



Utvalg: Kontrollutvalet
Møtestad: Kommunestyresalen, Rådhuset i Tysnes kommune
Dato: 28.11.2019
Tidspunkt: 10:00

Dersom nokon av medlemmene ikkje kan møte og må melde forfall, vert dei bedne om å gjere dette så tidleg som råd er ved å ringa til Helge Inge Johansen tlf. 402 03 664 eller til Hogne Haktorson, tlf. 911 05 982.

Til varamedlemar er denne innkallinga å sjå på som ei orientering.
Dersom det vert aktuelt at varamedlemar må møta, vil det bli gjeve nærmare beskjed.

I starten av møtet vert det gitt ein kort innføring av roller og ansvar for kontrollutvalet av sekretariatet.

Det er planlagt at Helge Inge Johansen møter frå sekretariatet, på dette møtet.

Lorentz Lunde
kontrollutvalsleiar

Hogne Haktorson
kontrollsjef

Helge Inge Johansen
spesialrådgjevar

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikkje underskrift.

Kopi: Ordførar
Revisor
Rådmann

Saksliste

Utvalgs- saksnr	Innhold	Lukket	Arkiv- saksnr
PS 41/19	Godkjenning av innkalling og sakliste		
PS 42/19	Godkjenning av møteprotokoll frå forrige møte		
PS 43/19	Informasjon til kontrollutvalet i starten av valperioden		2019/66
PS 44/19	Rutinar for kontrollutvalsarbeidet		2019/66
PS 45/19	Korleis melde avbod til møta i kontrollutvalet		2019/66
PS 46/19	Teieplikt for kontrollutvalet		2019/66
PS 47/19	Tilrådingar etter evaluering av arbeidet i kontrollutvalet i valperioden 2015 - 2019		2019/66
PS 48/19	Forvaltningsrevisjon av kapasitet og etterleving av rutinar og regelverk i pleie- og omsorgstenestene - revisjonsrapport		2019/21
PS 49/19	Rapport etter interimrevisjon 2019		2019/79
PS 50/19	Plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2020-2024 - forslag til prosjektplan		2019/70
PS 51/19	Plan for eigarskapskontroll for perioden 2020-2024 - forslag til prosjektplan		2019/71
PS 52/19	Gjennomgang av møteprotokollar frå andre politiske utval		2019/72
PS 53/19	Referatsaker		
RS 19/19	Invitasjon til NKRF-konferansen på Gardermoen 29. - 30.01.2020		2019/61
RS 20/19	Forum for Kontroll og Tilsyn - medlemsinformasjon november 2019		2019/18
PS 54/19	Eventuelt		

PS 41/19 Godkjenning av innkalling og sakliste

PS 42/19 Godkjenning av møteprotokoll frå forrige møte



Tysnes kommune

Sekretariat for kontrollutvalet

Arkivsak: 014
Arkivnr: 2019/66-4
Sakshandsamar: Helge Inge Johansen

Saksframlegg

Saksgang

Utval	Saknr.	Møtedato
Kontrollutvalet i Tysnes kommune	43/19	28.11.2019

Informasjon til kontrollutvalet i starten av valperioden

Bakgrunn for saka:

For at kontrollutvalet skal få så god start på valperioden som mogleg er det ein del informasjon som utvalet bør vera kjend med. Dette kan t.d. vera saker som det førre kontrollutvalet har starta opp, men som ikkje er ferdige, eller det kan vera gjeldande planar, budsjett ol.

Drøfting:

På bakgrunn av dette vert det gjeve ei kort orientering om desse dokumenta i dette møtet:

- Budsjettforslag 2020 for kontrollarbeidet
- Årsmelding for kontrollutvalet for 2018
- Gjeldande plan for forvaltningsrevisjon
- Gjeldande plan for selskapskontroll

Konklusjon:

Sekretariatet tilrår at informasjonen vert teken til orientering.

Forslag til vedtak

Informasjonen vert teken til orientering.

Besøksadresse: Agnes Mowinckelsgt. 5 - Postadresse: Postboks 7900. 5020 Bergen - Telefon 55 23 90 00

Mobil - E-postadresse: helge.inge.johansen@hfk.no eller kontrollutvalet@hfk.no

Bankironr. 5201 06 74239 - Foretaksnr. NO 938 626 367 mva.

Hogne Haktorson
kontrollsjef

Helge Inge Johansen
spesialrådgjevar

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikkje underskrift.

Vedlegg

- 1 Budsjet 2020 for kontrollutvalet
- 2 Årsmelding 2018 for kontrollutvalet
- 3 Gjeldande plan for forvaltningsrevisjon
- 4 Gjeldande plan for selskapskontroll

Budsjettforslag for kontrollutvalet i Tysnes kommune for 2020

Konto	Tekst	Rekneskap 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2020
10800	Godtgjersle folkevalde	kr 16 133	kr 23 656	kr 24 448
	Tapt arbeidsforteneste	kr -	kr 10 000	kr 10 000
	Feriepenger tapt arbeidsforteneste	kr -	kr 1 200	kr 1 200
	Delsum	kr 16 133	kr 34 856	kr 35 648
10990	Arbeidgiveravgift (AGA)	kr 1 710	kr 3 695	kr 3 779
	Delsum	kr 17 843	kr 38 551	kr 39 427
11001	Abonnement og faglitteratur	kr 15 375	kr 10 300	kr 11 500
11150	Matvarer / servering	kr 1 586	kr 3 000	kr 3 000
11500	Opplær./kursutg./folkev.opplæring	kr 2 709	kr -	kr 20 000
11600	Skyss- og kostgodtgjøring	kr -	kr -	kr 5 000
11955	Kontingentar	kr 3 500	kr 3 500	kr 3 500
13300	Kjøp av sekretariatstenester	kr 140 243	kr 140 125	kr 143 885
13700	Revisjonstenester	kr 434 375	kr 525 810	kr 697 591
12700	Ekstra tiltaksmidl./konsulenttenester	kr -	kr 30 000	kr -
	Delsum	kr 597 788	kr 712 735	kr 884 476
14290	Meirverdiavgift	kr 144 401	kr 177 009	kr 219 294
17290	Moms-kompensasjon	kr -144 401	kr -177 009	kr -219 294
17900	Internsal	kr -	kr -	kr -
	Total budsjetttramme	kr 615 631	kr 751 286	kr 923 903



TYSNES KOMMUNE

ÅRSMELDING 2018

FOR KONTROLLUTVALET I

TYSNES KOMMUNE



1 **Føremål og oppgaver for kontrollutvalet**

Føremålet med kontrollutvalet sitt arbeid er å medverke til at det vert allmenn tillit til at kommunen sine oppgaver vert løyst på best mogleg måte, og i samsvar med gjeldande lover og forskrifter. I «Forskrift om kontrollutval i kommunar og fylkeskommunar» finn ein i kap. 3 «Alminnelige regler om kontrollutvalgets ansvar og oppgaver». I § 4 står det mellom anna:

«Kontrollutvalget skal føre det løpende tilsyn og kontroll med den kommunale forvaltningen på vegne av kommunestyret, herunder påse at kommunen har en forsvarlig revisjonsordning.»

Opgåvene til utvalet omfattar alt innanfor tilsyn og kontroll, både rekneskapsrevisjon, forvaltningsrevisjon og selskapskontroll.

2 **Samansetjing av kontrollutvalet.**

Kontrollutvalet for perioden 2015 – 2019 er slik samansett :

Medlemmer :

1. Britt Sørensen Dalsgård, (Ap), leiar
2. Lorentz Lunde, (Krf), nestleiar
3. Patrick Russel Madsen (Ap)

4. Magne Ivar Fauskanger (Frp)
5. Kirsten Gunn Epland (H)

Varamedlemmer :

Vara for 1, 2 og 3:

1. Lars Enes, (Krf)
2. Lene Bergesen Kleppe, (Ap)
3. Inger Johanne Røssland (Ap)

Vara for 4 og 5:

1. Helge Hauge (Sp)
2. Linbjørg Lunde, (V)
3. Arne Onarheim, (H)

I følgje lova skal minst ein av medlemmane i kontrollutvalet og vera medlem av kommunestyret. Patrick Russel Madsen er kommunestyremedlem.

3 **Om verksemda til kontrollutvalet i 2018**

- Kontrollutvalet hadde 5 møter i 2018, og handsama 48 saker.
- Ordførar har møterett i kontrollutvalet og har møtt på dei fleste møta.
- Rådmann og andre tilsette i kommunen har møtt for å informera til kontrollutvalet, når dei har vorte innkalla.
- Revisjonen har og møtt på alle møta i kontrollutvalet.
- Kontrollutvalet har fått tilgang til den informasjonen det vart bede om.

4 **Sekretariatsordninga**

I kommunelova § 77 pk.10 står det at kommunestyret skal sørgja for sekretærbistand til kontrollutvalet. Sekretærfunksjonen kan ikkje leggast til kommunen sin administrasjon.

Utdrag frå § 20 i Forskrift om kontrollutvalg - «Kommunestyret skal sørge for at kontrollutvalget har sekretærbistand som til enhver tid tilfredstiller utvalgets behov. Sekretariatet skal påse at de saker som behandles av kontrollutvalget er forsvarlig utredet og et utvalgets vedtak blir iverksatt. Sekretariatet skal være uavhengig av kommunens administrasjon og av den eller de som utfører revisjon for kommunen. Sekretariatsfunksjonen kan ikke legges til kommunens administrasjon.»

Sekretariat for kontrollutvalet i Hordaland fylkeskommune utfører sekretariatstenesta for kontrollutvalet i Tysnes kommune. Kari Nygard har utført sekretæroppgåver på kontrollutvalsmøta.

Sekretariat for kontrollutvalet i Hordaland fylkeskommune er også sekretariat for kontrollutvalet i fylkeskommunen, samt kontrollutvala i desse kommunane: Tysnes, Stord, Kvinnherad, Bømlo, Fitjar, Ulvik, Eidfjord, Kvam, Ullensvang, Odda, Voss, Fusa, Øygarden, Sund, Samnanger, Askøy og Vaksdal. Sekretariatet utfører og sekretariatstenester for kontrollutvalet i Bergen Kirkelige Fellesråd.

Avtale om sekretariatstenester for kontrollutvalet i Tysnes kommune gjeld frå 01.01.2017 til 30.06.2020, med opsjon på ytterlegare 2 år.

5 **Revisjonstenesta**

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

Deloitte AS er revisor for Tysnes kommune. Noverande avtale gjeld fram til og med 30.06.2020. Deloitte har lagt fram revisjonsmelding, slik kravet er, samt rapportar og annan informasjon om revisjonen sitt arbeid.

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

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

6 **Arbeid med forvaltningsrevisjon.**

Plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2016 – 2020

Forskrift om kontrollutval i kommunar og fylkeskommunar § 10 om Plan for gjennomføring av forvaltningsrevisjon lyd slik:

”Kontrollutvalget skal minst én gang i valgperioden og senest innen utgangen av året etter at kommunestyret eller fylkestinget er konstituert, utarbeide en plan for gjennomføring av forvaltningsrevisjon. Planen vedtas av kommunestyret eller fylkestinget selv som kan delegera til kontrollutvalget å foreta endringer i planperioden. Planen skal baseres på en overordnet analyse av kommunens eller fylkeskommunens virksomhet ut fra risiko- og vesentlighetsvurderinger, med sikte på å identifisere behovet for forvaltningsrevisjon på de ulike sektorer og virksomheter.”

Plan for forvaltningsrevisjon vart vedteken, med nokre endringar i rekkefølge på prioriterte prosjekt, i kommunestyremøte 13.12.2016.

6.1 **Gjennomførte forvaltningsrevisjonsprosjekt i 2017.**

Forvaltningsrevisjon av helsestasjons- og skulehelseteneste

Kontrollutvalet drøfta i sitt første møte i 2018, 06.02.18, sak vedr. «Oppstart av prosjekt innan forvaltningsrevisjon». Det blei i møtet gjeve ei grunding orientering til kontrollutvalet om dei prosjekta som var aktuelle. Dei prosjekta som var mest aktuelle var:

- Forvaltningsrevisjon av helsestasjon og skulehelseteneste
- Forvaltningsrevisjon av kapasitet og etterleving av rutinar og regelverk innan pleie- og omsorgstenestene

Kommunestyret hadde og gjort vedtak om at kontrollutvalet burde vurdere konkurranseutsetting av forvaltningsrevisjonsprosjekt, og utvalet drøfta også dette grundig.

Kontrollutvalet fatta slikt vedtak i møte 06.02.18.:

1. «Kontrollutvalet har vurdert konkurranseutsetting av arbeid med forvaltningsrevisjon prosjekt for prosjekt. I vedteken plan for forvaltningsrevisjon for valperioden er det lista opp fire prioriterte prosjekt. Ingen av dei er gjennomført. Utvalet ser at resultatet av å konkurranseutsetja dette arbeidet nå, ville vera at ein heller ikkje får gjennomført noko forvaltningsrevisjonsprosjekt i 2018. Kontrollutvalet vil prioritera å få gjennomført eit prosjekt i 2018.
2. Kontrollutvalet vil gjennomføra forvaltningsrevisjon innan helsestasjon og skulehelseteneste.

3. *Deloitte vert beden om å levera forslag til prosjektplan i tråd med dei føringar utvalet har gjeve, inkl. føremål, problemstillingar, evt. avgrensingar og ressursbruk.*
4. *Forslag til prosjektplan vert å levera til sekretariatet seinast innan 27.02.18 og skal godkjennast i neste møte i kontrollutvalet.»*

Prosjektplan for forvaltningsrevisjonen blei godkjent i kontrollutvalet i møte 03.04.18.

Arbeidet blei starta opp i april 2018 og avslutta i november 2018. Kontrollutvalet fekk løypemeldingar undervegs om arbeidet. Rapport etter forvaltningsrevisjonen blei sendt til kontrollutvalet, som handsama rapporten i sitt møte 29.11.18. Kontrollutvalet innstilte til kommunestyret i saka, og kommunestyret gjorde vedtak i møte 12.12.18 som var i tråd med innstillinga frå kontrollutvalet.

Vedtak:

«På bakgrunn av forvaltningsrevisjon innan Helsestasjons – og skulehelsetenesta i Tysnes kommune ber kommunestyret rådmannen syta for:

1. *at det blir etablert eit heilskapleg styringssystem for helsestasjons- og skulehelsetenesta, som omfattar alle pålagde krav knytt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere verksemda. Under dette mellom anna:

 - a. *Tydeleg fordeling av roller og ansvar*
 - b. *System for å ha oversikt over medarbeidarane sin kompetanse og behov for opplæring*
 - c. *System for å få oversikt over område i verksemda der det er risiko for svikt eller manglar*
 - d. *System for å få oversikt over avvik, under dette uønska hendingar*
 - e. *Prosedyrar og rutinar knytt til sentrale arbeidsoppgåver*
 - f. *System for å gjere bruk av erfaringar frå pasientar, brukarar og pårørande**
2. *å avklare kva rolle psykisk helsearbeidar barn og unge skal ha i skulehelsetenesta, og kva regelverk og retningsliner vedkomande skal rette seg etter i sitt arbeid.*
3. *systematiske vurderingar av ressursbruken i helsestasjons- og skulehelsetenesta, for å sikre at ressursane er tilstrekkelege i forhold til dei oppgåvene som skal utførast. ”*
4. *at barn og ungdom i Tysnes kommune vert sikra eit lett tilgjengeleg lågtterskeltilbod i helsestasjon, skulehelseteneste og helsestasjon for ungdom*
5. *at skulehelsetenesta har eit systemretta samarbeid med skulane som er i samsvar med anbefalingane i nasjonale faglege retningsliner.*
6. *at sterke anbefalingar i nasjonale faglege retningsliner blir etterlevd, og sørgjer for at eventuelle avvik blir grunngitt og dokumentert.*
7. *Å laga ein prioritert handlingsplan til kontrollutvalet innan 01.04.2019 som viser kva tiltak som skal setjast i verk for å følgja opp tilrådingane i rapporten, når tiltaka skal setjast i verk og kven som skal ha ansvaret for iverksettinga.»*

Kontrollutvalet vil følgja opp kommunestyret sitt vedtak og etterspørja informasjon om arbeid med oppfølging av dei tiltaka som er påpeika i forvaltningsrevisjonen.

6.2 Oppfølging av tidlegare gjennomførte forvaltningsrevisjonsprosjekt. Forvaltningsrevisjon av plan- og byggesaker i Tysnes kommune.

Forvaltningsrevisjon er eit verktøy som kommunestyret og kontrollutvalet skal nytta for å sikre at kommunen på best mogleg måte tek omsyn til innbyggjarane sine behov og rettar. Forvaltningsrevisjon er ein av dei pålagde oppgåvene til kontrollutvalet. I forskrift for kontrollutval står det at *«Kontrollutvalget skal påse at kommunens eller fylkeskommunens virksomhet årlig blir gjenstand for forvaltningsrevisjon.»*

Det har tidlegare blitt gjennomført forvaltningsrevisjon av tenestområdet plan- og byggesaker i Tysnes kommune. Kontrollutvalet har etterspurd informasjon om oppfølgingarbeidet. Det er gjeve informasjon om system / internkontrollsystem og rutiane ein nå har teke i bruk i byggesakshandsaminga, samt arbeid med tilpassing til regelverk og offentlege malar.

Status for oppfølgingsarbeid etter forvaltningsrevisjon av tenesteområdet plan- og byggesak blei handsama i møte i kontrollutvalet 29.11.18. Det vart gjort slikt vedtak:

«Kontrollutvalet seier seg nøgd med det som kjem fram i tilbakemeldinga frå rådmannen når det gjeld oppfølging etter forvaltningsrevisjon av plan- og byggesaker og seier seg ferdig med saka.

Når E-Byggesak er teke i bruk i kommunen ber kontrollutvalet om at det vert gjeve ei orientering om erfaringar med å ta systemet i bruk.»

7 Arbeid med selskapskontroll

Forskrift om kontrollutval i kommunar og fylkeskommunar § 13 Selskapskontroll lyd slik:

”Kontrollutvalget skal påse at det føres kontroll med forvaltningen av kommunens eller fylkeskommunens interesser i selskaper m.m. Kontrollutvalget skal minst én gang i valgperioden og senest innen utgangen av året etter at kommunestyret eller fylkestinget er konstituert, utarbeide en plan for gjennomføring av selskapskontroll. Planen skal baseres på en overordnet analyse av kommunens eller fylkekommunens eierskap ut fra risiko- og vesentlighetsvurderinger, med sikte på å identifisere behovet for selskapskontroll på de ulike sektorer og med de ulike selskapene. Planen skal vedtas av kommunestyret eller fylkestinget selv som kan delegeres til kontrollutvalget å foreta endringer i planperioden.»

Planen for selskapskontroll vart vedteken i kommunestyremøte 13.12.2016.

7.1 Gjennomførte selskapskontrollar, oppfølgingsarbeid og bedriftsbesøk.

Kontrollutvalet har ikkje gjennomført selskapskontroll eller bedriftsbesøk i 2018 i nokon av dei selskap som kommunen har eigarskap i.

7.2 Eigarskapsmelding for Tysnes kommune 2013 - 2015

Eigarskapsmeldinga for Tysnes kommune blei vedteke i kommunestyret 18.06.13. Arbeidet med denne meldinga er med på å gje eit godt grunnlag for å utøva eigarskapen som kommunen har på ein tilfredstillande måte. Kontrollutvalet vil halda seg orientert om arbeidet med å følgja opp eigarskapsmelding for Tysnes kommune vidare framover, bl.a. bør kontrollutvalet etterspørja kva tid det er tenkt å laga ny eigarskapsmelding..

8 Forum for kontroll og tilsyn (FKT)

FKT er ein landsomfattande organisasjon som har som oppgåve å vera møte- og kompetanseplass for kontrollutvala og deira sekretariat. Kontrollutvalet i Tysnes kommune er medlem i FKT. FKT har utarbeida ein vegleiar til «Kva kan ein forvente av oppgåveutføring og kompetanse frå sekretariatet» i 2018. Kontrollutvalet i Tysnes kommune gav uttale til forslag til vegleiar. Nyheitsbrev frå FKT med aktuelle tema for kontrollutvalet sitt arbeid er og lagt fram som melding til kontrollutvalet.

9 Opplæring

Kontrollutvalet har arrangert kurs i regi av Deloitte. Ein kursdag pr. år inngår i fastprisavtalen med revisor. Det vart arrangert kurs med tema «Samfunnsansvar og antikorrupsjon» i samband med kommunestyremøte 25.09.18.

Ein av kontrollutvalet sine medlemmer deltok på seminar «Folkevaldopplæring» på Solstrand i januar 2018.

10 Tysnes kommune si heimeside og bruk av elektronisk møteinnkalling.

Informasjon om kontrollutvalet på heimesida til Tysnes kommune er lagt til rette på ein god måte. Kontrollutvalet brukar lese Brett på møta sine, og får innkalling til møta elektronisk. For å nytta denne arbeidsmåten i politiske utval er det ein føresetnad at heimesida er godt tilrettelagt, og at innkallingar og protokollar vert lagt ut.

