i verk vedtak som er gjort av kommunestyret, og rapportere om dette tilbake til kommunestyret.

Budsjett for kontrollarbeidet

Kontrollutvalget skal hver høst sette opp forslag til årsbudsjett for revisjon, sekretariatet og kontrollutvalgets egen drift. Forslaget skal følge innstillingen til årsbudsjett etter kommuneloven § 14-3 til kommunestyret, se også § 2 i forskrift om kontrollutvalg og revisjon.

Rapportering til kommunestyret

Kontrollutvalget skal minst en gang i året rapportere om resultatene av sitt arbeid til kommunestyret (kontrollutvalgets årsrapport/årsmelding).

Annet kontrollarbeid, ikke lovpålagt

Orienteringer fra administrasjonen:

Dersom det er ønskelig av hensyn til behov for saksopplysninger, kan kontrollutvalget innkalle rådmannen i forbindelse med behandling av saker i møtene.

Kontrollutvalget kan også be om orienteringer på ulike fagområder for å øke kunnskapen om disse, uten at det nødvendigvis er knyttet til en spesifikk kontrollsak.

Det er tidligere ytret ønske om følgende orienteringer:

- Ansettelsespraksis I kommunen

Virksomhetsbesøk

For å ha god kjennskap til hele kommunen, kan kontrollutvalget besøke ulike virksomheter og ev. kommunale selskap.

Pga covid 19, vil ev. besøk måtte bli lagt opp som orientering fra virksomhet i 2021:

Gjennomførte tilsyn i kommunen

Flere statlige organer fører tilsyn med kommunen. Rapport etter slike tilsyn forsøkes lagt frem for kontrollutvalget til orientering.

Henveltelser fra publikum

Alle skriftlige henvendelser som kommer inn til sekretariatet blir vurdert, og gjort kjent for kontrollutvalget. Hvis saken er innenfor kontrollutvalgets virkeområde legges den frem som egen sak i kontrollutvalget.

Oppfølging av saker

For å kunne følge opp tidligere saker, vil utvalget en gang i året få lagt fram en slik sak. Denne kommer i tillegg til oppfølging av ev. gjennomførte forvaltningsrevisjoner og eierskapskontroller.

Kontakten med kommunestyret

Kontrollutvalget skal arbeide for å få en best mulig kommunikasjon med kommunestyret, både gjennom sakene kontrollutvalget oversender og ved ev. orienteringer om kontrollutvalgets virksomhet.

Kontrollutvalget er pliktig til å ta saker de får oversendt fra kommunestyret til behandling.

Kontrollutvalgets faglige oppdatering

Medlemmene i kontrollutvalget får årlig mulighet til å delta på kurs og konferanser som arrangeres både lokalt og nasjonalt. Som følge av Covid -19 kan mange av disse bli erstattet av digitale konferanser og kurs.

Av foreløpige kjente tilbud innenfor kontrollarbeid i 2021 nevnes her: ·

- NKRF kontrollutvalgskonferanse 21.-22. april på Gardermoen, ·
- FKT kontrollutvalgskonferanse 1.-2. juni i Ålesund ·
- Konsek-dagen i oktober/november

Media

Kontrollutvalget kan drøfte hvordan utvalget ønsker å presentere seg og sitt arbeid på kommunenes nettside og hvordan de vil og skal forholde seg til media.

Annet

Kontrollutvalget kan ta opp et hvert forhold ved kommunens virksomhet så lenge det kan defineres som kontrollarbeid, men skal ikke overprøve politiske prioriteringer som er foretatt av kommunens folkevalgte organer eller av administrasjonen etter delegert fullmakt.

Det er lagt opp til 5 møter i 2021.

Vurdering

Årsplan med møteplan som er utarbeidet for 2021 lister opp de faste oppgavene knytte til kontrollarbeidet, inkl. regnskapsrevisjon, forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll.

I tillegg kommer saker kontrollutvalget får oversendt fra kommunestyret eller fra revisor, tar opp på eget initiativ og saker kontrollutvalget tar opp på grunnlag av henvendelser utenfra.

Årsplan med møteplan skal ikke vedtas av kommunestyret, men kan sendes kommunestyret til orientering dersom kontrollutvalget ønsker det.

Års- og møteplan for kontrollutvalget 2021

Vedtatt av kontrollutvalget sak

Aktiviteter/saker	feb	apr	juni	sept	nov
	16.	27.	8.	28.	30.
Referatsaker	X	X	X	X	X
Orientering fra rådmann: - Ansettelsespraksis i kommunen - Årsregnskap 2020:	X	X			
Vedtaksoppfølging			X		
Årsmelding for kontrollutvalget					
Budsjett for kontrollutvalget				X	
Budsjettkontroll				X	
Revisjonsstrategi				X	
Oppdragsansvarlig regnskapsrevisors uavhengighetserklæring				X	
Etterlevelseskontroll			X	X	
Kontrollutvalgets uttalelse om årsregnskap og årsberetning		X			
Bestilling – forvaltningsrevisjon/ eierskapskontroll					
Prosjektplan – forvaltningsrevisjon/eierskapskontroll	X				
Rapport – forvaltningsrevisjon/ eierskapskontroll	X				X
Års- og møteplan	X				X
Godkjenning av møteprotokoll	X	X	X	X	X
Virksomhetsbesøk					

Møteprotokoll 16.02.2021

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Osen kommune

Møtedato

16.02.2021

Saknr

08/21

Saksbehandler Liv Tronstad

Arkivkode FE - 033, TI - &17

Arkivsaknr 21/80 - 1

Forslag til vedtak

Møteprotokollen fra dagens møte i kontrollutvalget, 15.02.2021, godkjennes.