Innkallingar og protokollar for kommunestyret, formannskap og hovudutval, der ein kan henta ut relevant informasjon for kontroll- og tilsynsarbeidet, er ikkje tilrettelagt på ein optimal måte med omsyn til å henta ut informasjon. Til tider er det utfordrande å finna aktuelle saker og vedtak som skal meldast vidare til kontrollutvalet. Ein bør arbeida vidare med å få på plass gode rutinar for dette.

- 11** **Arbeid med rekneskapsrevisjon og den økonomiske situasjonen i Tysnes kommune.**
Kontrollutvalet gav sin uttale til Tysnes kommune sin årsrekneskap for 2017 i møte 03.05.18.
Oppsummering/tilrådingar frå kontrollutvalet:
- Kontrollutvalet merkar seg at det økonomiske driftsresultatet for 2017 er tilfredstillande, og ligg over gjennomsnittet i landet, og også over TBU sine tilrådingar.
 - Kontrollutvalet vil og peika på at kommunen har eit tilfredstillande nivå i 2017 på disposisjonsfond, men at kommunen ligg noko høgt når det gjeld lånegjeld.
 - Kontrollutvalet vil presisera at tilrådingar frå revisor i revisjonsrapport nr. 6 må følgjast opp.
 - Utvalet har ellers ingen ting å merka til måten rekneskap og årsmelding for Tysnes kommune for 2017 er lagt fram på.

- 12** **Tilsyn frå Fylkesmannen og klagesaker til Fylkesmannen.**
Når til dømes Fylkesmannen gjennomfører tilsyn i kommunane, vert det utarbeida rapport etter tilsynet, som vert sendt til kommunen. I rapportar etter slik gjennomgang av tenesteområde, gjev Fylkesmannen tilråding, melding eller pålegg til kommunen om kva som bør følgjast opp innanfor saksfeltet. Når påpeikingane er følgd opp og utført på ein tilfredstillande måte, sender Fylkesmannen melding om at tilsynssaka er avslutta. Kontrollutvalet ser det som ei av sine oppgåver å følgja med i slike tilsynssaker.

I dette oversynet er også klagesaker som er sendt til Fylkesmannen teke inn.

Oversyn tilsyn- og klagesaker:

Helse og sosial:

Tysnes omsorgssenter – mattilsynet
MAKA kafe – dagsenteret – mattilsynet

Det har vore to forvaltningsklager:

1 klagesak institusjonsplass motteke 18.12.17, sendt til Fylkesmannen, motteke svar tilbake av 12.03.18.

1 klagesak institusjonsplass motteke 18.12.18, sendt til Fylkesmannen 18.01.19.

Oppvekst:

Barnehagane:

- Alle barnehagane har skriftleg tilsyn kvart år.
- Vågsmarka og Lunde barnehage: Stadleg tilsyn. Emne: Barnehagelova
- Tilrettelegging for barn med særskilte behov. § 19 a i Barnehagelova

Skulane:

- Tysnes skule. 2017/2018: Rett til gratis grunnskuleopplæring.
- Tysnes skule: Gjennomføring av nasjonale prøver 2017.

Barn og familie:

- Ang. klagesaker på barnevern, så vart det klagd inn ei sak til Fylkesmannen i november /desember 2018. På bakgrunn av denne klagen er det opna tilsynssak, som pr d.d ikkje er lukka.

Klagesaker:

- Barnehagemiljø, Onarheim barnehage.
- Særskild norskopplæring -- morsmålsopplæring, Uggdal skule

13 Andre saker / orienteringssaker i kontrollutvalet i 2018.

- Orienteringssak om bemanningssituasjonen i pleie- og omsorgssektoren
- Kontrollrapport og årsmelding vedr. skatteoppkrevjarfunksjonen for Tysnes kommune
- Orientering om etikkarbeid i Tysnes kommune.
- Orienteringssak om ny personvernlov frå 2018 – konsekvensar for kommunane
- Årsmelding for kontrollutvalet for 2017
- Budsjettframlegg for kontrollutvalet sitt ansvarsområde, og budsjettstatus for KUV-budsjett, undervegs i året
- Tertialrapportar for kommunerekneskapen og finansforvaltningsrapportar
- Orientering om organisering og tilrettelegging av PPT-tenester i Tysnes kommune
- Orientering om inngått samarbeidsavtale med Bergen Barnevern.
- Meldingar om innkallingar til representantskapsmøter / generalforsamlingar til selskap der kommunen har eigarinteresser
- Utvalet har og som faste punkt på saklista – referatsaker og gjennomgang av møteprotokollar frå kommunestyret, formannskapet og hovudutvala.

Tysnes 05.03.2019

Britt Sørensen Dalsgård
leiar i kontrollutvalet

Tysnes kommune Plan for forvaltningsrevisjon 2016 – 2020



November 2016

Innhold

1	Innleiing	5
1.1	Krav til forvaltningsrevisjon	5
1.2	Plan for forvaltningsrevisjon	5
1.3	Risiko- og vesentleganalyse	6
2	Forvaltningsrevisjonsprosjekt 2016-2020	7
2.1	Gruppe 1 – prioriterte prosjekt	7
2.2	Gruppe 2 – uprioriterte prosjekt	8
3	Gjennomføring av forvaltningsrevisjon	9
3.1	Framgangsmåte	9
3.2	Gjennomføring og rapportering	9

1 Innleiing

1.1 Krav til forvaltningsrevisjon

Ifølgje kommunelova § 77 skal kontrollutvalet sjå til at det blir gjennomført forvaltningsrevisjon i kommunen.¹ Det er revisor som utfører forvaltningsrevisjon på vegne av kontrollutvalet.

Forskrift om revisjon § 7 om forvaltningsrevisjonen sitt innhald:

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

- a) forvaltningen bruker ressurser til å løse oppgaver som samsvarer med kommunestyrets vedtak og forutsetninger,*
- b) forvaltningens ressursbruk og virkemidler er effektive i forhold til målene som er satt på området,*
- c) regelverket etterleves,*
- d) forvaltningens styringsverktøy og virkemidler er hensiktsmessige,*
- e) beslutningsgrunnlaget fra administrasjonen til de politiske organer samsvarer med offentlige utredningskrav,*
- f) resultatene i tjenesteproduksjonen er i tråd med kommunestyrets eller fylkestingets forutsetninger og/eller om resultatene for virksomheten er nådd.*

1.2 Plan for forvaltningsrevisjon

Kva forvaltningsrevisjonsprosjekt kommunen ønskjer å gjennomføre skal gå fram av ein plan for forvaltningsrevisjon. Plan for forvaltningsrevisjon er heimla i forskrift om kontrollutval. I forskrifta står det:

Kontrollutvalget skal minst én gang i valgperioden og senest innen utgangen av året etter at kommunestyret eller fylkestinget er konstituert, utarbeide en plan for gjennomføring av forvaltningsrevisjon. Planen vedtas av kommunestyret, som kan delegere til kontrollutvalget å foreta endringer i planperioden.

Planen skal baseres på en overordnet analyse av kommunens eller fylkeskommunens virksomhet ut fra risiko- og vesentlighetsvurderinger, med sikte på å identifisere behovet for forvaltningsrevisjon på de ulike sektorer og virksomheter.²

¹ Kommuneloven § 77. Kontrollutvalet

² Forskrift om kontrollutval i kommunar og fylkeskommunar § 10

1.3 Risiko- og vesentleganalyse

Føremålet med den overordna risiko- og vesentleganalysen har vore å framskaffe relevant informasjon om kommunen si verksemd, slik at det er mogleg for kontrollutvalet å prioritere mellom ulike område kor det kan vere aktuelt å gjere forvaltningsrevisjon og å utarbeide ein plan for forvaltningsrevisjon.

Den overordna analysen skal avdekkje indikasjonar på avvik eller sårbare område i forvaltninga, sett i høve til regelverk, politiske mål og vedtak. I denne samanhengen viser «risiko» til kor sannsynleg det er og konsekvensane av at det kan førekomme avvik frå til dømes regelverk, mål, vedtak og andre føringar som kommunen har sett for verksemda. Risiko blir vurdert innanfor alle av kommunen sine tenesteområde. På bakgrunn av risikoanalysen er det utarbeidd forslag til forvaltningsrevisjonsprosjekt, og kontrollutvalet har vurdert dei ulike områda opp mot kvarandre for å avgjere kva områder dei meiner det er mest vesentleg å undersøke.³

Data som ligg til grunn for risiko- og vesentleganalyse, og for utveljing og prioritering av prosjekt, er samla inn gjennom fleire aktivitetar som har involvert både politisk leiing, administrativt leiing og kontrollutvalet. Mellom anna har følgjande aktivitetar blitt gjennomført:

- Dokument- og statistikkanalyse.
- Prosessmøte i kontrollutvalet.
- Spørjeundersøking til tilsette i kommunen.
- Intervju med administrative og politiske leiarar i kommunen.

Informasjon som har blitt samla inn gjennom desse aktivitetane har gitt ei god oversikt over risikoområda innanfor dei ulike sektorane i kommunen. Analysen er samla i eit analysegrunnlag som ligg til grunn for utveljing og prioritering av forvaltningsrevisjonsprosjekt.



³ For en nærare presentasjon av overordna analyse, sjå "Kontrollutvalgsboken" (KRD, 2011) kapittel 6 (tilgjengeleg på http://www.regjeringen.no/nb/dep/krd/dok/veiledninger_brosjyrer.html?id=2129)

2 Forvaltningsrevisjonsprosjekt 2016-2020

Under er forvaltningsrevisjonsprosjekta presentert i prioritert rekkefølge. Forvaltningsrevisjonsprosjekta er delt i to grupper: ei prioritert liste med dei viktigaste prosjekta, samt ei uprioritert liste med prosjekta som er vurdert å ha lågare risiko og vesentlegheit. Kor mange prosjekt som vil bli gjennomført i perioden avhenger av kontrollutvalet sitt budsjett og omfanget til prosjekta.

Under kvart prosjekt er det føreslått relevante tema i samsvar med den analysen som har blitt gjennomført. Endeleg utforming av problemstillingar og timeomfang vil bli gjort i samband med den einskilde bestilling av forvaltningsrevisjonsprosjekt.

2.1 Gruppe 1 – prioriterte forvaltningsrevisjonsprosjekt

Prosjekt	Tema
1 Forvaltningsrevisjon av helsestasjon og skulehelseteneste	<ul style="list-style-type: none">• Ressursbruk• Kapasitet til å sikre tenester• System og rutinar• Etterleving av forskrift om kommunen sitt helsefremmande og førebyggjande arbeid i helsestasjons- og skulehelsetenesta
2 Forvaltningsrevisjon av informasjonstryggleik og personvern	<ul style="list-style-type: none">• Offentleglova• Forskrift om handsaming av personopplysningar• Risikovurderingar og tiltak• Opplæring
3 Forvaltningsrevisjon av sakshandsaming og etterleving av forvaltningslova og tilbod til minoritetsspråklege elevar i grunnskulen	<ul style="list-style-type: none">• Rutinar for sakshandsaming• Etterleving av forvaltningslova• Opplæring• Ressursar• Organisering
4 Forvaltningsrevisjon av kapasitet og etterleving av rutinar og regelverk innan pleie og omsorgstenestene	<ul style="list-style-type: none">• Kjennskap til og etterleving av rutinar• Etterleving av kvalitetsforskrifta• Sikring av kapasitet og kompetanse

2.2 Gruppe 2 – uprioriterte forvaltningsrevisjonsprosjekt

Prosjekt
Forvaltningsrevisjon av barnevern
Forvaltningsrevisjon av samarbeid mellom tenester om barn og unge med særlege behov
Forvaltningsrevisjon av flyktingtenesta
Forvaltningsrevisjon av skulane sitt system for å sikre eigenvurdering for elevane
Forvaltningsrevisjon av NAV – sosialtenesta
Forvaltningsrevisjon av kontraktsoppfølging
Forvaltningsrevisjon av samfunnstryggleik og beredskap
Forvaltningsrevisjon av sjukefråvær og inkluderande arbeidsliv
Forvaltningsrevisjon av landbrukskontoret
Forvaltningsrevisjon av styring og brukarmedverknad i investeringsprosjekt

Dersom kommunestyret ber kontrollutvalet gjennomføre ein forvaltningsrevisjon, eller kontrollutvalet gjer risiko- og vesentlegvurderingar som tilseier at andre område bør prioriterast, kan kontrollutvalet avvike frå vedteke plan for forvaltningsrevisjon. Dersom kontrollutvalet finn det føremålstenleg kan plan for forvaltningsrevisjon rullerast i løpet av perioden.

3 Gjennomføring av forvaltningsrevisjon

3.1 Framgangsmåte

Kva metodar som blir brukt for datainnsamling i dei ulike forvaltningsrevisjonsprosjekta er avhengig av endelege problemformuleringar i dei einssilde prosjekta. Generelt blir det brukt ein kombinasjon av fleire metodar for å sikre tilstrekkelig breidd i datamaterialet til å kunne utføre ein heilskapleg analyse og vurdering. Ei slik metodetriangulering medverkar også til kvalitetssikring ved at ein kan samanlikne funn frå dei ulike tilnærmingane.

Moglege metodar for datainnsamling og -analyse kan vere:

- Dokumentanalyse
- Elektroniske spørjeskjema
- Intervju
- Dataanalyse
- Testing av kontrollar og rutinar

Det sentrale for å kunne gjennomføre vellykka forvaltningsrevisjonsprosjekt er at kontrollutvalet saman med revisjonen avgrensar og definerer prosjekta ved hjelp av å konkretisere føremål, kva problemstillingar som skal bli undersøkte og kva revisjonskriterium⁴ ein forventar at revisor skal leggje til grunn. Dette kan gjerast ved bestilling av dei einssilde prosjekta. Før ein forvaltningsrevisjon startast opp, skal kontrollutvalet godkjenne ein prosjektplan som skildrar korleis prosjektet skal gjennomførast.

3.2 Gjennomføring og rapportering

Revisjonen vil alltid starte ein forvaltningsrevisjon med å sende eit oppstartsbrev med informasjon om prosjektet til rådmannen. Rapporten vil også bli sendt til høyring til rådmannen før den blir lagt fram for kontrollutvalet. Etter at kontrollutvalet har handsama rapporten blir det utarbeidd ei innstilling som blir oversendt kommunestyret saman med rapporten. Det er kontrollutvalet si oppgåve å sjå til at kommunestyret sitt vedtak knytt til handsaminga av rapportar om forvaltningsrevisjon blir følgd opp.

⁴ Normer og standardar som forvaltninga blir vurdert opp mot (vedtak, regelverk, mål)

Deloitte refers to one or more of Deloitte Touche Tohmatsu Limited, a UK private company limited by guarantee, and its network of member firms, each of which is a legally separate and independent entity. Please see www.deloitte.no for a detailed description of the legal structure of Deloitte Touche Tohmatsu Limited and its member firms.

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

© 2016 Deloitte AS

Tysnes kommune Plan for selskapskontroll 2016 – 2020



November 2016

Innhold

1	Innleiing	5
1.1	Krav til selskapskontroll	5
1.2	Plan for selskapskontroll	5
1.3	Former for selskapskontroll	6
1.4	Risiko- og vesentleganalyse	6
2	Oversikt over selskap	8
2.1	Oversikt over selskap omfatta av kommunelova § 80	8
2.2	Oversikt over selskap som ikkje er omfatta av kommunelova § 80	9
3	Selskapskontroll 2016-2020	11
4	Gjennomføring av selskapskontroll	12
4.1	Framgangsmåte	12
4.2	Gjennomføring og rapportering	12

1 Innleiing

1.1 Krav til selskapskontroll

Ifølgje kommuneloven § 77 nr. 5 skal kontrollutvalet sjå til at det blir ført kontroll med forvaltninga av kommunen sine eigarinteresser.

I forskrift om kontrollutvalg i kommuner og fylkeskommuner § 14 står det:

Kontrollutvalget skal påse at det gjennomføres kontroll med forvaltningen av eierinteressene i de selskaper som er omfattet av slik kontroll, herunder å kontrollere om den som utøver kommunens eller fylkeskommunens eierinteresser i selskaper gjør dette i samsvar med kommunestyrets/fylkestingets vedtak og forutsetninger (eierskapskontroll). Selskapskontrollen kan også omfatte forvaltningsrevisjon, jf. forskrift om revisjon i kommuner og fylkeskommuner kap. 3.

1.2 Plan for selskapskontroll

Etter § 13 i forskrift om kontrollutval i kommunar og fylkeskommunar skal kontrollutvalet;

... minst én gang i valgperioden og senest innen utgangen av året etter at kommunestyret eller fylkestinget er konstituert, utarbeide en plan for gjennomføring av selskapskontroll. Planen skal baseres på en overordnet analyse av kommunens eller fylkeskommunens eierskap ut fra risiko- og vesentlighetsvurderinger, med sikte på å identifisere behovet for selskapskontroll på de ulike sektorar og med de ulike selskapene. Planen vedtas av kommunestyret, som kan delegera til kontrollutvalget å foreta endringer i planperioden.

Innhaldet i § 13 i forskrifta må sjåast i samanheng med kommunelova § 80, som omhandlar kva selskap kontrollutvalet og kommunen sin revisor har full innsynsrett i. Det går fram av § 80, 1. ledd at innsynsretten er avgrensa til:

- interkommunale selskap,
- aksjeselskap kommunen eig aleine eller saman med andre kommunar eller fylkeskommunar,
- heileigde dotterselskap til slike selskap.

Sjølv om innsynsretten er meir avgrensa, vil kontrollansvaret også omfatte selskap og verksemder som ikkje kjem inn under kommunelova § 80. Dette er:

- selskap der kommunen har aksjar, men der det også er private aksjeeigarar.

1.3 Former for selskapskontroll

Det er to former for selskapskontroll: obligatorisk eigarskapskontroll og valfri forvaltningsrevisjon.

1.3.1 Obligatorisk eigarskapskontroll

Eigarskapskontroll omfattar berre kommunen si eigarskapsforvaltning, og krev ikkje innsyn i enkeltvise selskap. Slike selskapskontrollar kan anten omfatte kommunen si oppfølging av heile eigarskapsporteføljen eller kommunen si eigarskapsoppfølging av enkeltvise selskap. Eigarkontrollen kan for eksempel omfatte:

- kontroll av at kommunen har tilstrekkeleg oversikt og kontroll med eigarskapa
- kontroll av at eigarskapa er føremålstenlege i forhold til føremål og type verksemd
- kontroll av val og opplæring av eigarrepresentantar
- kontroll av at den som forvaltar kommunen sine eigarinteresser opptre i samsvar med kommunen sine vedtak og føresetnader



1.3.2 Valfri forvaltningsrevisjon

Selskapskontroll kan også gjennomførast som ein forvaltningsrevisjon av utvalde selskap. Det er ikkje pålagt å gjennomføre forvaltningsrevisjon i selskapa, men kommunen kan gjennomføre forvaltningsrevisjonar dersom vurdering av risiko og vesentlegheit tilseier det. Forvaltningsrevisjon omfattar systematiske vurderingar av økonomi, produktivitet, måloppnåing og verknad ut frå kommunestyret sine vedtak og føresetnader. Ein forvaltningsrevisjon av eit selskap kan for eksempel omfatte:

- kontroll av om selskapet etterlev krav og føringar frå eigarane
- kontroll av om selskapet etterlev krav i relevant regelverk (for eksempel aksjelov/IKS-lov)
- kontroll av om selskapet har tilstrekkeleg system og rutinar for internkontroll
- kontroll av om selskapet har ein forsvarleg økonomi

1.4 Risiko- og vesentleganalyse

For å utarbeide plan for selskapskontroll er det gjennomført ei risiko- og vesentlegvurdering for å velje ut relevante selskap og område for selskapskontroll. Det er spesielt desse forholda som er vurdert:

1. Risiko for at selskapet ikkje driv i tråd med kommunestyret sine vedtak og føresetnader.
2. Risiko for at selskapet ikkje driv i tråd med lover og reglar og på ein økonomisk forsvarleg måte.
3. Risiko for at den som forvaltar kommunen sine eigarinteresser i selskapet ikkje gjer dette i samsvar med kommunestyret sine vedtak og føresetnader.

Informasjonen som ligg til grunn for risiko- og vesentleganalyse, og for utveljing og prioritering av prosjekt, er samla inn gjennom fleire aktivitetar som har involvert både politisk leiing, administrativt tilsette og kontrollutvalet. Mellom anna har følgjande aktivitetar blitt gjennomført:

- Dokument- og statistikkanalyse
- Prosessmøte i kontrollutvalet
- Spørjeundersøking for administrative leiarar i kommunen
- Intervju med administrative og politiske leiarar i kommunen

Informasjonen som har blitt samla inn gjennom desse aktivitetane har gitt ei god oversikt over risiko-områda knytt til forvaltning av eigarskap. Analysen er samla i eit analysegrunnlag som ligg til grunn for kontrollutvalet si utveljing og prioritering av selskapskontrollprosjekt.

2 Oversikt over selskap

Under følger ei oversikt over selskap kommunen har eigarskap i. Selskapa blir presentert i to tabellar. Den første tabellen inneheld selskap som kjem inn under § 80 i kommunelova (interkommunale selskap og aksjeselskap som er heileigd av kommunen eller eigd saman med andre kommunar og/eller fylkeskommunar).

Den andre tabellen inneheld oversikt over selskap som kommunen har eigarskap i, men som ikkje kjem inn under § 80 i kommunelova. Det inneber at det er innslag av private eller statlege eigardeler. Desse selskapa har kommunen ikkje meir innsynsrett i enn dei andre aksjonærane. Kommunen kan likevel gjennomføre avgrensa selskapskontrollar med omsyn til i kva grad selskapet opptre i samsvar med eigarane sine intensjonar, om val og opplæring av styrerepresentantar skjer etter kommunen sine reglar og rutinar, om rapporteringa frå selskapet samsvarar med retningslinjer mv.

2.1 Oversikt over selskap omfatta av kommunelova § 80

Selskap	Føremål	Eigardel
Samarbeidsrådet for Sunnhordland IKS	Føremålet med verksemda er interkommunalt samarbeid på generell basis med særleg vekt på alle typar tiltaksarbeid og utviklingsarbeid. Verksemda skal ta opp saker som kan fremje utviklinga av Sunnhordland, og legge dei fram til drøfting og utgreiing. Føremålet blir konkretisert mellom anna gjennom følgjande oppgåver: 1. Fremje Sunnhordland sine interesser 2. Fremje og samordne tiltaksarbeid i Sunnhordland med særleg vekt på regional utvikling, næringsutvikling og infrastruktur 3. Vere pådrivar for betring av kommunikasjonstilhøva i Sunnhordland 4. Utvikle ei samordna og effektiv marknadsføring av Sunnhordland 5. Vere pådrivar for kultur- og identitetsskapande tiltaksarbeid 6. Arbeide for kommunane sine rammevilkår.	12,50%
Sunnhordland Interkommunale Miljøverk IKS (SIM)	Verksemda sitt føremål er innsamling og transport av alle avfallstypar etter nærare avtale med kommunane og bygging og drift av behandlingsanlegg for avfall . Vidare skal verksemda skal der dette er naturleg, søkja å etablera samarbeid med andre kommunar, regionar og selskap med tanke på å få til rasjonelle og miljøretta løysingar når det gjeld gjenvinning.	5,57%
Interkommunalt Arkiv i Hordaland IKS (IKAH)	Verksemda sitt føremål er å arbeide for at for at verdifullt arkivmateriale i deltakarkommunane vert tatt vare på og sikra som informasjonskjelder for	1,97%

	samtid og ettertid, og gjort tilgjengelig for offentlig verksemd, forskning og andre administrative og kulturelle formål.	
Krisesenter Vest IKS	Verksemda skal, på vegne av eigarkommunane, sikre etterleving av krisesenterlova § 2 a), b) og c). Verksemda skal vere eit rådgjevande organ for eigarkommunane i etterleving av lova sin § 2 d).	1,65%%

2.2 Oversikt over selskap som ikkje er omfatta av kommunelova § 80

Selskap	Føremål	Eigardel
Tysnes Industri AS	Verksemda skal skapa varige arbeidsplassar for yrkeshemma med så låg arbeidsevne at dei ikkje kan gjera seg nytte av andre arbeidstilbod. Verksemda skal produsere varer og tenester for lokal industri, utvikling og produksjon av varer og tenester som kan seljast på den vanlege marknaden og handel.	67,11%
Tysnespakken AS	Verksemda sitt føremål er å auke talet på innbyggjarar i Tysnes kommune gjennom marknadsføring av Tysnespakken.	35%
Våge Hamn AS	Verksemd sitt føremål er bygging og drift av infrastruktur innan kommunikasjon, og samarbeid med andre aktørar innan kommunikasjon, slik at Tysnes kommune får ein akseptabel kommunikasjonsveg i kommunen og mot resten av samfunnet for privat- og næringslivskundar.	4,42%
Tysnes Breiband AS	Verksemda sitt føremål er å gjennom fabriksjon og annan næringsverksemd å skape grunnlag for sysselsetting av yrkesvalhemma og mindre arbeidsføre.	6,44%
Opero AS	Verksemda sitt føremål er å gjennom fabriksjon og annan næringsverksemd å skape grunnlag for sysselsetting av yrkesvalhemma og mindre arbeidsføre.	3,25%
Business Region Bergen AS	Verksemda sitt føremål er å drive regional næringsutvikling, etablerarteneste, profilering, marknadsføring og andre tenester som naturleg fell saman med dette, herunder å ha eit aktivt forhold til regionen sine nettverksorganisasjonar innan utvalde næringssegment.	2,46 %
Biblioteksentralen SA	Verksemda skal være eit serviceorgan for alle typar offentlege bibliotek. Biblioteksentralen har til oppgåve å vere hovudleverandør av produkt og tenester til bibliotek og liknande institusjonar.	Eigardel ukjend
Sunnhordlandsambandet AS (Tidligere Tysnesbrua AS)	Verksemda skal arbeida for at ein ferjefri veg mellom Stord og Bergen med bru over Langenuen kjem med i NTP. Når Sunnhordlandsambandet er komme inn i NTP, skal selskapet arbeide for at Sunnhordlandsambandet blir realisert.	Eigardel ukjend
Tysnes Kraftlag SA	Verksemda skal syta for elektrisk kraft til Tysnes herad.	Eigardel ukjent

Onarheim Vassverk SA	Verksemda har som føremål å syta for vassforsyning til Onarheim Sokn ved utbygging og drift av vassverk.	Eigardel ukjent
Tysnes Vassverk SA	Verksemda skal syta for vassforsyning til Tysnesbygda ved utbygging og drift av vassverk.	Eigardel ukjent
Uggdal Vasslag SA	Verksemda har som føremål å levera drikkevatt til husbruk og anna bruk for Vasslagetts medlemmer som tilfredsstillar næringsmiddelmyndighetenes krav.	Eigardel ukjent
Lunde Vasslag SA	I eigarskapsmeldinga kjem det fram at kommunen gjennom dei siste 30 -40 åra har gått inn med ymse tilskot til dei 4 vassverka (Onarheim Vassverk SA, Tysnes Vassverk SA, Uggdal Vasslag SA og Lunde Vasslag), både i dei fysiske utbyggingsfasane og seinare ved tilrettelegging av reinseanlegg.	Eigardel ukjent

3 Selskapskontroll 2016-2020

Under følger prioriterte prosjekt for planperioden. Endeleg utforming av problemstillingar og timeomfang vil blir gjort i samband med bestilling.

	Prosjekt	Tema
1	Eigarskapsforvaltninga	<ul style="list-style-type: none">• System og rutinar for oppfølging av eigarskapa• Rutinar for val av styrerepresentantar• Opplæring av styrerepresentantar• Rapportering til kommunestyret

Dersom kommunestyret ber kontrollutvalet gjennomføre ein selskapskontroll, eller kontrollutvalet gjer risiko- og vesentlegvurderingar som tilseier at andre selskapskontrollar bør prioriterast, kan kontrollutvalet avvike frå vedteke plan for selskapskontroll. Dersom kontrollutvalet finn det hensiktsmessig kan plan for selskapskontroll rullerast i løpet av perioden.

4 Gjennomføring av selskapskontroll

4.1 Framgangsmåte

Uavhengig av kva form for selskapskontroll som gjennomførast, vil revisjonen følgje standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001), så langt dette er praktisk mulig, ettersom det ikkje er utarbeidd ein eigen standard for selskapskontroll.

Kva metodar som blir brukt for datainnsamlinga i dei ulike selskapskontrollane er avhengig av endelege problemformuleringar i dei enkelte prosjekta. Generelt blir det brukt ein kombinasjon av fleire metodar for å sikre tilstrekkeleg breidde i datamaterialet til å kunne utføre ein heilskapleg analyse og vurdering. Ein slik metodetriangulering bidrar også til kvalitetssikring ved at ein kan samanlikne funn frå dei ulike tilnærmingane.

Moglege metodar for datainnsamling og -analyse kan være:

- dokumentanalyse
- elektroniske spørjeskjema
- intervju
- dataanalyse
- testing av kontrollar og rutinar

Det sentrale for å kunne gjennomføre vellykka selskapskontrollar er at kontrollutvalet saman med revisjonen avgrensar og definerer prosjekta ved hjelp av å konkretisere føremål, kva problemstillingar som skal bli undersøkt og kva kriterium ein forventar at revisor skal leggje til grunn. Dette kan gjerast ved bestilling av dei enkelte prosjekta. Før ein selskapskontroll blir starta opp skal kontrollutvalet godkjenne ein prosjektplan som skildrar korleis prosjektet skal gjennomførast.

4.2 Gjennomføring og rapportering

Revisjonen vil alltid starte ein selskapskontroll med å sende eit oppstartsbrev med informasjon om prosjektet til rådmannen og eventuelt det aktuelle selskapet. Rapporten vil også bli sendt til høyring til rådmannen og eventuelt det aktuelle selskapet før rapporten blir lagt fram for kontrollutvalet. Etter at kontrollutvalet har handsama rapporten blir det utarbeidd ei innstilling som blir sendt over til kommunestyret saman med rapporten.

Deloitte refers to one or more of Deloitte Touche Tohmatsu Limited, a UK private company limited by guarantee, and its network of member firms, each of which is a legally separate and independent entity. Please see www.deloitte.no for a detailed description of the legal structure of Deloitte Touche Tohmatsu Limited and its member firms.

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

© 2016 Deloitte AS



Tysnes kommune

Sekretariat for kontrollutvalet

Arkivsak: 014
Arkivnr: 2019/66-1
Sakshandsamar: Helge Inge Johansen

Saksframlegg

Saksgang

Utval	Saknr.	Møtedato
Kontrollutvalet i Tysnes kommune	44/19	28.11.2019

Rutinar for kontrollutvalsarbeidet

Bakgrunn for saka:

Det er ein del praktiske rutinar som gjeld kontrollutvalet som det kan vera nyttig å få avklart, informert om og verta einige om i det første møtet i utvalet. Denne saka tek sikte på å få avklart og verta samde om slike rutinar.

Drøfting:

På bakgrunn av det som går fram over er det desse rutinane/punkta som må avklarast/informerast om:

1. Rutinar for innkalling til møte i kontrollutvalet.
Innkalling til kontrollutvalet vert vanligvis sendt ut 7 dagar før møtet. Innkalling vert kun sendt elektronisk.
2. Abonnement på Kommunerevisoren og Kommunal rapport.
Det har vorre vanleg at dei faste medlemmene i kontrollutvalet har abonnert på Kommunal rapport. Utvalsleiar har og abonnert på Kommunerevisoren. For å kutte i KUV kostnader vart alle abonnement sagt opp frå 01.01.2019. Kostnader med abonnement:
 - Kommunerevisoren, som Norges Kommunerevisorforbund (NKRF) gjev ut. (Abb. pris kr. 425,- for omlag 6 blad pr. år.)
 - Kommunal rapport, (Digital dagsavis + vekesavis ca 40 veker/år – kr. 3.490,- pr år / Digital dagsavis - kr. 3.390 pr. år).
3. Folkevaldopplæring for kontrollutvalet
Folkevaldopplæring for kontrollutvala i Hordaland skal haldast på Solstrand Hotel & Bad 18. og 19. februar 2019.
4. Aktuelle konferansar i 2020 med kontrollutval som målgruppe
Norges Kommunerevisorforbund (NKRF) skal halde sin årlege kontrollutvalskonferanse på Gardermoen 29.01-30.01.2020

Besøksadresse: Agnes Mowinckelsgt. 5 - Postadresse: Postboks 7900. 5020 Bergen - Telefon 55 23 90 00

Mobil - E-postadresse: helge.inge.johansen@hfk.no eller kontrollutvalet@hfk.no

Bankgironr. 5201 06 74239 - Foretaksnr. NO 938 626 367 mva.

Forum for Kontroll og Tilsyn (FKT) skal halde sin årlege fagkonferanse på Gardermoen 03.06 – 04.06.2020

Det vert tilrådd at kontrollutvalet i kommunen vurderer deltaking på begge desse konferansane.

5. Kontrollutvalet og media
Slik sekretariatet ser det vil det vera føremålstenleg at det er leiar i kontrollutvalet som uttaler seg til media på vegne av utvalet. Det vert tilrådd at det vert gjort vedtak om dette.
6. Møteplan
Det vert sett opp første møte i 2020 i dette møtet. Møteplan for resten av 2020 vert sett opp i første møte i nytt år. Ein ber utvalet kome med innspel på vekedagar og tidspunkt som høver.

Konklusjon:

På bakgrunn av det som går fram av saka, tilrår sekretariatet at det vert gjort slike vedtak.

Forslag til vedtak

1. Kontrollutvalet vil delta på folkevaldopplæring på Solstrand 18. – 19. febr. 2020 med _____ medlemmar.
2. Kontrollutvalet vil dessutan prioritere at nokon frå utvalet deltek på ein eller begge fagkonferansane for kontrollutvalet i 2020
3. Kontrollutvalet er samde i at det er leiar i utvalet som kan uttale seg til media på vegne av utvalet
4. Første møte i kontrollutvalet i 2020 vert.....
5. Kontrollutvalet tek elles informasjonen til orientering.

Hogne Haktorson
kontrollsjef

Helge Inge Johansen
spesialrådgjevar

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikkje underskrift.



Tysnes kommune

Sekretariat for kontrollutvalet

Arkivsak: 014
Arkivnr: 2019/66-2
Sakshandsamar: Helge Inge Johansen

Saksframlegg

Saksgang

Utval	Saknr.	Møtedato
Kontrollutvalet i Tysnes kommune	45/19	28.11.2019

Korleis melde avbod til møta i kontrollutvalet

Bakgrunn for saka:

Kontrollutvalet har 5 medlemmar. Når nokon må melde avbod til eit møte er det difor særst viktig at dette skjer så fort som råd er til rette vedkommande slik at vara kan kallast inn.

På bakgrunn av dette vert det i denne saka gjort greie for rutinar som skal gjelde i høve avbod til møta i kontrollutvalet.

Drøfting:

Sekretariatet vil minna alle i kontrollutvalet om at det er viktig å melda ifrå når ein er forhindra i å koma til møte. Det er og viktig at slike meldingar vert gjeve på rett måte.

I denne informasjonen vert der skissert nokre "køyrereglar" for korleis ein skal melda avbod.

1. Første regel er Å MELDA FRÅ. Gjer dette i så god tid som råd er før møtet. Det er vanskeleg for sekretariatet å få kontakt med vararepresentant ved kort varsel, og for vararepresentanten å møta på kort varsel.
2. Den som er vald som medlem av kommunalt organ har plikt til å møta om det ikkje ligg føre gyldig forfall. Ny kommunelov § 8-1. *Rett og plikt til å delta i møte*

Medlemmer av et kommunalt eller fylkeskommunalt folkevalgt organ plikter å delta i organets møter hvis de ikke har gyldig forfall.

Dette betyr at forfall alltid skal grunnjevast.

3. Meld ikkje avbod til kommuneadministrasjonen. Det er sekretariatet si oppgåve å kalla inn vara, og sjå til at kontrollutvalet er vedtaksføre når møtet startar.

Besøksadresse: Agnes Mowinckelsgt. 5 - Postadresse: Postboks 7900. 5020 Bergen - Telefon 55 23 90 00

Mobil - E-postadresse: helge.inge.johansen@hfk.no eller kontrollutvalet@hfk.no

Bankironr. 5201 06 74239 - Foretaksnr. NO 938 626 367 mva.

4. Du skal ikkje gje melding til din vararepresentant, dette er sekretariatet si oppgåve.
5. Du bes fortrinnsvis om å melde frå om forfall ved å ringa til våre mobiltelefonar som er oppført på første sida av innkallinga. Du kan også sende e-post eller SMS med melding om forfall. Hugs alltid at forfall skal grunngjevast.

Konklusjon:

Medlemmene i kontrollutvalet er på bakgrunn av det som går fram over gjort kjent med rutinar som gjeld for å melde avbod til møta i utvalet

Forslag til vedtak

Kontrollutvalet tar til etterretning dei rutinane som gjeld for å melde avbod til møta i utvalet.

Hogne Haktorson
kontrollsjef

Helge Inge Johansen
spesialrådgjevar

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikkje underskrift.



Tysnes kommune

Sekretariat for kontrollutvalet

Arkivsak: 014
Arkivnr: 2019/66-3
Sakshandsamar: Helge Inge Johansen

Saksframlegg

Saksgang

Utval	Saknr.	Møtedato
Kontrollutvalet i Tysnes kommune	46/19	28.11.2019

Teieplikt for kontrollutvalet

Bakgrunn for saka:

Kontrollutvalet har mange saker til handsaming og har stor grad av rett til innsyn, jf. kommunelova § 23-2 som lyd slik:

Kontrollutvalget kan kreve at kommunen eller fylkeskommunen legger fram enhver opplysning, redegjørelse eller dokument som utvalget finner nødvendig for å utføre sine oppgaver. Kontrollutvalget kan også foreta undersøkelser som det mener er nødvendige. Taushetsplikt er ikke til hinder for å gjennomføre kontrolltiltak etter dette leddet.

På bakgrunn av dette vert det gjennom denne saka gjort greie for det regelverk som gjeld i høve teieplikt for folkevalde.

Drøfting:

For ordens skuld vert opplyst om at det er kontrollutvalet som politisk organ som kan be om informasjon som er unnateke offentleggjering. Kvar enkelt utvalsmedlem kan ikkje sjølv ta kontakt med kommuneadministrasjonen med krav om å få utlevert slik informasjon.

Teieplikt for folkevalde er regulert i forvaltningslova § 13 som lyd slik:

«§ 13. (taushetsplikt).

Enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan, plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han i forbindelse med tjenesten eller arbeidet får vite om:

- 1) noens personlige forhold, eller
- 2) tekniske innretninger og fremgangsmåter samt drifts- eller forretningsforhold som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde av hensyn til den som opplysningen angår.

Besøksadresse: Agnes Mowinckelsgt. 5 - Postadresse: Postboks 7900. 5020 Bergen - Telefon 55 23 90 00

Mobil - E-postadresse: helge.inge.johansen@hfk.no eller kontrollutvalet@hfk.no

Bankgironr. 5201 06 74239 - Foretaksnr. NO 938 626 367 mva.

Som personlige forhold regnes ikke fødested, fødselsdato og personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted, med mindre slike opplysninger røper et klientforhold eller andre forhold som må anses som personlige. Kongen kan ellers gi nærmere forskrifter om hvilke opplysninger som skal regnes som personlige, om hvilke organer som kan gi privatpersoner opplysninger som nevnt i punktumet foran og opplysninger om den enkeltes personlige status for øvrig, samt om vilkårene for å gi slike opplysninger. Taushetsplikten gjelder også etter at vedkommende har avsluttet tjenesten eller arbeidet. Han kan heller ikke utnytte opplysninger som nevnt i denne paragraf i egen virksomhet eller i tjeneste eller arbeid for andre.

Heile lovparagrafen kan lesast her: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-0210/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3

Konklusjon:

Medlemmene i kontrollutvalet er på bakgrunn av det som går fram over gjort kjent med regelverket for lovbestemt teieplikt.

Forslag til vedtak

Kontrollutvalet tek informasjonen om lovbestemt teieplikt som går fram av saka til etterretning, og vil følge dette i sitt arbeid i kontrollutvalet.

Hogne Haktorson
kontrollsjef

Helge Inge Johansen
spesialrådgjevar

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikkje underskrift.



Tysnes kommune

Sekretariat for kontrollutvalet

Arkivsak: 014
Arkivnr: 2019/66-5
Sakshandsamar: Helge Inge Johansen

Saksframlegg

Saksgang

Utval	Saknr.	Møtedato
Kontrollutvalet i Tysnes kommune	47/19	28.11.2019

Tilrådingar etter evaluering av arbeidet i kontrollutvalet i valperioden 2015 - 2019

Bakgrunn for saka:

Kontrollutvalet gjorde slikt vedtak i sak PS 33/19 i møte 11.10.2019

«Resultat av evaluering av arbeidet i kontrollutvalet i Tysnes kommune i valperioden 2015 – 2019 vert å leggja fram for kontrollutvalet i valperioden 2019 – 2023.»

Resultatet av evalueringa ligg ved.

Drøfting:

Ut i frå vedlegget om resultatet av evalueringa og dei tilrådingane som kjem fram, må kontrollutvalet drøfte seg fram til ein konklusjon.

Konklusjon:

Sekretariatet føreslår at kontrollutvalet sluttar seg til tilrådingane frå utvalet i førre valperiode. Vidare vert det tilrådd å be sekretariatet om å arbeide vidare med dette.

Forslag til vedtak

Kontrollutvalet sluttar seg til tilrådingane frå utvalet i førre valperiode og ber om at sekretariatet arbeidar vidare med dette.

Besøksadresse: Agnes Mowinckelsgt. 5 - Postadresse: Postboks 7900. 5020 Bergen - Telefon 55 23 90 00

Mobil - E-postadresse: helge.inge.johansen@hfk.no eller kontrollutvalet@hfk.no

Bankgironr. 5201 06 74239 - Foretaksnr. NO 938 626 367 mva.

Hogne Haktorson
kontrollsjef

Helge Inge Johansen
spesialrådgjevar

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikkje underskrift.

Vedlegg

1 Evaluering av arbeidet i kontrollutvalet i valperioden 2015 - 2019

Evaluering av arbeidet i kontrollutvalet i Tysnes kommune i valperioden 2015 – 2019:

Nr.	Spørsmål	Svar
1	I kva grad blir møta gjennomførte på ein effektiv og engasjerande måte? Kva kan gjerast betre?	Ordførar meiner at møta vert gjennomført på ein god måte. KUV er og einig i det. Men dette med kontrollutvalsarbeid er litt spesielt, sett i forhold til anna politisk arbeid.
2	Er talet på møte tilstrekkeleg i høve til saksmengda?	Talet på møter passer godt i høve til saksmengda.
3	Klarer KUV å fylle kontrollfunksjonen på ein god måte? Kva kan gjerast betre?	Alle er einige om at KUV klarer å fylle kontrollfunksjonen på ein god måte.
4	I kva grad har KUV hatt økonomiske rammer til å gjennomføre oppgåvene på ein god måte?	Tidlig i perioden vart budsjettet til KUV trekt ned. Etter dette har kontrollutvalet stort sett fått det ein har spurt om.
5	Korleis blir KUV oppfatta av andre sentrale aktørar, slik som kommunestyret og administrasjonen?	Både administrasjonen og kommunestyret har godt samarbeid med kontrollutvalet
6	Har kommunestyret og administrasjonen forståing av kva rolle og ansvar KUV har? Korleis kan KUV bidra til ei god forståing?	Ja kommunestyret og administrasjonen har forståing for rolle og ansvar til kontrollutvalet. Frå rådmannen vart det nemnt dette med tilsyn frå andre tilsynsmyndigheiter og at dette og tek tid å følgja opp og at administrasjonen prøver å levere so godt ein kan både til tilsynsmyndigheitane og til kontrollutvalet.
7	Er det klare roller og klår ansvarsdeling mellom KUV, kommunestyret og administrasjonen?	Det oppleves frå alle parter at det er klare roller og ansvarsdeling mellom KUV, kommunestyret og administrasjonen.
8	I kva grad er KUV synleg nok på kommunen si heimeside?	Kontrollutvalet har etterspurt om det er mulig at KUV kan bli gjort meir tilgjengeleg og synleg på heimesida, utan å ha nåd fram. Blant anna er ikkje KUV sine møte ein del av politisk møtekalender.
9	Bør KUV gjere meir og/ eller mindre av noko?	KUV var einige om at det er ein grei balanse på dette. Viktig å følge med på andre tilsyn og om for eksempel ein forvaltningsrevisjon som vart bestilt kolliderer med tilsyn frå andre tilsynsmyndigheiter.
10	Korleis fungerer samhandlinga med revisor? Kva kan gjerast betre?	Samhandlinga med revisor har vorre greit. Det blir levert godt arbeid. Det vart nevnt at det ikkje alltid er lett å vurdere rekneskapsrevisor sitt arbeid. Men at det ved presentasjon frå revisor når rekneskapsen blir handsama i KUV, vert lagt fram informasjon frå rekneskapsrevisor som er på eit nivå slik at dei folkevalde forstår det.
11	Korleis fungerer arbeidet med plan for forvaltningsrevisjon og plan for selskapskontroll?	Dette har fungert greit. Kommunestyret har ein gang i perioden endra på prioriteringa på lista for forvaltningsrevisjon. Det er KS i sin fulle rett til å gjera. Og det er og heilt greit for KUV at KS gjer det.
12	Korleis fungerer samhandlinga med sekretariatet? Kva kan gjerast betre?	Kontrollutvalet har fått god hjelp frå sekretariatet. Rådmannen seier og at dette har fungert godt sett frå administrasjonen si side.
13	Kontrollutvalet og henvendingar: - Frå innbyggjarar - Tilsette - Andre folkevalde	Har ikkje hatt mange henvendingar. Kontrollutvalet har hatt ei henvending frå ein innbyggjar og ei henvending frå ein tilsett. KUV er ikkje eit klageorgan og difor blir det gjerne slik.
14	Kva bør folkevaldopplæringa for det nye KUV innehalde og kor omfattande bør det vera? - Tilstrekkeleg ressursar til opplæring.	Det har vore nyttig å delta på folkevaldopplæringa. Og alle bør få delta og det er viktig å delta på den.

15	Folkevaldopplæringa for kommunestyret: - Bør KUV få delta her? - Bør roller og ansvar for KUV presenterast her?	Ja, det bør dei. Om det er høve til det, bør roller og ansvar for KUV presenterast her.
16	Anna	



Tysnes kommune

Sekretariat for kontrollutvalet

Arkivsak: 217
Arkivnr: 2019/21-30
Sakshandsamar: Helge Inge Johansen

Saksframlegg

Saksgang

Utval	Saknr.	Møtedato
Kontrollutvalet i Tysnes kommune	48/19	28.11.2019

Forvaltningsrevisjon av kapasitet og etterleving av rutinar og regelverk i pleie- og omsorgstenestene - revisjonsrapport

1. Bakgrunn:

Kontrollutvalet gjorde slikt vedtak i møte 01.04.2019, sak PS 14/19:

«Vedtak:

1. *Kontrollutvalet ber med dette Deloitte AS om å gjennomføra forvaltningsrevisjon av kvalitet og etterleving av rutinar og regleverk innan pleie- og omsorgstenestene. Forslag til prosjektplan vert godkjent med dei endringar som kom fram i møtet.*
2. *Ny korrigerert prosjektplan og justert timebudsjett vert å senda sekretariatet innan 08.04.19.*
3. *Etter at korrigerert prosjektplan og justert timebudsjett er sendt til kontrollutvalet for uttale, får utvalseiar i samråd med sekretariat fullmakt til å endeleg godkjenna prosjektplan og timebudsjett.*
4. *Opsjon på timeforbruk på inntil 6 timar for presentasjon av forvaltningsrevisjonsrapporten for kommunestyret vert og godkjent.*
5. *Kontrollutvalet ønskjer at revisjonsrapporten er klar frå Deloitte si side innan 15.11.19. Rapporten skal då vera ferdig verifisert og med rådmannen sin uttale vedlagt og/eller innarbeida.»*

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

Føremålet med forvaltningsrevisjonen vil vere å undersøke om Tysnes kommune har organisert pleie- og omsorgstenestene på ein hensiktsmessig måte for å ivareta hjelpebehova til brukarane, samt om kommunen har system og rutinar som bidrar til å sikre tilfredsstillande saksbehandling ved vurdering av rett til pleie- og omsorgstenester. Det er også eit føremål å undersøke om det er etablert hensiktsmessige system for samhandling mellom kommunen og helseføretak.

Besøksadresse: Agnes Mowinckelsgt. 5 - Postadresse: Postboks 7900. 5020 Bergen - Telefon 55 23 90 00

Mobil - E-postadresse: helge.inge.johansen@hfk.no eller kontrollutvalet@hfk.no

Bankgironr. 5201 06 74239 - Foretaksnr. NO 938 626 367 mva.

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

1. Har kommunen etablert **system og rutinar for å sikre god saksbehandling** av søknadar om pleie- og omsorgstenester (sjukeheims plass og heimetenester)? Under dette:
 - a) I kva grad har kommunen gode rutinar for å vurdere brukarane sine behov når det blir fatta vedtak om sjukeheims plass og heimetenester?
 - b) I kva grad har kommunen system og rutinar som sikrar lik behandling av søknadar? Under dette
 - i) I kva grad har kommunen sakshandsamingsrutinar og malar som bidreg til å sikre at handsaminga av søknader i minst mogleg grad blir personavhengig?
 - ii) I kva grad er det etablert tydelege kriterium som skal vektleggast ved vurdering av rett til sjukeheims plass?
 - c) I kva grad blir vedtak utforma i samsvar med sentrale krav i forvaltningslova?

2. Er pleie- og omsorgstenestene organisert på ein hensiktsmessig måte for å sikre eit **tilfredsstillande tenestetilbod**?
 - a) I kva grad klarer kommunen å drifte KAD-tilbodet i tråd med intensjonen for etableringa?
 - b) I kva grad klarer kommunen å ta imot utskrivingsklare pasientar frå sjukehus?
 - c) I kva grad er det ei hensiktsmessig fordeling mellom ulike typar institusjonsplassar i kommunen (forholdet mellom korttidsplassar og langtidsplassar)?
 - d) I kva grad har tenestene tilstrekkeleg personell med nødvendig kompetanse på jobb til ei kvar tid, og kva blir gjort for å sikre dette?
 - e) I kva grad har tenestene tilstrekkelege ressursar/kapasitet til å sikre eit forsvarleg tenestetilbod?
 - f) I kva grad har kommunen gjennomført kartleggingar for å identifisere om det er brukargrupper som ikkje får tilfredsstillande oppfølging?
 - g) I kva grad er det sett i verk tiltak for å oppnå meir ressurseffektive tenester til brukarane, til dømes bruk av velferdsteknologi og kvardagsrehabilitering?
 - h) I kva grad er det etablert tilfredsstillande rutinar for melding og oppfølging av avvik i tenestene?

3. Er det etablert eit hensiktsmessig **system for samhandling** mellom kommunen og helseføretak?
 - a) I kva grad er det etablert system og rutinar for god og sikker informasjonsutveksling med helseføretak?
 - b) I kva grad mottar kommunen i tilstrekkeleg tid og omfang informasjon frå helseføretak om pasientar sine behov etter utskriving?
 - c) I kva grad opplever kommunen utfordringar knytt til reinnlegging av pasientar på sjukehus?
 - d) I kva grad blir det meldt avvik knytt til informasjonsutveksling mellom kommunen og helseføretak, og i kva grad blir ev.avvik følgt opp og rapportert tilbake om på ein systematisk måte?

2.Drøfting

Sekretariatet har fått oversendt forvaltningsrevisjonsrapporten. Etter det sekretariatet kan sjå er prosjektet gjennomført i tråd med standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001), og oppdraget er gjennomført i tidsrommet april til november 2019.

Deloitte har nytta metodar som dokumentanalyse, intervju og stikkprøvekontroll. Rådmannen har hatt rapporten til uttale, og uttalen kjem fram av vedlegg 1 i rapporten (s. 37- 40).

Tilrådingar i rapporten:

Revisjonen tilrår at Tysnes kommune set i verk følgjande tiltak:

1. Gjennomgår og justerer rutinar og malar som skal nyttast i sakshandsaminga, slik at desse er i samsvar med regelverket og bidrar til å sikre at krav i regelverket blir etterlevd (jf. revisjonen sine vurderingar i kap. 3.3.2 og 3.4.3)
2. Sikrar at sakshandsaminga i samband med vurdering av rett til pleie- og omsorgstenester er i samsvar med krav i pasient- og brukarrettslova og forvaltningslova (jf. revisjonen sine vurderingar i kap. 3.5.2)
3. Arbeider vidare med å etablere ein god avvikskultur i pleie- og omsorgstenesta. Under dette mellom anna:
 - a. Tydeleggjere for dei tilsette kva som er føremålet med å melde avvik, kva som skal meldast som avvik samt korleis meldte avvik skal følgjast opp
 - b. Sikre at alle avvik blir meldt når dei oppstår, inkludert avvik knytt til samhandlinga med helseføretaket
 - c. Sikre at tilsette får tilbakemelding om korleis avvik er følgt opp og nytta i kvalitetsforbetningsarbeidet
 - d. Utarbeider fullstendige og oppdaterte oversikter over alle meldte avvik, og brukar desse i det kontinuerlege kvalitetsforbetningsarbeidet i tenestene
4. Gjennomfører jamlege kompetansekartleggingar og utarbeider kompetanseplanar for pleie og omsorg, i samsvar med forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta §§ 6f og 7b
5. Sikrer tilstrekkeleg tilgang på fagkompetanse i tenestene, i samsvar med helse- og omsorgstenestelova § 4-1 d, inkludert vurderer om grunnbemanninga i heimetenesta i helgane bør aukast slik at tenesta ikkje er avhengig av ekstrasbemanning for å kunne gi nødvendig helsehjelp til brukarane
6. Gjer avklaringar rundt bruken av KAD-tilbodet, og vurderer om det er mogeleg å setje i verk tiltak for å sikre at dette lovpålagte tilbodet blir nytta i større grad og i samsvar med intensjonen i samhandlingsreforma om å førebygge og forhindre sjukehusinnleggingar
7. Arbeider vidare med å innføre velferdsteknologi i tenestene, i samsvar med Helsedirektoratet sine tilrådingar for innføring av velferdsteknologi i kommunane, samt vurdere om det er hensiktsmessig å systematisere dette arbeidet i ein plan/strategi for velferdsteknologi

Frå rådmannen si tilbakemelding kjem mellom anna dette fram:

«Rådmannen meiner at rapporten er god og i all hovudssak teiknar eit bilete av ei vel fungerande teneste som også har rom for forbetring... Det overordna bilete knytt til sakshandsaming er positivt...Det vert stilt spørsmål ved korleis endringar i tenestebehov vert fanga opp frå tenesteutøvar til fagleiinga, dette vert i dag ivareteke gjennom fagsystem utan at revisjonen synes å ha gått inn og vurdert dette konkret. Revisjonen peikar også på at denne praksisen i større grad må koma til uttrykk i ei tydeleg skriftleg rutine, dette vil sjølvstøtt vert fylgt opp.»

«Det er også merknader knytt til henvising til kommunen sitt delegasjonsreglement og at det ved bruk av særsløv skal vera 4 vekers klagefrist. Desse to merknadene er no retta i mal for einskildvedtak og vert ikkje kommentert vidare»

«Rådmannen er elles samd i at det er viktig å sikre at grunngeving og bakgrunn for vedtak går klart fram for å sikre brukaren sitt rettsvern.»

«Revisjonen peiker også på at vedtaka bør detaljerast i større grad. Her er det ein avregning opp mot moglegheit til å gjera faglege vurderingar i møte med brukar.....Rådmannen meiner at me har ei detaljgrad som er tilstrekkeleg og som sikrar at tenesteutøvaren kan nytta sitt faglege skjønn i møte med brukaren.»

«Revisjonen peikar på at det ved lang handsamingstid skal sendast mellombels svar, det er sjølv sagt rett.»

«Rådmannen merkar seg at revisjonen meiner at det er tilstrekkeleg kapasitet når det gjeld institusjonsplassar og at driftsomlegginga i samband med innflytting i nytt omsorgssenter var føremålstenleg.»

«Grunnbemanning er alltid ei utfordring innan open omsorg..... Det vil verte arbeid vidare med dette i prosjekt for auka grunnbemanning.....Rådmannen hadde gjerne sett at revisjonen ved vurdering av desse kriteria hadde vurdert pleiefaktor i tenestene i ljøs av samanliknande tenester, ei slik vurdering ville kunne gjewe eit betre grunnlag for å trekka konklusjonar opp mot grunnbemanning av tenestene.»

«Rådmannen er samd i at det bør utarbeidast eit oversyn over tilgjengeleg kompetanse og at den årlege kompetanseplanen bør ha meir eksplisitt strategis perspektiv.»

«Rådmannen er elles samd i at det er viktig at alle typar avvik, anten det er knytt til HMT, personvern og informasjonstryggleig eller tenesteutøving kan meldast enkelt på ein platform. Det er lagt inn midlar for å styrka dette arbeidet totalt i verksemd for budsjettframlegg for 2020.»

«Når det gjeld avvik mot helseforetaka så er det i svært lita grad kome inn avvik, eller blitt meldt avvik til foretaka..... I høve til dette området må det sikrast at fagleg avvik faktisk vert meldt vidare, fylgt opp og tilbakemelding til den tilsette som har meldt det inn.»

3.Konklusjon

Kontrollutvalet har eit særskilt ansvar for å følgje opp kommunestyret sine vedtak i samband med handsaming av rapportar om forvaltningsrevisjon. Det vert vist til «Forskrift om kontrollutvalg i kommuner og fylkeskommuner» § 12 «Oppfølging av forvaltningsrevisjoner» der det står dette:

«Kontrollutvalget skal påse at kommunestyrets eller fylkestingets vedtak i tilknytning til behandlingen av rapporter om forvaltningsrevisjon følges opp. Kontrollutvalget skal gi rapport til kommunestyret eller fylkestinget om hvordan kommunestyrets eller fylkestingets merknader til rapport om forvaltningsrevisjon er blitt fulgt opp. Det skal også rapporteres om tidligere saker som etter utvalgets mening ikke er blitt fulgt opp på en tilfredsstillende måte.»

Forslag til innstilling i saksframlegget, byggjer på forslag til tiltak i rapporten. På bakgrunn av dette vert det tilrådd at kontrollutvalet innstiller på at kommunestyret ber rådmannen om å syta for å laga ein prioritert handlingsplan til kontrollutvalet som viser kva tiltak som skal setjast i verk for å følgja opp tilrådingane i rapporten, når tiltaka skal setjast i verk og kven som skal ha ansvaret for iverksettinga.

Forslag til innstilling

På bakgrunn av forvaltningsrevisjon av kapasitet og etterleving av rutinar og regelverk i pleie- og omsorgstenestene i Tysnes kommune ber kommunestyret rådmannen syta for:

1. Gjennomgår og justerer rutinar og malar som skal nyttast i sakshandsaminga, slik at desse er i samsvar med regelverket og bidrar til å sikre at krav i regelverket blir etterlevd (jf. revisjonen sine vurderingar i kap. 3.3.2 og 3.4.3)
2. Sikrar at sakshandsaminga i samband med vurdering av rett til pleie- og omsorgstenester er i samsvar med krav i pasient- og brukarrettslova og forvaltningslova (jf. revisjonen sine vurderingar i kap. 3.5.2)
3. Arbeider vidare med å etablere ein god avvikskultur i pleie- og omsorgstenesta. Under dette mellom anna:
 - a. Tydeleggjere for dei tilsette kva som er føremålet med å melde avvik, kva som skal meldast som avvik samt korleis meldte avvik skal følgjast opp
 - b. Sikre at alle avvik blir meldt når dei oppstår, inkludert avvik knytt til samhandlinga med helseføretaket
 - c. Sikre at tilsette får tilbakemelding om korleis avvik er følgt opp og nytta i kvalitetsforbetningsarbeidet
 - d. Utarbeider fullstendige og oppdaterte oversikter over alle meldte avvik, og brukar desse i det kontinuerlege kvalitetsforbetningsarbeidet i tenestene
4. Gjennomfører jamlege kompetansekartleggingar og utarbeider kompetanseplanar for pleie og omsorg, i samsvar med forskrift om leing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta §§ 6f og 7b
5. Sikrer tilstrekkeleg tilgang på fagkompetanse i tenestene, i samsvar med helse- og omsorgstenestelova § 4-1 d, inkludert vurderer om grunnbemanninga i heimetenesta i helgane bør aukast slik at tenesta ikkje er avhengig av ekstrabemanning for å kunne gi nødvendig helsehjelp til brukarane
6. Gjer avklaringar rundt bruken av KAD-tilbodet, og vurderer om det er mogeleg å setje i verk tiltak for å sikre at dette lovpålagte tilbodet blir nytta i større grad og i samsvar med intensjonen i samhandlingsreforma om å førebygge og forhindre sjukehusinnleggingar
7. Arbeider vidare med å innføre velferdsteknologi i tenestene, i samsvar med Helsedirektoratet sine tilrådingar for innføring av velferdsteknologi i kommunane, samt vurdere om det er hensiktsmessig å systematisere dette arbeidet i ein plan/strategi for velferdsteknologi
8. Å laga ein prioritert handlingsplan til kontrollutvalet innan 15.03.2020 som viser kva tiltak som skal setjast i verk for å følgja opp tilrådingane i rapporten, når tiltaka skal setjast i verk og kven som skal ha ansvaret for iverksettinga.

Hogne Haktorson
kontrollsjef

Helge Inge Johansen
spesialrådgjevar

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikkje underskrift.

Vedlegg

- 1 Revisjonsrapport av kapasitet og etterleving av rutinar og regelverk i pleie- og omsorgstenestene



Forvaltningsrevisjon | Tysnes kommune Kapasitet og etterleving av rutinar og regelverk i pleie- og omsorgstenestene

November 2019

«Kapasitet og etterleving av rutinar
og regelverk i pleie- og
omsorgstenestene»

November 2019

Rapporten er utarbeidd for Tysnes
kommune av Deloitte AS.

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

Samandrag

Deloitte har gjennomført ein forvaltningsrevisjon av kapasitet og etterleving av rutinar og regelverk i pleie- og omsorgstenestene i Tysnes kommune. Prosjektet blei bestilt av kontrollutvalet i Tysnes kommune 1. april 2019, sak 14/19. Føremålet med forvaltningsrevisjonen har vore å undersøke om Tysnes kommune har organisert pleie- og omsorgstenestene på ein hensiktsmessig måte for å ivareta hjelpebehova til brukarane, samt om kommunen har system og rutinar som bidrar til å sikre tilfredsstillande sakshandsaming ved vurdering av rett til pleie- og omsorgstenester. Det har også vore eit føremål å undersøke om det er etablert hensiktsmessige system for samhandling mellom kommunen og helseføretak.

Revisjonen har gjennomgått aktuell dokumentasjon frå kommunen, gjennomført sju intervju, samt gjort ein stikkprøvekontroll av seks enkeltvedtak om pleie- og omsorgstenester.

Basert på det som kjem fram i undersøkinga, meiner revisjonen at pleie- og omsorgstenestene i Tysnes kommune på fleire område er organsiert på ein hensiktsmessig måte. Undersøkinga viser mellom anna at kommunen i stor grad klarer å ta imot utskrivingsklare pasientar frå sjukehus, at det er låge utgifter til overliggedøgn samt at fordelinga mellom ulike institusjonsplassar blir justert etter faktiske behov. Det blir heller ikkje vist til at det er utfordringar knytt til reinnleggjarar av pasientar som er skrivne ut frå sjukehus. Revisjonen meiner også det er positivt at omorganiseringa og flytting til nytt omsorgssenter har bidratt til at kommunen kan tilby tenester innanfor fleire nivå i omsorgstrappa, samt at kommunen har kjøpt inn eit system som legg til rette for bruk av velferdsteknologi. Når det gjeld KAD-tilbodet i kommunen, meiner revisjonen at det bør gjerast nærare avklaringar rundt bruken av dette, for å sikre at tilbodet blir brukt i tråd med intensjonen for etableringa. Undersøkinga viser også at det er etablert hensiktsmessige system og rutinar for samhandling mellom kommunen og helseføretak om inn- og utskrivning av pasientar, og at dette i hovudsak ser ut til å fungere tilfredsstillande.

Når det gjeld kapasitet og kompetanse i tenestene, stiller revisjonen spørsmål ved om avdelingane som er omfatta av undersøkinga har tilstrekkeleg personell med nødvendig kompetanse på jobb til ei kvar tid. Revisjonen stiller også spørsmål ved at det over tid har vore nødvendig å bruke vikarar/ekstrapersonell for å sikre at heimetenesta har tilstrekkeleg bemanning i helgane. Dette bør kommunen gjere ei ytterlegare vurdering av. Vidare meiner revisjonen at det ikkje i tilstrekkeleg grad ligg føre eit system for kompetanseutvikling i pleie- og omsorgstenestene.

Kommunen har etter revisjonen si vurdering heller ikkje i tilstrekkeleg grad etablert system og rutinar som bidrar til å sikre tilfredsstillande sakshandsaming ved vurdering av rett til pleie- og omsorgstenester, og stikkprøvekontrollen som revisjonen har gjennomført stadfestar at enkeltvedtaka har fleire manglar.

Revisjonen meiner at det er viktig at kommunen systematiserer og skriftleggjer rutinar knytt til sakshandsaming og kompetanseutvikling. Auka skriftleggjing kan bidra til å redusere risikoen for feil og manglar, til at arbeidet i mindre grad blir personavhengig, og til at det blir retta tilstrekkeleg merksemd mot desse områda. Revisjonen vil også framheve at skriftleggjing av system og rutinar er sentralt for å sikre god internkontroll.

Basert på det som kjem fram i undersøkinga, kjem revisjonen med nokre tilrådingar til Tysnes kommune. Desse går fram av kapittel 6, Konklusjon og tilrådingar.

Innhald

Samandrag	3
1. Innleiing	7
2. Om tenesteområdet	9
3. System og rutinar for saksbehandling	11
4. Organisering for å sikre eit tilfredsstillande tenestetilbod	19
5. System for samhandling	32
6. Konklusjon og tilrådingar	35
Vedlegg 1 : Høyringsuttale	37
Vedlegg 2 : Revisjonskriterium	41
Vedlegg 3 : Sentrale dokument og litteratur	46

Detaljert innhaldsliste

Samandrag	3
1. Innleiing	7
1.1 Bakgrunn	7
1.2 Føremål og problemstillingar	7
1.3 Metode	8
1.4 Revisjonskriterium	8
2. Om tenesteområdet	9
2.1 Organisering	9
3. System og rutinar for saksbehandling	11
3.1 Problemstilling	11
3.2 Revisjonskriterium	11
3.3 Rutinar for å vurdere brukarane sine tenestebehov	12
3.4 Rutinar som skal sikre lik behandling av søknadar	13
3.5 Vedtak i samsvar med sentrale krav i forvaltningslova	15
4. Organisering for å sikre eit tilfredsstillande tenestetilbod	19
4.1 Problemstilling	19
4.2 Revisjonskriterium	19
4.3 Kommunalt akutt døgntilbod (KAD-tilbod)	22
4.4 Fordeling mellom institusjonsplassar i kommunen	23
4.5 Betalingsdøgn for utskrivingsklare pasientar frå sjukehus	24
4.6 Tilstrekkeleg personell med kompetanse på jobb til ei kvar tid	25
4.7 Ressursar og kapasitet	27
4.8 Identifisering av om det er brukargrupper som ikkje får tilfredsstillande oppfølging	28
4.9 Tiltak for å oppnå meir ressurseffektive tenester til brukarane	28
4.10 Rutinar for melding og oppfølging av avvik	30
5. System for samhandling	32
5.1 Problemstilling	32
5.2 Revisjonskriterium	32
5.3 System og rutinar for informasjonsutveksling med helseføretak	32
5.4 Informasjon frå helseføretak om pasientar sine behov etter utskriving	33
5.5 Reinnlegging av pasientar frå sjukehus	33
5.6 Avvik knytt til informasjonsutveksling mellom kommunen og helseføretak	34
6. Konklusjon og tilrådingar	35
Vedlegg 1 : Høyringsuttale	37
Vedlegg 2 : Revisjonskriterium	41
6.1 Krav i lov og forskrift	41
6.2 Nasjonale tilrådingar for innføring av velferdsteknologi	45
Vedlegg 3 : Sentrale dokument og litteratur	46

Figurar

Figur 1: Organisasjonskart helse og sosial	9
Figur 2: Utsnitt frå kommunen sin vedtaksmal - informasjon om lovheimel	15

Tabellar

Tabell 1: Tal innleggingar i KAD-tilbodet	22
---	----

Tabell 2: Bruk av KAD-tilbudet i % av avtalt grunnkapasitet	23
Tabell 3: Ressursbruk - heimetenester og institusjonstenester - Kjelde: Årsrapport for 2018	27

1. Innleiing

1.1 Bakgrunn

Deloitte har gjennomført ein forvaltningsrevisjon av kapasitet og etterleving av rutinar og regelverk i pleie- og omsorgstenestene i Tysnes kommune. Prosjektet blei bestilt av kontrollutvalet i Tysnes kommune 1. april 2019, sak 14/19.

1.2 Føremål og problemstillingar

Føremålet med forvaltningsrevisjonen har vore å undersøke om Tysnes kommune har organisert pleie- og omsorgstenestene på ein hensiktsmessig måte for å ivareta hjelpebehova til brukarane, samt om kommunen har system og rutinar som bidrar til å sikre tilfredsstillande sakshandsaming ved vurdering av rett til pleie- og omsorgstenester. Det har også vore eit føremål å undersøke om det er etablert hensiktsmessige system for samhandling mellom kommunen og helseføretak.

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

1. Har kommunen etablert system og rutinar for å sikre god sakshandsaming av søknadar om pleie- og omsorgstenester (sjukeheims plass og heimetenester)? Under dette:
 - a) I kva grad har kommunen gode rutinar for å vurdere brukarane sine behov når det blir fatta vedtak om sjukeheims plass og heimetenester?
 - b) I kva grad har kommunen system og rutinar som sikrar lik handsaming av søknadar? Under dette:
 - i. I kva grad har kommunen sakshandsamingsrutinar og malar som bidreg til å sikre at handsaminga av søknader i minst moglege grad blir personavhengig?
 - ii. I kva grad er det etablert tydelege kriterium som skal vektleggast ved vurdering av rett til sjukeheims plass?
 - c) I kva grad blir vedtak utforma i samsvar med sentrale krav i forvaltningslova?
2. Er pleie- og omsorgstenestene organisert på ein hensiktsmessig måte for å sikre eit tilfredsstillande tenestetilbod?
 - a) I kva grad klarer kommunen å drifte KAD-tilbodet i tråd med intensjonen for etableringa?
 - b) I kva grad klarer kommunen å ta imot utskrivingsklare pasientar frå sjukehus?
 - c) I kva grad er det ei føremålstenleg fordeling mellom ulike typar institusjons plassar i kommunen (forholdet mellom korttids plassar og langtids plassar)?
 - d) I kva grad har tenestene tilstrekkeleg personell med nødvendig kompetanse på jobb til ei kvar tid, og kva blir gjort for å sikre dette?
 - e) I kva grad har tenestene tilstrekkelege ressursar/kapasitet til å sikre eit forsvarleg tenestetilbod?
 - f) I kva grad har kommunen gjennomført kartleggingar for å identifisere om det er brukargrupper som ikkje får tilfredsstillande oppfølging?
 - g) I kva grad er det sett i verk tiltak for å oppnå meir ressurseffektive tenester til brukarane, til dømes bruk av velferdsteknologi og kvardagsrehabilitering?
 - h) I kva grad er det etablert tilfredsstillande rutinar for melding og oppfølging av avvik i tenestene?
3. Er det etablert eit hensiktsmessig system for samhandling mellom kommunen og helseføretak?
 - a) I kva grad er det etablert system og rutinar for god og sikker informasjonsutveksling med helseføretak?
 - b) I kva grad mottar kommunen i tilstrekkeleg tid og omfang informasjon frå helseføretak om pasientar sine behov etter utskriving?
 - c) I kva grad opplever kommunen utfordringar knytt til reinnlegging av pasientar på sjukehus?

- d) I kva grad blir det meldt avvik knytt til informasjonsutveksling mellom kommunen og helseføretak, og i kva grad blir ev. avvik følgt opp og rapportert tilbake om på ein systematisk måte?

1.3 Metode

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

Oppdraget er gjennomført i tidsrommet april 2019 til november 2019.

1.3.1 Dokumentanalyse

Rettsreglar er gjennomgått og nytta som revisjonskriterium. Vidare er dokumentasjon og informasjon frå kommunen blitt samla inn og analysert. Innsamla dokumentasjon er vurdert opp mot revisjonskriteria.

1.3.2 Intervju

For å få supplerande informasjon til skriftlege kjelder har Deloitte intervju utvalte personar som jobbar i, eller som har eit overordna ansvar for, pleie- og omsorgstenestene i kommunen. Dette inkluderer intervju med kommunalsjef for helse og sosial, einingsleiarar for heimetenesta og institusjonstenesta, avdelingssjukepleiarar frå dei to tenestene, samt intervju med representantar for dei tilsette i tenestene. Det er gjennomført sju intervju.

1.3.3 Stikkprøvekontroll

Revisjonen har gjennomført stikkprøvekontroll av vedtak om institusjonsplass og vedtak om heimetenester. Gjennom stikkprøvekontrollen har vi undersøkt om sentrale krav i regelverket er etterlevd, med særskilt merksemd retta mot grunngjeving av enkeltvedtak samt informasjon om klagerett, klagefrist, klageinstans og rett til innsyn i saksdokument.¹ Revisjonen har gjennomgått og kontrollert til saman seks enkeltvedtak som både omfattar avslag og tildeling av tenester.

For å sikre at stikkprøvegjennomgangen gir eit oppdatert bilete av sakshandsamingsprosessen og reflektere dagens praksis har revisjonen bedt om å få tilsendt vedtak for siste halvår. Alle vedtaka som er omfatta av stikkprøvekontrollen er fatta i 2019.

1.3.4 Verifiseringsprosessar

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

Utkast til rapport er sendt til rådmannen for verifisering og høyring, og faktafeil er retta opp i den endelege versjonen. Rådmannen sin høyringsuttale er lagt ved rapporten (vedlegg 1).

1.4 Revisjonskriterium

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

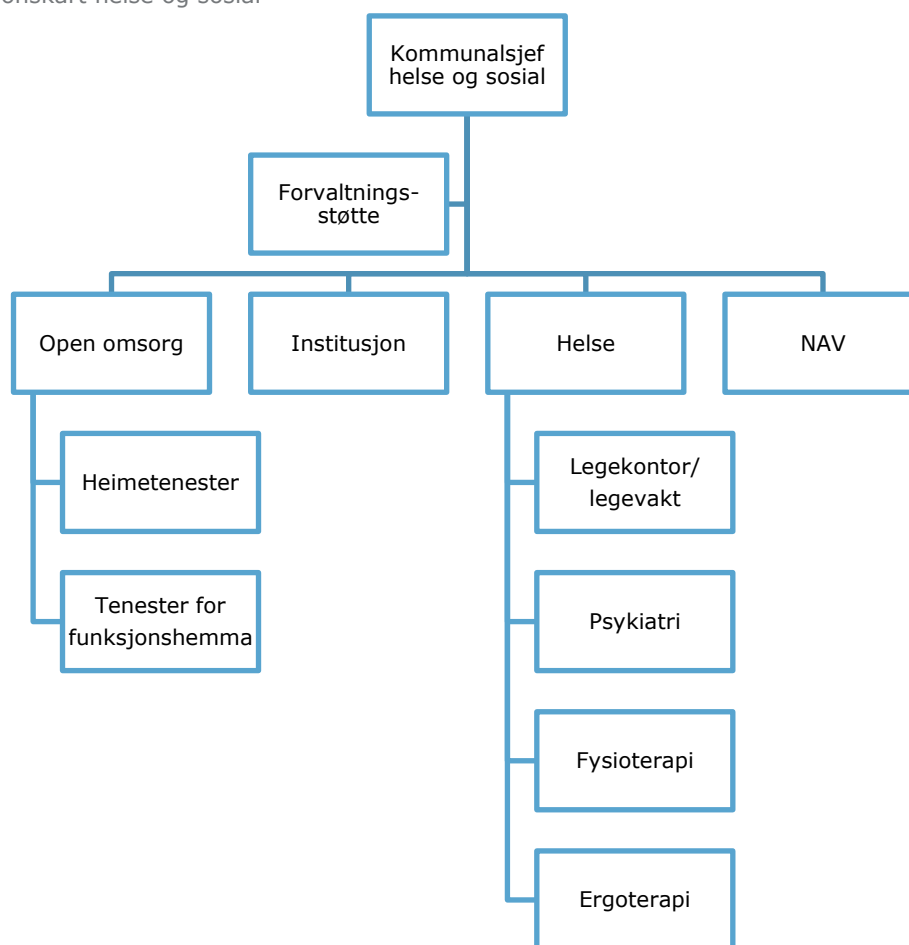
¹ Sakshandsamingstid har ikkje stått i fokus sidan det berre er sjølve vedtaka som inngår i stikkprøvekontrollen. Ofte vil det vere naudsynt med ein meir omfattande kontroll av fleire dokument i saka for å få detaljert kjennskap til sakshandsamingstida.

2. Om tenesteområdet

2.1 Organisering

Fokus i denne forvaltningsrevisjonen har vore på heimetenester og institusjonstenester til eldre. Begge desse tenestene er i Tysnes kommune organisert under tenesteområdet helse og sosial, jf. figuren under.

Figur 1: Organisasjonskart helse og sosial



Heimetenester omfattar heimesjukepleie og praktisk bistand som blir ytt i den enkelte tenestemottakar sin heim eller kommunale bustad. Institusjonstenester er pleie- og omsorgstenester som blir ytt på institusjon.

I 2018 flytta pleie- og omsorgstenesta inn i eit nytt omsorgssenter, og drifta blei lagt om. Omsorgssenteret har tre institusjonsavdelingar (to somatiske avdelingar og ei demensavdeling) organisert som sjølvstendige einingar. I tillegg er det eit dagsenter for demente, fagleg lokalisert saman med demensavdelinga.

Institusjonsavdelingane har til saman 30 institusjonsplassar med følgjande fordeling:

- Ei avdeling med ti plassar for langtidsopphald/korttidsopphald
- Ei avdeling med ti plassar for korttid/langtid og rehabilitering/augeblikkeleg hjelp
- Ei demensavdeling med ti plassar
- Dagavdeling for demente med åtte plassar/fire dagar per veke fordelt på 14 brukarar

Det er også ti «omsorg pluss»-bustadar i tilknytning til omsorgssenteret. I desse bustadane betalar brukarane leige, og får heimetenester basert på behov og funksjonsnivå. Bustadane har døgntinuerleg

bemanning.² Tenestene blir ytt av heimetenesta på dagtid, og av ei felles nattevakt for heimetenesta og institusjonstenesta på kveld og natt.

Heimetenesta i Tysnes kommune er organisert med ein base som tener alle brukarar i kommunen. Det blir opplyst å vere om lag 120 brukarar som får heimebaserte tenester.

² Tysnes kommune: Kommuneplan, samfunnsdel. 2018-2030.

3. System og rutinar for saksbehandling

3.1 Problemstilling

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

Har kommunen etablert system og rutinar for å sikre god sakshandsaming av søknadar om pleie- og omsorgstenester (institusjonsplass og heimetenester)? Under dette:

- a) I kva grad har kommunen gode rutinar for å vurdere brukarane sine behov når det blir fatta vedtak om sjukeheims plass og heimetenester?
- b) I kva grad har kommunen system og rutinar som sikrar lik handsaming av søknadar? Under dette:
 - i) I kva grad har kommunen sakshandsamingsrutinar og malar som bidreg til å sikre at handsaminga av søknader i minst moglege grad blir personavhengig?
 - ii) I kva grad er det etablert tydelege kriterium som skal vektleggast ved vurdering av rett til sjukeheims plass?
- c) I kva grad blir vedtak utforma i samsvar med sentrale krav i forvaltningslova?

3.2 Revisjonskriterium

I helse- og omsorgstenestelova § 2-2 blir det slått fast at forvaltningslova gjeld for kommunen si verksemd innanfor helse og omsorg. Det vil seie at tildeling av tenester blir vurdert som enkeltvedtak etter forvaltningslova § 2 første ledd bokstav b, altså «et vedtak som gjelder rettigheter eller plikter til en eller fleire bestemte personer». Reglane i forvaltningslova gjeld ved tildeling av heimebaserte tenester og institusjonsplass. Forvaltningslova sin klagefrist på tre veker gjeld derimot ikkje, då det er regulert i særlov at klagefristen for slike vedtak er fire veker etter at søkjar fikk eller burde ha fått tilstrekkeleg kunnskap til å fremje klage, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-5.

Forvaltningslova stiller ei rekke krav til sakshandsaminga i kommunen i samband med enkeltvedtak. Blant anna skal vedtak som blir fatta:

- Innehalde informasjon om klagerett, klagefrist, klageorgan og framgangsmåten ved klage jf. forvaltningslova § 27 tredje ledd
- Innehalde opplysningar om partens innsynsrett jf. forvaltningslova § 27 tredje ledd første punktum
- Innehalde grunngjeving, jf. forvaltningslova § 24. Grunngjevinga skal gis samtidig med at vedtaket blir fatta. Grunngjevinga skal:
 - Innehalde referanse til dei reglane vedtaket bygger på jf. forvaltningslova § 25 første ledd
 - Vise til dei faktiske forhold vedtaket bygger på jf. forvaltningslova § 25 andre ledd
 - Etter forvaltningslova § 25 tredje ledd bør også dei hovudomsyn som har vore avgjerande ved utøving av forvaltningsmessig skjønn nemnast

Helsedirektoratet sin rettleiar³ for sakshandsaming av tenester etter helse- og omsorgstenestelova gjer greie for kor detaljert enkeltvedtaket skal vere. Her går det fram at vedtaket skal utformast på ein slik måte at det er tydeleg for mottakaren kva tenester som skal gjevast, i kva omfang og til kva tid, samt for kor lang tid vedtaket er gjeldande. Vidare går det fram at

Vedtaket må være så konkret utformet at det skaper forutsigbarhet for pasienten/brukeren, samtidig som det bør være så fleksibelt at det tar høyde for normale svingninger i bistandsbehovet. Det bør ikke være så spesifikt at det stadig må endres, eller ikke overlater noe til tjenestutøvernes faglige vurderinger, men samtidig ikke så lite spesifikt at tjenesteyternes kapasitet blir avgjørende.

(...)

³ Helsedirektoratet: Veileder for saksbehandling. Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8. Revidert juli 2017.

Det er viktig at vedtakene inneholder tydelig angivelse av rammer og eventuelle mål, slik at vedtaket forplikter kommunen i tilstrekkelig grad, samtidig som det gir forutsigbarhet for pasient/bruker.

Vidare blir det i rettleiaren vist til at det følgjer av forvaltningslova § 17 at kommunen har plikt til å «påse at saken er så godt opplyst som mulig før enkeltvedtak treffes». Det blir vist til at det må sikrast at det ligg føre tilstrekkelege opplysningar til at saka kan vurderast og avgjerast på ein fagleg forsvarleg måte, og at det i mange saker vil vere viktig å ha ei tverrfagleg tilnærming ved utgreiing av behovet, slik at pasienten får ei individuell og tilpassa utforming av tenestene.⁴

I rettleiaren blir det også vist til at opplysningar som er registrert i IPLOS er ein del av pasienten/brukaren sin journal, og er ein viktig del av den relevante dokumentasjonen som må innhentast når eit tenestebehov blir utgreia.⁵

Sjå vedlegg 2 for utfyllande revisjonskriterium.

3.3 Rutinar for å vurdere brukarane sine tenestebehov

3.3.1 Datagrunnlag

Tysnes kommune utarbeidde i mai 2019 ei prosedyre⁶ for sakshandsaming av søknadar om helse- og omsorgstenester. Prosedyren gjeld for eining for institusjon og open omsorg (heimetenesta), og dei tenestene desse einingane har ansvar for. Av prosedyren går det fram at det skal gjennomførast heimebesøk eller samarbeidsmøte med brukar/pårørande etter at kommunen har motteke skriftleg eller munnleg søknad/henvending om behov for tenester, og at ansvar for dette ligg til einingsleiar/kommunalsjef. Avdelingsleiar/avdelingssjukepleiar/einingsleiar er ansvarleg for at det blir gjort IPLOS-kartlegging av brukaren sin funksjon, vurdering av helsetilstand, brukaren sine eigne ressursar og meistring-, samt livs- og busituasjon. Kommunalsjef har ansvar for å gjere saksutgreiinga, og lage møtebok og partsutskrift. Enkeltvedtak/partsutskrift blir sendt søkjar via felles sekretariat.

Revisjonen får opplyst at sakshandsamingsprosessen har fungert slik den er beskrive ovanfor, men at prosessen først blei nedfelt skriftleg i ei prosedyre i mai 2019.

Kommunen har også ei prosedyre⁷ for inntak i rehabilitering-, korttids- og langtidsopphald i institusjon. Av prosedyren går det fram at inntak i institusjon som hovudregel blir bestemt i faste møter i inntaks- og rehabiliteringsteamet 1-2 gongar per måned. Dette består av følgjande personar:

- Kommunalsjef helse og sosial, leiar
- Einingsleiar institusjon, nestleiar
- Avdelingssjukepleiar institusjon
- Einingsleiar open omsorg
- Kommunelege II/ tilsynslege institusjon
- Kommunefysioterapeut
- Kommuneergoterapeut

Vidare går det fram at inntak i rehabilitering- og korttidsopphald i institusjon, t.d. frå sjukehus, kan bli gjort fortløpande av kommunalsjef eller kommunalsjefen sin stedfortredar mellom faste møter. Når det gjeld sakshandsaminga, går det fram at tverrfagleg vurdering, med IPLOS og funksjonskartlegging, blir lagt som grunnlag for vedtak, og at enkeltvedtak blir fatta. Det går også fram at det for rehabilitering- og korttidsopphald har «(...)vore laga kontrakt om opphald for gjeldande tidsrom søkjar har fått tilbod om».

I intervju blir det gjennomgåande gitt uttrykk for at det er gode rutinar for å kartlegge brukarane sitt tenestebehov, både ved søknad om heimetenester og institusjonstenester. I begge tilfelle blir det gjort kartlegging/vurdering med utgangspunkt i IPLOS-skjema, og det blir gjennomført heimebesøk eller kartleggingssamtale med brukar og ev. pårørande. Det blir opplyst at det i etterkant av heimebesøk hos

⁴ Ibid, s. 32.

⁵ Ibid, s. 33

⁶ Tysnes kommune: Prosedyre sakshandsaming. Datert 06.05.2019

⁷ Tysnes kommune: Prosedyre, Inntak rehabilitering – korttids- og langtidsopphald i institusjon. Utgåve 06.05.2019, erstattar utgåve 22.02.2010.

brukar blir skriva eit notat med informasjon om bakgrunn for søkaden, helsetilstand, ønskje til brukar og generelt inntrykk av brukar og heimen. IPLOS-vurderinga og notatet blir sendt til kommunalsjef som legg dette inn i sakshandsamingsssystemet og som fattar vedtak om tenester.

Det blir ved behov, og etter samtykke frå brukar, også innhenta informasjon frå fastlege. For nye brukarar som blir skrivne ut frå sjukehuset, får kommunen tilsendt helseopplysningar, epikrise mv., som blir lagt til grunn for vurdering av tenestetilbodet i kommunen.

For brukarar som har hatt eit korttidsopphald på institusjon etter til dømes sjukehusopphald, skal det vurderast kva tenestebehov brukaren har i det vidare. Dette blir vurdert i inntaksteam, der det blir drøfta om brukar skal tilbakeførast til eigen heim eller omsorgsbustad, få forlenga korttidsopphald eller har behov for langtids plass. Revisjonen får opplyst at avdelingsleiarane deltek i inntaksteamet og er involvert i vurdering av tenestebehov til desse brukarane, då det er desse som kjenner brukarane best. Også i desse tilfella blir det opplyst at IPLOS-kartlegging og vurdering av kva brukar kan mestre og ikkje mestre blir lagt til grunn for vurderinga.

Det ligg ikkje føre skriftlege rutinar som omtalar når og korleis tilsette i heimetenesta skal melde frå dersom brukarar får endringar i tenestebehovet, til dømes ved forverring av helsetilstand eller dersom det blir ytt tenester som brukar ikkje har behov for lenger. I intervju blir det vist til at endringar i tenestebehov blir fanga opp av fagpersonell som bistår brukar, brukar sjølv og/eller pårørande. Einingsleiar viser til at rapportar om endra behov i pasientjournalssystemet CosDoc også blir fanga opp av einingsleiar og kommunalsjef. Einingsleiar opplyser at det er mål om at IPLOS blir oppdatert ein gong per år. Det kan ifølgje einingsleiar vere behov for hyppigare oppdateringar. Dette blir då gjort fortløpande om ein oppdagar endringar av betydning hos brukar. Revisjonen får opplyst at vedtaket blir oppdatert dersom behovet er av ei viss varigheit. Brukarane kan også få eit endra tenestebehov etter utskriving frå sjukehus eller opphald på omsorgssenteret. I desse tilfella får heimetenesta informasjon om dette frå sjukehus/omsorgssenteret, og det blir ved behov gjort ny vurdering.

3.3.2 Vurdering

I undersøkinga blir det gjennomgåande gitt uttrykk for at kommunen har gode rutinar for vurdering av brukarane sitt tenestebehov. Revisjonen meiner det er positivt at det blir gjennomført IPLOS-kartlegging i samband med vurdering av tenestebehova til brukarane, jf. nasjonale krav til registrering av IPLOS-data i kommunane. Samstundes ønskjer revisjonen å påpeike at det i liten grad ligg føre skriftlege rutinar for vurdering av brukarane sine tenestebehov. Revisjonen registrerer at det blei skriftleggjort ei prosedyre for sakshandsaming i mai 2019, men denne er etter revisjonen si vurdering på eit overordna nivå og omtalar i liten grad *korleis* og *når* dei ulike aktivitetane skal gjennomførast, til dømes gjennomføring av heimebesøk/kartleggingssamtale. Revisjonen meiner vidare at sakshandsamingsprosedyren har fleire manglar. Til dømes er det ikkje omtalt kva kontakt som skal vere med brukar/pårørande i prosessen. Prosedyren omtalar heller ikkje sakshandsamingstid og rutinar for å sende førebels svar. Det er heller ikkje vist til malverk som kommunen brukar (t.d. mal for enkeltvedtak og IPLOS-skjema). Vidare registrerer revisjonen at det ikkje ligg føre skriftlege rutinar som omtalar når og korleis tilsette skal melde om ev. endringar i tenestebehova til brukarane.

På bakgrunn av det som kjem fram i undersøkinga, meiner revisjonen at kommunen i større grad bør skriftleggjere prosessane kring vurdering av brukarane sine tenestebehov, både for nye brukarar og ved endringar i tenestebehova til eksisterande brukarar. Dette både for å sikre at relevante opplysningar og informasjon blir henta inn og vurdert i samband med vurdering og revurdering av tenestebehov, og for å redusere risiko for ulik praksis. Skriftleggjering er også viktig for å sikre kunnskapsoverføring mellom anna ved utskiftingar i personalet som er sentrale i desse prosessane.

3.4 Rutinar som skal sikre lik behandling av søknadar

3.4.1 Sakshandsamingsrutinar og malar

Som det går fram i førre kapittel har kommunen ei prosedyre for sakshandsaming om helse- og omsorgstenester, samt prosedyre for inntak i rehabilitering på korttids- og langtidsopphald. Utover desse prosedyrane har kommunen malar for enkeltvedtak om tildeling og avslag om tenester. Desse malane vil bli omtalt nærare i neste kapittel. Kommunen har i tillegg eit søknadsskjema der søkjar skal leggje inn opplysningar knytt til kva type teneste søknaden gjeld og omfang av dette, helsetilhøve, bustadtilhøve og grunngeving for søknaden.

Sakshandsaming i samband med vurdering av rett til pleie- og omsorgstenester blir gjort av kommunalsjef for helse og sosial, men som det går fram i førre kapittel er einingsleiarar og avdelingsleiarar involvert i å vurdere tenestebehovet gjennom å kartlegge og uttale seg om brukarane sin funksjon. Kommunalsjef slutfører alle vedtak.

I intervju blir det peikt på at Tysnes er ein liten kommune og at få personar er involvert i forvaltninga og leiinga. Det blir vist til at fordelane med dette er at ein har god oversikt og god kommunikasjon på tvers. Ulempa er at tenesta ikkje er spissa med ei eiga forvaltningseining som har ansvar for sakshandaminga. Det blir vidare gitt uttrykk for at ein opplever at kommunen sine rutinar for sakshandsaming og vurdering av tenestebehov sikrar lik behandling av søknadar, og at det er ei sams forståing blant dei som er involvert i prosessane av kva som skal vektleggjast og korleis funksjonen til brukarane skal vurderast. Det blir peikt på at dette blir breitt tverrfagleg drøfta i kvart enkelt tilfelle, både i team og i dagleg kommunikasjon mellom dei som er involvert i desse prosessane.

3.4.2 Kriterium ved vurdering av rett til institusjonsplass

Kommunestyret i Tysnes kommune har vedtatt forskrift⁸ om tildeling av langtidsopphald i institusjon eller tilsvarande bustad særleg tilrettelagt for heildøgns tenester. Forskrifta skal tydeleggjere kva kriterium kommunen legg til grunn ved tildeling av langtidsopphald i sjukeheim eller tilsvarande bustad særleg tilrettelagt for heildøgns tenester, samt tydeleggjere korleis kommunen skal følgje opp personar som står på venteliste til desse tenestene.

I forskrifta §2-1 blir det vist til kva vurderingsgrunnlag kommunen baserer seg på, og kva moment som skal kartleggast og vurderast. Dette inkluderer mellom anna funksjonsevne, medisinske forhold, rehabiliteringspotensiale, samtykkekompetanse, pasient/brukar sine ønskjer, nettverk og noverande tenestetilbod. I §2-2 i forskrifta går det fram at kommunen har fastsett følgjande kriterium og vurderingsmoment for tildeling:

a) Pasient/brukar har, grunna helsetilstand og funksjonsvanskar, eit omfattande og varig behov for hjelp til oppfølging av helse, ernæring og eigenomsorg.

Kriteriet vert vurdert på bakgrunn av opplysningar frå kartlegginga. Følgjande moment vert vektlagt:

1. søkjar sin helsetilstand og prognose.
2. søkjar sin kognitive funksjon og evne til eigenomsorg.
3. søkjar si evne til å vurdere eigne behov, tilkalle hjelp ved behov, ivareta eigen helsetilstand, ernæring og liknande.
4. kva type tenester søkjar treng; omfang, kor ofte og tid på døgnet.

b) Andre aktuelle hjelpetiltak skal vere vurdert og/eller prøvd ut, og ikkje funne hensiktsmessige eller forsvarlege. Følgjande skal vurderast:

1. alternative tenestetilbod som helse og omsorgstenester i heimen, rehabiliteringstiltak, sosiale tiltak som dagsenter, støttekontakt, avlastande tenester o.l.
2. fysisk tilrettelegging i heimen.
3. alternative butilbod.
4. bruk av velferdsteknologiske løysingar.

Vidare går det fram at pasient eller brukar som er vurdert å vere best tent med slikt bu- og tenestetilbod, men som med forsvarleg hjelp kan bu heime eller i korttidsopphald inntil det er ledig plass, også har rett til vedtak, men kan setjast på venteliste for tildeling av plass (jf. § 2-4). Kommunen skal føre venteliste for å halde oversikt over dei personane eller brukarane som har fått vedtak. Ved ledig plass vurderer kommunen alle på ventelista, og den med størst behov får tildelt plass. Ved tilsvarande behov skal kommunen leggje vekt på ventetid frå vedtaksdato (jf. § 2-5).

I intervju blir det gitt uttrykk for at forskrifta legg opp til gode vurderingar med omsyn til inntak på institusjon, og at forskrifta er tilstrekkeleg tydeleg. Det blir vist til at det skal vere prøvd ut tiltak på lågare

⁸ Tysnes kommune: Forskrift om tildeling av langtidsopphald i institusjon eller tilsvarande bustad særleg tilrettelagt for heildøgns tenester i Tysnes kommune. Fastsett av Tysnes kommunestyre 13.06.2017.

nivå før tildeling av langtidsplass, og at hovudregelen er at brukarar som kan få tilstrekkeleg tenester på lågare nivå i omsorgstrappa ikkje kvalifiserer til eit langtidsopphald. Det blir også vist til at ein tar omsyn til om brukaren har hatt korttidsopphald over fleire periodar. Elles blir det kommentert at brukarane ofte ønskjer å bu heime så lenge som mogeleg, og at kommunen prøvar å legge til rette for dette.

I eitt av intervjua blir det peikt på at det ikkje eksisterer kriterier for kven som skal få tilbod om plass i dagsenter for demente, eller når ein ev. bør vurdere å avslutte tilbodet om dagsenter.

3.4.3 Vurdering

Undersøkinga viser at kommunen har utarbeidd ei prosedyre for sakshandsaming av søknadar om helse- og omsorgstenester, samt malar for enkeltvedtak. Revisjonen viser til vår vurdering i kap. 3.3.2 der vi mellom anna peikar på at sakshandsamingsprosedyren i liten grad omtalar *korleis* og *når* dei ulike aktivitetane skal gjennomførast, til dømes gjennomføring av heimebesøk/kartleggingsamtale, samt at prosedyren har fleire manglar. Sjølv om det blir vist til at det er små og oversiktlege forhold i kommunen og at få personar er involvert i sakshandsaminga, meiner revisjonen at det ikkje i tilstrekkeleg grad ligg føre skriftlege rutinar som skal sikre god og lik behandling av søknadar. Det er likevel etter revisjonen si vurdering positivt at kommunen har ein praksis der dei som er involvert i sakshandsamingsprosessen drøftar kva som skal vektleggjast og korleis funksjonen til brukarane skal vurderast. Dette kan bidra til å sikre sams forståing av tenesteutmåling og fungere som ei kvalitetssikring i prosessen.

Når det gjeld kommunen si forskrift for tildeling av langtidsopphald i institusjon eller tilsvarende bustad særleg tilrettelagt for heildøgns tenester, synes den etter revisjonen si vurdering å vere tilstrekkeleg tydeleg med omsyn til kva kriterium som skal vektleggjast ved vurdering av behov for desse tenestene. Forskrifta tydeleggjer både kva moment som skal kartleggjast og vurderast, og kva andre hjelpetiltak som skal vere vurdert eller prøvd ut før tildeling. Revisjonen vil likevel gjere merksam på at det i samband med stikkprøvekontrollen av enkeltvedtak er døme på at det ikkje i tilstrekkeleg grad blir vist til kvifor ein brukar ikkje oppfyller kriteria for langtidsopphald i institusjon ved avslag om institusjonsplass. Dette vil bli nærare omtalt i neste kapittel.

3.5 Vedtak i samsvar med sentrale krav i forvaltningslova

3.5.1 Datagrunnlag

3.5.1.1 Kommunale malar for enkeltvedtak

Tysnes kommune har utarbeidd ein mal for enkeltvedtak om helse- og omsorgstenester. I malen er det lagt inn standardtekst om klagerett, inkludert klagefrist på tre veker, klageinstans og informasjon om at ein kan ta kontakt med helse- og sosialkontoret for rettleiing. Det er også inkludert informasjon om retten til å sjå saksdokumenta. Kommunen sin vedtaksmal inneheld vidare standardtekst om lovheimel for vedtak. Sjå utsnitt av denne delen av malen i figuren under.

Figur 2: Utsnitt frå kommunen sin vedtaksmal - informasjon om lovheimel

<p>Lovheimel:</p> <p>Lov om helse- og omsorgstenester § 1-1 og § 3-2 pkt. 6 som omhandlar henholdsvis formålet med tenestene og kommunens ansvar for helse- og omsorgstenester. For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant anna tilby følgjande:</p> <ul style="list-style-type: none">a) helsetenester i heimenb) personleg assistanse, herunder praktisk bistand, opplæring og støttekontaktc) plass i institusjon herunder sjukeheimd) avlastningstiltak <p>Lov om pasient- og brukerrettigheter § 2-1 a andre ledd, som omhandlar rett til nødvendig hjelp frå kommunens helse- og omsorgstenester.</p> <p>Del.reg. H&S 6.4.</p>

Som det går fram av utsnittet over, er det i vedtaksmalen er tilvising til «Del. Regl. H&S 6.4.». Det er ikkje forklart kva denne tilvisinga betyr eller kvifor det er relevant informasjon i malen.

3.5.1.2 Stikkprøvekontroll

Revisjonen har gjennomført stikkprøvekontroll av seks enkeltvedtak om pleie- og omsorgstenester. Gjennom stikkprøvekontrollen har vi undersøkt om sentrale krav i regelverket er etterlevd, med fokus på utforming av enkeltvedtak. Stikkprøvene omfattar både avslag og tildeling av tenester (to avslag og fire innvilga), og ulike typar tenester er omfatta av stikkprøvekontrollen. Kommunen sin vedtaksmal er nytta i alle dei seks vedtaka. Alle vedtaka var signert av kommunalsjef for helse og sosial og einingsleiar for den aktuelle eininga.

3.5.1.3 Informasjon om klagerett og retten til å sjå saksdokumenta

Klagerett, klagefrist, klageinstans og framgangsmåte ved klage går fram av alle dei kontrollerte enkeltvedtaka, jf. at kommunen sin vedtaksmal er nytta i alle dei seks vedtaka som revisjonen har gått gjennom. I malen, samt i alle dei seks vedtaka, er det oppgjeve at fristen for å klage på vedtaket er på tre veker.

Alle dei kontrollerte vedtaka inneheld også informasjon om retten til å gjere seg kjend med saksdokumenta, jf. standardtekst om dette i kommunen sin vedtaksmal.

3.5.1.4 Grunngeving av vedtak

Omtale av faktiske forhold som er lagt til grunn i vedtaket: I fem av seks kontrollerte vedtak er det vist til datert søknad om pleie- og omsorgstenester, men det er i liten grad attgjeve informasjon eller beskrive i vedtaket kva faktum kommunen har lagt til grunn i saka. Dette gjeld også for det sjette vedtaket, der det er vist til datert heimebesøk. Med unntak av eitt vedtak, er det ikkje vist til kvifor søkjar har behov for helse- og omsorgstenester. I vedtaket der dette er gjort (søknad om langtidsopphald i institusjon), er det vist til at søkjar oppfyller kriterier for tildeling av slike tenester, sidan brukar ikkje er i stand til å greie seg aleine i eigen bustad grunna nedsett kognitiv funksjon og nedsett evne til eigenomsorg. Vidare er søkjaren vurdert å ha behov for tett oppfølging av personell.

I eitt av vedtaka er det gitt avslag på søknad om praktisk bistand. Det blir i vedtaket vist til at ein etter samtale med søkjar har kome fram til at det ikkje er behov for heimehjelpa som det er søkt om. Det går ikkje fram kven som har kome fram til at det ikkje er behov for heimehjelp, om dette er brukaren, kommunen eller begge. Det er heller ikkje opplyst i vedtaket kvifor «ein» har kome fram til at det ikkje er behov for dette.

Lovheimel: I alle dei kontrollerte enkeltvedtaka er kommunen sin vedtaksmal nytta. I all hovudsak går lovheimel for vedtaket fram av vedtaka slik den går fram i kommunen sin mal. Det vil seie at dei aller fleste vedtaka inneheld heile teksten slik den står i malen, jf. figur 2.

Utøving av skjønn: I ei av sakene er det innvilga andre helse- og omsorgstenester enn det søkjar har søkt om. Denne saka har følgjande overskrift i vedtaket «søknad om korttidsopphald rehabilitering». Under overskrifta «vedtak» står det «avslag på søknad om langtidsopphald». Kommunen opplyser at det her er nytta feil overskrift, og at vedtaket gjeld avslag på søknad om langtidsopphald i institusjon. I vedtaket går det fram at søknad om langtidsopphald i institusjon blei vurdert i inntaksteamet XX dato, og at søkjar ikkje blei vurdert å fylle kriterier for langtidsopphald i institusjon. Det går ikkje fram av vedtaket på kva måte søkjar ikkje oppfyller desse kriteria, anna enn at det blir vurdert at kommunen fortsatt kan yte søkjar den hjelpa søkjar treng i bustaden søkjar bur i. Vidare er kriteria for langtidsopphald i institusjon lista opp, og det er vist til § 2-2 i forskrifta. Det er ikkje vist til kva av desse punkta søkjaren ikkje oppfyller (t.d. om søkjaren ikkje oppfyller alle punkta på lista eller berre enkelte av dei). Avslutningsvis blir det vist til at søkjar ikkje blir vurdert å ha trong for heildøgns omsorg og pleie i institusjon over lengre tid. Vidare går det fram av vedtaket at søkjar vil få tilbod om andre tenester i bustad. Dette inkluderer omsorgsbustad i Tysnes omsorgssenter m/tilrettelagde tenester i form av omsorg +, heimetenester (heimesjukepleie 5-6 besøk dagleg ((dag, kveld og natt) og heimehjelp/praktisk bistand 2 timar i veka), dagsenter 2 dagar i veka, middagslevering 7 dg/v og tryggleiksalarm). Det går ikkje fram av vedtaket kva brukar skal få hjelp til når det gjeld heimesjukepleie.

I stikkprøvekontrollen er det også andre døme på at det ikkje er spesifisert kor stort omfang av heimesjukepleie (dusj og medisiner) pasienten/brukaren skal få. Revisjonen får i intervju opplyst at

heimetenesta har ei fast rutine på at alle brukarar får hjelp til dusjing ein gong i veka. Kor ofte ein elles yter andre tenester blir opplyst å vere ei skjønnsvurdering basert på brukar sitt ønskje og behov.

3.5.1.5 Førebels svar ved sakshandsamingstid som overstig ein måned

Kontroll av sakshandsamingstid har i utgangspunktet ikkje vore ein del av stikkprøvekontrollen i denne forvaltningsrevisjonen. Likevel registrerer revisjonen at det i tre av seks kontrollerte vedtak er ei sakshandsamingstida som overstig ein måned. I to av desse sakene var sakshandsamingstida på rundt tre månader, medan den i ei av sakene var på to og ein halv måned. Revisjonen har følgjeleg etterspurt om det er sendt førebels svar til søkjar i desse sakene, og fått opplyst at dette ikkje er gjort. I ei av sakene blir det likevel opplyst at det har vore tett kontakt med brukar/pårørande undervegs i prosessen, og at brukaren fekk fleire vedtak om andre tenester før avslaget blei sendt (først fleire korttidsopphald og seinare omsorgsbustad i Tysnes omsorgssenter). Det blir opplyst at dette blei gjort ut ifrå ei vurdering av at kommunen ville at brukaren skulle prøve ut omsorgsbustad før avslag på langtids plass blei sendt. Kommunen opplyser at dei ser at det skulle vore sendt førebels svar i alle dei nemnde sakene.

3.5.2 Vurdering

Undersøkinga viser at alle dei kontrollerte vedtaka er i samsvar med krav i regelverket når det gjeld informasjon om klagerett, klageinstans og framgangsmåte ved klage jf. forvaltningslova § 27 tredje ledd første punktum. Når det gjeld klagefrist er det både i kommunen sin mal for enkeltvedtak og i alle dei kontrollerte vedtaka oppgjeve at denne er på tre veker. Dette er ikkje i samsvar med krava i pasient- og brukarrettslova § 7-5, der det går fram at klagefristen er fire veker for vedtak fatta etter pasient- og brukarrettslova. Sidan pasient- og brukarrettslova er ein særlov for helse- og omsorgstenesta, går denne foran forvaltningslova ved motstrid, og følgjeleg skal klagefrist følgje førstnemnde lov.⁹ Revisjonen gjer likevel merksam på at det for enkeltvedtak som ikkje blir fatta etter pasient- og brukarrettslova, til dømes ved tildeling av kommunal bustad, er klagefristen tre veker i tråd med forvaltningslova § 29.

Undersøkinga viser at alle dei kontrollerte vedtaka inneheld opplysningar om retten til å sjå saksdokumenta i samsvar med forvaltningslova § 27 tredje ledd første punktum.

Når det gjeld grunngjeving av enkeltvedtak, skal denne i følgje forvaltningslova innehalde referanse til dei reglane vedtaket bygger på (jf. forvaltningslova § 25 første ledd), vise til dei faktiske forholda vedtaket bygger på (jf. forvaltningslova § 25 andre ledd), samt at hovudomsyn som har vore avgjerande ved utøving av forvaltningsmessig skjønn også bør nemnast (jf. forvaltningslova § 25 tredje ledd). Revisjonen meiner at dei kontrollerte enkeltvedtaka ikkje i tilstrekkeleg grad oppfyller desse krava til grunngjeving:

- I enkeltvedtaka i stikkprøvekontrollen er det vist til lovheimelsteksten som går fram av kommunen sin mal for enkeltvedtak. Denne teksten inkluderer lovheimlar for fleire ulike tenester, mellom anna helsetenester i heimen og plass i institusjon. Revisjonen meiner at dette ikkje er tilfredsstillande, sidan det då er uklart kva lovheimel som gjeld for det enkelte vedtaket. Revisjonen vil også vise til at forvaltningslova § 25 første ledd andre punktum seier at grunngjevinga skal gjengi innhaldet i reglane eller den problemstillinga vedtaket byggjer på i den utstrekning det er naudsynt for å sette parten i stand til å forstå vedtaket. I Helsedirektoratets rettleiar for sakshandsaming av tenester etter helse- og omsorgstenestelova blir det peikt på at dette «... bør gjøres ved å innta aktuelle bestemmelser i begrunnelsen, eller – dersom det er mer hensiktsmessig – å skrive med egne ord hva regelen går ut på. Sitat og nærmere forklaring kan også fremgå av et vedlegg»¹⁰. Det blir også peikt på at grunngjevinga må gjere det mogleg for parten og for klageinstansen å vurdere om lovbruken har vore korrekt. Vidare meiner revisjonen at det ikkje er tydeleggjort kva kommunen si tilvising til «Del.reg. H&S 6.4» i vedtaka betyr eller kvifor det er relevant for den enkelte sak. Revisjonen meiner at det er viktig at enkeltvedtaket blir gjort forståeleg og tilgjengeleg for pasienten/brukaren, og at det går tydeleg fram på kva måte lov- og regelverk er relevant for den enkelte si sak. Dersom det å vise til Del.reg. H&S 6.4 er relevant informasjon i enkeltvedtaka, bør setninga skrivast ut slik at det blir forståeleg for brukaren kva som er meint med denne formuleringa.

⁹ Sjå mellom anna Helsedirektoratets rettleiar for sakshandsaming av tenester etter helse- og omsorgstenestelova.

¹⁰ Helsedirektoratet: Veileder for saksbehandling - Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8, s. 46-47.

- Når det gjeld faktiske forhold, meiner revisjonen at enkeltvedtaka ikkje i tilstrekkeleg grad beskriv det faktum kommunen har lagt til grunn i saka, jf. forvaltningslova § 25 andre ledd. I Helsedirektoratet sin rettleiar blir det vist til at «Fakta som gjør at parten etter kommunens vurdering har eller ikke har rett til helse- og omsorgstjenester må beskrives. Det holder å ta med de opplysningene som har vært avgjørende for utfallet». I rettleiaren blir det vist til at det kan visast til andre dokument dersom desse inneheld ei meir utførleg framstilling, men at opplysningar som var avgjerande for utfallet i saka likevel bør attgjevast. I denne samanheng meiner revisjonen at kommunen bør vise til kva vedtaket bygger på, til dømes opplysningar som går fram av søknad og gjennomført heimebesøk/kartleggingsmøte, og vidare kva opplysningar som er særleg vektlagt.
- Ved tildeling av helse- og omsorgstenester er det langt på veg overlatt til kommunens frie skjønn å bestemme korleis tenestebehovet skal oppfyllast, men hovedomsyna som har vore avgjerande for kommunen sitt val, skal gå fram i vedtaket. I Helsedirektoratet sin rettleiar står det at «Selv om det står «bør» i loven, følger det av forarbeidene at en slik redegjørelse som regel skal gis». Dette skjønnet kan i ein del tilfelle føre til at brukar/pasient får eit anna tenestetilbod enn det som er søkt om, for eksempel heimetenester istadenfor institusjonstenester. I slike tilfelle må det gå fram av grunngjevinga kva vurderingar kommunen si avgjerd byggjer på. Revisjonen meiner at dette ikkje i tilstrekkeleg grad er tydeleggjort i det vedtaket der det er gitt avslag om langtidsplass i institusjon og gjort vedtak om omsorgsbustad og heimetenester. Det er etter revisjonen si vurdering ikkje tilfredsstillande at det ikkje går fram av vedtaket på kva måte søkjar ikkje oppfyller kriteriata i forskrift for tildeling av langtidsplass i institusjon. Det går ikkje fram om søkjaren ikkje oppfyller alle kriteriata i kommunen si forskrift, eller berre enkelte av dei. Revisjonen meiner også at kommunen i vedtaket må skrive kvifor, og basert på kva vurderingar, kommunen meiner at tenestebehovet til brukaren kan dekkast gjennom å yte andre tenester enn det det er søkt om.

Vidare er det revisjonen si vurdering at detaljnivået om innvilga pleie- og omsorgstenester i dei kontrollerte enkeltvedtaka ikkje alltid er tilstrekkeleg tydeleg. I stikkprøvekontrollen er det døme på at det ikkje er spesifisert kor stort omfang av heimesjukepleie (dusj og medisiner) pasienten/brukaren skal få. Det går fram av Helsedirektoratet sin rettleiar at vedtaket skal vere så konkret utforma at det forpliktar kommunen i tilstrekkeleg grad, og samtidig skaper føreseielegheit for pasienten/brukaren. Revisjonen meiner at det også er viktig for klageretten til brukarane at det er tydeleg kva tenester som er tildelt og at omfanget av tenestene framgår, slik at brukar ev. pårørande kan klage dersom dei meiner at tenestene som det er fatta enkeltvedtak om ikkje er tilstrekkeleg når det gjeld innhald og omfang. Revisjonen meiner det er viktig at slik informasjon inngår i enkeltvedtaka uavhengig av kva praksis det er i kommunen når det gjeld omfanget av tenestene (jf. at heimetenesta viser til at det er fast rutine på at alle brukarar får hjelp til dusjing ein gong i veka).

Revisjonen registrerer at det ikkje alltid blir sendt førebels svar når sakshandsamingstida overstig ein månad. Dette er ikkje i samsvar med krav i forvaltningslova jf. § 11 a tredje ledd som seier at det skal gis eit førebels svar dersom saka ikkje kan avgjerast i løpet av ein månad etter at den er mottatt.

Samla sett meiner revisjonen at enkeltvedtaka på fleire område ikkje i tilstrekkeleg grad er utforma i samsvar med sentrale krav i regelverk og nasjonal rettleiing på området.

4. Organisering for å sikre eit tilfredsstillande tenestetilbod

4.1 Problemstilling

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

Er pleie- og omsorgstenestene organisert på ein hensiktsmessig måte for å sikre eit tilfredsstillande tenestetilbod? Under dette:

- a) I kva grad klarer kommunen å drifte KAD-tilbodet i tråd med intensjonen for etableringa?
- b) I kva grad klarer kommunen å ta imot utskrivingsklare pasientar frå sjukehus?
- c) I kva grad er det ei føremålstenleg fordeling mellom ulike typar institusjonsplassar i kommunen (forholdet mellom korttidsplassar og langtidsplassar)?
- d) I kva grad har tenestene tilstrekkeleg personell med naudsynt kompetanse på jobb til ei kvar tid, og kva blir gjort for å sikre dette?
- e) I kva grad har tenestene tilstrekkelege ressursar/kapasitet til å sikre eit forsvarleg tenestetilbod?
- f) I kva grad har kommunen gjennomført kartleggingar for å identifisere om det er brukargrupper som ikkje får tilfredsstillande oppfølging?
- g) I kva grad er det sett i verk tiltak for å oppnå meir ressurseffektive tenester til brukarane, til dømes bruk av velferdsteknologi og kvardagsrehabilitering?
- h) I kva grad er det etablert tilfredsstillande rutinar for melding og oppfølging av avvik i tenestene?

4.2 Revisjonskriterium

4.2.1 Samhandlingsreforma

Samhandlingsreforma har som mål å bidra til at alle får rett behandling, til rett tid og på rett stad.¹¹ Ein sentral intensjon er at kommunane skal opprette kommunale tilbod før, i staden for og etter sjukehusopphald.

4.2.2 Betalingsplikt for utskrivingsklare pasientar

I samband med samhandlingsreforma blei forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasientar sett i kraft. Føremålet med forskrifta er å bidra til betre arbeidsfordeling mellom tenestenivåa i helse- og omsorgstenesta, skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løysingar som kan gi pasientar eit like godt eller betre tilbod i kommunen si helse- og omsorgsteneste som i spesialisthelsetenesta.¹²

Forskrifta regulerer mellom anna vilkåra for at ein pasient er utskrivingsklar. Av § 9 går det fram at pasient i somatisk døgnavdeling er utskrivingsklar når lege ved helseinstitusjon omfatta av spesialisthelsetenestelova vurderer at det ikkje er behov for ytterlegare behandling ved døgnopphald i helseinstitusjonen.

Når ein pasient er definert som utskrivingsklar, skal spesialisthelsetenesta straks varsle kommunen dersom pasienten har behov for eit kommunalt helse- og omsorgstenestetilbod.¹³ Kommunen må anten kunne gje tilbod om kommunale helse- og omsorgstenester til pasienten, eller betale for «overliggedøgn» i spesialisthelsetenesta i påvente av eit kommunalt helse- og omsorgstenestetilbod.¹⁴

4.2.3 Kommunalt akutt døgntilbod

Samhandlingsreforma har som mål å bygge ut tenester der folk bur, og det blei derfor frå og med 2016 stilt krav om at kommunane skal tilby døgnopphald for augeblikkeleg hjelp. Dette var ei oppgåveoverføring frå spesialisthelsetenesta til kommunane. Kravet til døgnopphald går fram av helse- og omsorgstenestelova

¹¹ Helse- og omsorgsdepartementet, St.meld. nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid

¹² Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter § 1.

¹³ Ibid § 10.

¹⁴ Ibid § 13.

§ 3-5 tredje ledd, der det står at kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphald for helse- og omsorgstenester til pasientar og brukarar med behov for augeblikkeleg hjelp. Det er presisert at plikta berre gjeld for dei pasientar og brukarar som kommunen har moglegheit til å utgreie, behandle eller yte omsorg.

4.2.4 Kommunen sitt ansvar for helse- og omsorgstenester

Etter helse- og omsorgstenestelova § 3-1 skal kommunen sørge for at personar som oppheld seg i kommunen får tilbud om nødvendige helse- og omsorgstenester.¹⁵ Kommunen sitt ansvar omfattar alle pasient- og brukargrupper, under dette personar med somatisk eller psykisk sjukdom, skade eller lidning, rusmiddelproblem, sosiale problem eller nedsett funksjonsevne.¹⁶

I dette prosjektet er merksemda retta mot den delen av helse- og omsorgstenestene som er omfatta av § 3-2, punkt 6, bokstav a-c.

§ 3-2. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

(...)

6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:

- a. helsetjenester i hjemmet,
- b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt og
- c. plass i institusjon, herunder sykehjem.

Det er retta særskilt merksemd mot helsetenester i heimen, praktisk bistand og plass i institusjon (sjukeheim).

Kommunen sitt ansvar for tilbud om opphald i sjukeheim eller tilsvarende bustad særskilt tilrettelagt for heildøgnstenester er nærare omtala i § 3-2 a). Her står det at

Kommunen skal tilby opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.¹⁷

Kommunen pliktar å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere verksemda slik at helse- og omsorgstenestenes omfang og innhald er i samsvar med krav fastsett i lov og forskrift.¹⁸ Pliktene til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere er nærare regulert i eiga forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta.¹⁹

4.2.5 Plikt til samhandling og samarbeid

Etter helse- og omsorgstenestelova § 3-4 pliktar kommunen å legge til rette for samhandling mellom ulike deltenester innan kommunen og med andre tenesteytarar der dette er naudsynt for å tilby tenester av lova. Kommunen skal også samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseføretak og stat.

Kommunen har vidare plikt til å inngå samarbeidsavtale med helseføretak, anten aleine eller saman med andre kommunar, for å bidra til at pasientar og brukarar mottar eit heilskapleg tilbud om helse- og omsorgstenester.²⁰

¹⁵ Helse- og omsorgstenestelova § 3-1 første ledd.

¹⁶ Ibid, § 3-1 andre ledd.

¹⁷ Helse- og omsorgstenestelova § 3-2 a) første ledd.

¹⁸ Ibid, § 3-1 tredje ledd.

¹⁹ Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta, tredje i kraft 01.01.2017.

²⁰ Helse- og omsorgstenestelova § 6-1 og 6-2.

4.2.6 Kompetanse og opplæring

§ 4-1 i helse- og omsorgstjenestelova omtalar krav til forsvarlegheit i kommunen sine helse- og omsorgstjenester. Her går det mellom anna fram at kommunen skal tilrettelegge tenestene slik at helse- og omsorgstjenesta og personell som utfører tenestene blir i stand til å overhalde sine lovpålagte plikter (§ 4-1 c) og at tilstrekkeleg fagkompetanse blir sikra i tenestene (§ 4-1 d).

I forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstjenesta går det fram at verksemda skal ha oversikt over medarbeidarane sin kompetanse og behov for opplæring, jf. § 6f. Vidare står det i § 7b, at verksemda skal sørge for at medarbeidarar i verksemda har naudsynt kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, rettleiarar og styringssystem.

I Helsedirektoratet sin rettleiar²¹ til forskrifta, blir det i rettleiinga til § 6f vist til at det er øvste leiar sitt ansvar å sørge for system som sikrar at medarbeidarane har kunnskap og ferdigheiter til å utføre oppgåvene sine, og at dette føreset at verksemda jamleg gjennomfører kompetansekartleggingar, rekrutterer medarbeidarar med rett kompetanse og sørgjer for at dei får tilstrekkeleg opplæring og etter- og vidareutdanning.

4.2.7 Avvik

I § 6g i forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstjenesta går det fram at verksemda skal 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».

Vidare skal verksemda etter § 8e i forskrifta «gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges». I rettleiinga til dette punktet blir det presisert at øvste leiar har ansvar for at verksemda jamleg gjennomgår avvik og uønskete hendingar, og at denne informasjonen skal brukast til å avdekke årsakene til hendingane, fremje læring og førebygge at tilsvarande ikkje skjer igjen. Vidare blir det peikt på at:

Når avvik og uønskede hendelser er analysert, er det viktig at læringspunktene tas inn i relevante rutiner og prosedyrer. Bestemmelsen må sees i sammenheng med plikten til å ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser m.m. som fremgår av § 6 g.²²

4.2.8 Nasjonale tilrådingar for innføring av velferdsteknologi

Direktoratet for e-helse definerer velferdsteknologi som ein «... fellesbetegnelse på tekniske installasjoner og løsninger som kan bedre den enkeltes evne til å klare seg selv i egen bolig, og bidra til å sikre livskvalitet og verdighet for brukeren».²³

Helsedirektoratet²⁴ peikar på at velferdsteknologi kan gi betre tjenester for brukarane, både heimebuande eldre, pasientar i sjukeheim og andre pasientgrupper. Det blir vidare framheva at velferdsteknologi kan gi meir effektiv bruk av ressursar, og at gevinstane er betydelege ved bruk av velferdsteknologiske løysingar i kommunane. Helsedirektoratet tilrår at kommunane tar i bruk følgjende løysningar:

- Lokaliseringsteknologi (GPS)
- Elektronisk medisineringsstøtte (elektronisk medisindispensar)
- Elektroniske dørlåsar (e-lås)
- Digitalt tilsyn
- Oppgraderte sjuke signalanlegg/pasientvarslingssystem
- Logistikk-løysing for meir optimale køyreruter og betre kvalitet på tenester
- Digitale tryggleiksalarmar
- Responstenester

²¹ Helsedirektoratet: Veileder til forskrift om leiing og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Sist endra 29.10.2018.

²² Ibid, s. 45.

²³ Direktoratet for e-helse: Velferdsteknologi. Sist endra 27.05.2019.

²⁴ Helsedirektoratet: Anbefalinger om velferdsteknologiske løysningar i kommunene. Sist endra 26.04.2019

Sjå vedlegg 2 for utfyllande revisjonskriterium.

4.3 Kommunalt akutt døgntilbod (KAD-tilbod)

4.3.1 Datagrunnlag

Tysnes kommune har inngått særavtale med Helse Fonna HF om kommunen sitt augeblikkeleg hjelp-tilbod.²⁵ Kommunen har i tillegg ei prosedyre²⁶ for dette tilbodet. Det går fram av prosedyren at KAD-tilbodet skal gje pasientar verdige og fagleg forsvarlege tenester i staden for opphald i spesialisthelsetenesta, redusere behov for døgnopphald i spesialisthelsetenesta, redusere behov for ØH-innleggingar i spesialisthelsetenesta, samt skape kostnadseffektive løysingar som kan gje pasienten eit like godt eller betre tilbod i kommunen si helse- og omsorgsteneste som i spesialisthelsetenesta, og skape betre pasientforløp ved å gje pasientar tenester nærare der dei bur.

Prosedyrer omtalar vidare målgruppa for tilbodet (t.d. akutt forverring av kjend tilstand som KOLS). Grunnkapasiteten er på 0,5 sengeplassar, eller 182 liggedøgn. Kommunen har følgeleg høve til å stenge tilbodet inntil halvparten av døgn gjennom året, og i prosedyren blir det vist til at dette særleg er aktuelt ved låg fagleg bemanning. Tilbodet er lokalisert ved Tysnes omsorgssenter. Det er fastlege og legevakslege som kan leggje inn pasientar i tilbodet.

Kompetansekrav til tenesta er etter prosedyren tilgjenge på sjukepleiar 24 timar i døgnet, og sjukepleiarane skal ha oppdatert kompetanse og kunnskap i høve til pasientgruppa som tilbodet gjeld for. Det blir vist til kva dette inneber i prosedyren, t.d. er det vist til at sjukepleiarane skal kunne handtere diverse medisinsk teknisk utstyr, kunne ta ulike prøver og handtere intravenøs væskehandsaming. I tillegg til sjukepleiar skal det vere legetilsyn alle kvardagar på dagtid, og legevakt skal ta seg av beredskapen på kveld, natt, helg og høgtids- og heilagdag. I ei anna kommunal prosedyre²⁷ for å sikre naudsynte ressursar i pleie- og omsorgstenesta, står det at det alltid skal vere sjukepleiar på huset når ØHD-senga (KAD-tilbodet) er operativ. I intervju blir det opplyst at det ikkje alltid er tilgjengeleg sjukepleiar på huset heile døgnet, men at det er sjukepleiar på bakvakt. I desse tilfella blir det ifølgje einingsleiar meldt frå til legetenesta om at tilbodet ikkje kan driftast med sjukepleiar, men at lege likevel kan legge inn pasientar med lettare omsorgs-/behandlingsbehov som ikkje krev sjukepleiarkompetanse. I eit anna intervju blir det vist til at det ikkje blir tatt inn pasientar på KAD-tilbodet når det ikkje er tilgjengeleg sjukepleiar.

Særavtalen som er inngått med Helse Fonna gjer i tillegg greie for Helse Fonna sitt ansvar, samt ambulanse og transport. Det går mellom anna fram av avtalen at helseføretaket har plikt til å bidra med opplæring, råd og rettleiing ved drift av tilbodet, og at begge partar skal søkje mot felles forståing av drifta, målgruppe, kva kompetanse kommunen har og kva begge partane har ansvar for.

Tabellane under viser bruk av KAD-tilbodet i Tysnes kommune.

Tabell 1: Tal innleggingar i KAD-tilbodet

	2017	2018
Somatikk	28	17
Psykisk helse/rus	7	0
Totalt	35	17

Tabellen over viser at det har vore ein nedgong i talet på innleggingar i kommunalt akutt døgntilbod frå 2017 til 2018, frå 35 til 17. Tal på innleggingar viser ikkje kor mange døgn pasienten har vore inneliggande, berre kor mange innleggingar det har vore. Tabellen under viser kor mange døgnopphald (liggedøgn) det har vore totalt.

²⁵ Øyeblikkeleg hjelp døgntilbod (ØHD) blir også omtala som kommunalt akutt døgntilbod (KAD).

²⁶ Tysnes kommune: Prosedyre. Øyeblikkelig hjelp døgntilbod. Sist revidert 01.02.2019

²⁷ Tysnes kommune: Prosedyre for å sikre naudsynte ressursar. Gjeld tenestemråde institusjon, heimesjukepleie og bustader for menneske med utviklingshemming. Datert 30.04.2019.

Tabell 2: Bruk av KAD-tilbodet i % av avtalt grunnkapasitet

	2017	2018
Døgnopphald ²⁸	69	46
% av avtalt grunnkapasitet (182 liggedøgn)	38 %	25 %

Som det går fram av tabellen over, har bruken av kommunalt akutt døgnopphald gått ned frå 2017 til 2018. I 2017 var det totalt 69 liggedøgn, eller 38 prosent av avtalt grunnkapasitet, medan det i 2018 var totalt 46 liggedøgn, eller 25 prosent av avtalt grunnkapasitet.²⁹

KAD-tilbodet var nyoppstarta i februar 2017. Det blir i intervju vist til at det var mykje merksemd kring tilbodet i starten, og at legetenesta nytta det aktivt. Når det gjeld kvifor det har vore ein nedgang i bruken av tilbodet, blir det vist til at det i samband med flytting til nytt omsorgssenter i desember 2017 (der KAD-tilbodet no er lokalisert) blei ein del oppstartsutfordringar som gjorde at kommunen ikkje fann det forsvarleg å halde tilbodet opent i like stor grad som ved oppstart.³⁰ Revisjonen får opplyst at KAD-tilbodet no er tilbake i normaldrift. Det blir samtidig vist til at legane ikkje nyttar tilbodet i like stor grad som før. Dette kan ifølgje dei som er intervju skuldast at legane etter ein periode har gjort seg erfaringar om kva pasientar tilbodet passar for. Tilbodet kan til dømes nyttast for pasientar som har hatt fall og som har behov for observasjon eit døgn eller to. I andre tilfelle er det behov for sjukehusinnlegging, til dømes ved behov for å ta røntgen. Enkelte peikar også på at det var ein del pasientar som blei lagt inn på KAD-tilbodet gjentakande gongar i løpet av 2017. Fleire av desse har etter kvart blitt tildelt ein langtidsplass på grunn av meir omfattande behov, noko som blir vist til kan vere med på å forklare nedgangen i bruken av KAD-tilbodet frå 2017 til 2018.

I eit av intervju blir det kommentert at det i enkelttilfelle har skjedd at lege ikkje har følgd prosedyre for KAD-tilbodet, og lagt inn pasient utan at det er tilstrekkeleg informasjon om kva oppfølging/pleie pasienten skal ha. Det blir opplyst at det har blitt meldt avvik på dette.

Kommunalsjef for helse og sosial peikar i intervju på at det ikkje er god ressursutnytting å drive tilbodet som i dag, jf. at tilbodet i liten grad blir nytta. Det blir kommentert at det også er eit ressurs- og kompetansespørsmål sidan tenesta er forplikta til å ha sjukepleiar tilgjengeleg for å drive tilbodet.

4.3.2 Vurdering

Kommunen har etablert kommunale døgnplassar for augeblikkeleg hjelp i samsvar med krav i helse- og omsorgstenestelova § 3-5, men det blir i undersøkinga gitt uttrykk for at tilbodet kunne ha blitt nytta i større grad. På bakgrunn av det som kjem fram i undersøkinga, meiner revisjonen det er viktig at kommunen gjer nødvendige avklaringar rundt bruk av dette tilbodet, og vurderer om det er mogeleg å setje i verk tiltak for å sikre at dette lovpålagte tilbodet blir nytta i større grad og i samsvar med intensjonen i samhandlingsreforma om å førebygge og forhindre sjukehusinnleggningar. Sidan det er fastlege eller legevakslege som kan leggje inn pasientar i KAD-plass, meiner revisjonen det er viktig at bruken av tilbodet blir drøfta med desse aktørane. Revisjonen meiner også at det er uklårt om KAD-tilbodet alltid blir drifta i samsvar med inngått avtale og kommunale prosedyrar når det gjeld tilgjengeleg kompetanse på jobb.

4.4 Fordeling mellom institusjonsplassar i kommunen³¹

4.4.1 Datagrunnlag

I kommunen si årsmelding frå 2018 blir det vist til at etableringa av det nye omsorgssenteret har medført ei stor omstilling, og har gitt kommunen meir differensierte tenester med bustad, dagsenter, heimetenester, rehabilitering og institusjonsopphald.

²⁸ I kommunen si årsmelding frå 2018 går det fram at tilbodet var i bruk i 46 døgn i 2018, og det blir vist til at dette er ein nedgang frå året før, då det var 69 døgn.

²⁹ Revisjonen har gjort ei utrekning av bruken av KAD-tilbodet med utgangspunkt i liggedøgn (døgnopphald) og avtalt grunnkapasitet. Merk at dette ikkje viser kor mange dagar tilbodet faktisk var i drift.

³⁰ Revisjonen får opplyst at KAD-tilbodet i 2018 var opent tilsvarande avtalt grunnkapasitet på 182 døgn, men at kommunen normalt har dette tilbodet ope vesentleg meir enn avtalt grunnkapasitet.

³¹ For å kunne gje ein god presentasjon av datagrunnlaget i rapporten, er rekkefølgen i problemstillingane endra noko i forhold til vedtatt prosjektplan. Dette inneber at problemstillinga «I kva grad er det ei føremålstenleg fordeling

I samband med omorganiseringa blei talet institusjonsplassar redusert frå 39 til 30 plassar, alle lokalisert på det nye omsorgssenteret. I intervju går det fram at det etter innflytting på omsorgssenteret var stor pågang av brukarar med ønskje om institusjonsplass, og at tenestene var uroa for om det var tilstrekkeleg institusjonsplassar i kommunen. Det blir opplyst at det våren 2018 var to søkjarar som fekk vedtak om langtidsopphald som måtte stå på venteliste i tre månadar. Ein av desse fekk tildelt omsorgsbustad i omsorg pluss i påvente av ledig langtidsplass, medan den andre hadde periodar med korttidsopphald på institusjon og tett oppfølging i heimen utanom dette.

I den første perioden etter innflytting til nytt omsorgssenter blei dagtilbodet for demente mykje brukt på grunn av manglande kapasitet på institusjonsplassar. Kapasiteten og bemanninga på dagsenteret blei difor auka opp ei periode, frå åtte til elleve plassar. Det blir gitt uttrykk for at pågangen både når det gjeld institusjonsplassar og dagtilbodet har stabilisert seg, og det blir opplyst at dagsenteret no opererer med åtte plassar.

På revisjonstidspunktet var det ifølge kommunen ingen som stod på venteliste til langtidsplass. Institusjonstenesta har ledige plassar, noko som blir peikt på som viktig slik at tenesta har fleksibilitet til å ta imot brukarar på kort varsel. Revisjonen får opplyst at det vanlegvis blir drifta med fem korttidsplassar, men at talet kan justerast etter behov, til dømes dersom det er behov for fleire korttidsplassar i ein periode. I intervju som revisjonen har gjennomført blir det gjennomgåande gitt uttrykk for at det er tilstrekkeleg kapasitet på institusjonsplassar i kommunen. Det blir også trekt fram at dei nye omsorgsbustadene (Omsorg Pluss) er eit tiltak som inngår i ein heilskepeleg plan for breidde i tenestetilbodet som eit alternativ til institusjonsopphald og at brukarar kan bu lengst mogleg heime.

Når det gjeld omsorgsbustader, får revisjonen opplyst at det framover vil vere behov for fleire slike. Dette til dels som følgje av at den gamle sjukeheimen, der kommunen per i dag har fleire omsorgsbustadar, skal leigast ut til private. Revisjonen får opplyst at det i neste økonomiplan vil bli lagt inn plan for bygging av 15 nye omsorgsbustadar.

4.4.2 Vurdering

Basert på det som kjem fram i undersøkinga synes det å vere eit tilstrekkeleg tal på institusjonsplassar i kommunen. Det synes også føremålstenleg å kunne justere fordelinga av ulike typar institusjonsplassar (forholdet mellom langtidsplassar og korttidsplassar) etter det faktiske behovet i kommunen. Revisjonen meiner vidare at det er positivt at kommunen i samband med etableringa av det nye omsorgssenteret i større grad har lagt til rette for at det kan tilbys tenester innanfor fleire nivå i omsorgstrappa. Dette er i tråd med nasjonale føringar som seier at det skal leggjast til rette for at brukarane kan bu lengst mogeleg heime og få støtte til å meistre kvardagen på trass av sjukdom og funksjonssvikt (jf. Meld. St. 15, 2017-2018).

4.5 Betalingsdøgn for utskrivingsklare pasientar frå sjukehus

4.5.1 Datagrunnlag

Som det går fram i kapittel 4.4 blir det frå kommunen vist til at talet på korttidsplassar, som er dei plassane som blir brukt til å ta imot pasientar som har behov for institusjonsopphald etter sjukehusopphald, er fleksibelt og blir justert etter behov. Kommunen tar også imot pasientar frå sjukehus som får tenester og oppfølging i eigen bustad.

Dersom kommunen ikkje kan gje tilbod om kommunale helse- og omsorgstenester til pasienten når helseføretaket har definert pasienten som utskrivingsklar, må kommunen betale for «overliggedøgn» i helseføretaket i påvente av eit kommunalt helse- og omsorgstenestetilbod. Døgnprisen kommunen betaler per liggedøgn for ein utskrivingsklar pasient er fastsett av staten. I 2018 utgjorde døgnprisen 4747 kr. I 2019 er døgnprisen sett til 4885 kr.

Revisjonen har fått opplyst at kommunen har hatt følgjande betalingsdøgn (betaling for overliggedøgn) til helseføretaket dei siste åra:

- 5 døgn i 2017

mellom ulike typar institusjonsplassar i kommunen (forholdet mellom korttidsplassar og langtidsplassar)?» er flytta lenger fram i rapporten.

- 2 døgn i 2018
- 1 døgn hittil i 2019 (per oktober)

4.5.2 Vurdering

Undersøkinga viser at kommunen har hatt få betalingsdøgn til helseføretaket for pasientar som er meldt utskrivingsklare dei siste åra, og følgeleg låge utgifter til dette. Basert på det som kjem fram i undersøkinga er det revisjonen si vurdering at kommunen oppfyller forpliktingane sine om å ta imot utskrivingsklare pasientar frå sjukehus i tråd med intensjonane i samhandlingsreforma.

4.6 Tilstrekkeleg personell med kompetanse på jobb til ei kvar tid

4.6.1 Datagrunnlag

4.6.1.1 Bemanning i tenestene

Det blei våren 2019 utarbeidd prosedyre³² som skal sikre naudsynte ressursar på jobb i pleie- og omsorgstenestene. Prosedyren beskriv krav til bemanning i institusjonstenesta og heimetenesta, inkludert kva kompetanse som skal vere tilstade på kvar vakt.

Etter prosedyra skal institusjonstenesta vere bemanna med tre helsepersonell på dagvakt og to på kveldsvakt i kvar eining, med unntak av demensavdelinga som skal ha tre helsepersonell på kveldsvakt (desse skal kunne avlaste dei andre einingane). Av desse må minst ein ha delegert fullmakt til medisindeling. Det går også fram at institusjonen alltid skal ha minst ein sjukepleiar på vakt eller bakvakt, og at det alltid skal vere sjukepleiar på huset når ØHD-senga er operativ. Heimesjukepleien skal vere bemanna med sju personell på dagvakt, (helg seks stk) fire på kveldsvakt. Turnus er lagt opp med minimum ein sjukepleiar på alle vakter. I tillegg kjem tilsette i heimehjelp/ praktisk bistand. Det går vidare fram av prosedyra at nattenesta er felles for institusjon og open omsorg, og at det skal vere tre personell på alle vakter; ein sjukepleiar og to helsefagarbeidarar.

Revisjonen får opplyst at grunnbemanninga i heimetenesta blei auka opp våren 2019, og at den no i hovudsak blir opplevd å vere tilstrekkeleg i vekedagane. I helgane har det imidlertid sidan sommaren 2018 vore behov for ekstrabemanning for å kunne gi nødvendig helsehjelp. Dette som følge av at tenestebehova til enkelte brukarar krev høgare bemanning enn det som ligg til grunn i heimetenesta sin bemanningsplan. Det blir peikt på at grunnbemanninga må aukast med ein person ekstra laurdag og søndag for at bemanninga skal vere tilstrekkeleg også i helgane. Revisjonen får opplyst at rådmannen er orientert om situasjonen. Vidare blir det opplyst at det i nokre tilfelle er seinvakter utan sjukepleiar i heimetenesta. I desse tilfella er det tilgjengeleg bakvakt, eller ein sjukepleiar som kjem på jobb ein time eller to for å utføre oppgåver som ikkje kan gjerast av anna personell. Enkelte peikar på at det er behov for avlastningsplassar for heimetenesta, til dømes for å kunne avlaste heimetenesta ved kortvarig ekstra tyngde i pleie eller dersom heimetenesta ikkje har kompetanse til å ivareta tyngre brukarar på helg.

Når det gjeld institusjonstenesta blir det i nokre intervju vist til at grunnbemanninga i hovudsak er tilstrekkeleg etter bemanningsplanen, men det blir gitt døme på situasjonar der bemanninga er for knapp. I andre intervju blir det gitt uttrykk for at det ikkje er tilstrekkeleg kompetanse, spesielt på kveldsvakter, nattevakter og helgevakter. Hovudutfordringane blir her vist til å vere knytt til turnusen for nattevakt og helg, samt knytt til vakante stillingar som ein ikkje klarer å rekruttere til. Dette gjeld særleg deltidstillingar.

Det er fleire vakansar både i heimetenesta og institusjonstenesta, både sjukepleiarstillingar, helsefagarbeidarstillingar og helgestillingar. Det blir kommentert at det er ønskeleg å rekruttere fagpersonell, men at det i liten grad er kvalifiserte søkjarar til stillingane.

Det blir også vist til utfordringar ved sjukdom/fråvær av fagpersonell, særskilt på natt. Fleire viser til at bemanninga kan bli knapp dersom det kjem inn brukarar med høg pleietyngde. I nokre tilfelle blir det opplyst å vere behov for å leige inn ekstra personell. Ved ei av avdelingane blir det kommentert at det ideelt sett burde vore meir ressursar både på dag og kveldstid for å gje fullgode tenester. Det blir gitt uttrykk for at mykje fungerer bra fordi personalet er samvitsfulle og fordi nokre enkeltpersonar strekk seg langt og tar mykje ansvar for at drifta skal gå rundt. Revisjonen får opplyst at avdelingane på omsorgssenteret hjelper kvarandre i dei tilfella det ikkje er tilstrekkeleg fagpersonell på jobb.

³² Tysnes kommune: Prosedyre for å sikre naudsynte ressursar. Gjeld tenestekområde institusjon, heimesjukepleie og bustader for menneske med utviklingshemming. Datert 30.04.2019.

For å dekke dei vakante stillingane og anna fråvær (t.d. permisjonar, sjukefråvær) blir det nytta vikarbyrå, lokale vikarar og pensjonistar. Det blir opplyst at det i utgangspunktet er ønskjeleg å leige inn sjukepleiarar som vikarar, men at dette ikkje i tilstrekkeleg grad er tilgjengeleg. Det blir derfor også leigd inn helsefagarbeidarar frå byrå. Revisjonen får opplyst at alle som arbeider i heimetenesta, inkludert vikarar, må ha medisindelegasjon, og at det dermed ikkje er utfordringar knytt til mangel på personell som kan dele ut medisin.

Revisjonen får opplyst at kommunen no arbeider med å innføre årsturnus i pleie- og omsorgstenesta, som blir vist til kan redusere uønskt deltid. Det blir også opplyst at det nyleg er sett i gong eit prosjekt som har bakgrunn i eit politisk initiativ for å minske vikarbruk og auke grunnbemanning i kommunen.

4.6.1.2 System og planar for å sikre kompetanse

Revisjonen får opplyst at det er gode moglegheiter for etter- og vidareutdanning for tilsette i pleie- og omsorgstenesta. Dei fleste ufaglærde er ifølgje kommunen i eit utdanningsløp for å få helsefagarbeidarkompetanse. Tilsette som ønskjer etter- og vidareutdanning kan søkje kommunen om permisjon med løn. Søknaden skal sendast einingsleiar. Einingsleiar kjem med innstilling som blir sendt vidare til kommunalsjef for vurdering. Det blir opplyst at kommunen som regel innvilgar søknadane dersom det er behov for den aktuelle kompetansen i avdelinga. Revisjonen får opplyst at avdelingsleiarane og einingsleiar i institusjon har faste møte, og at dette er ein arena for å drøfte kompetanse og melde frå om kompetansebehov i avdelingane. Det blir peikt på at ein likevel er avhengige av at tilsette sjølv ønskjer å ta etter- og vidareutdanning.

Revisjonen har fått tilsendt opplæringsplan for helse og sosial. Denne inneheld ei oppstilling av etter- og vidareutdanningar tilsette i tenestene har fått innvilga å gjennomføre, samt ei oppstilling av nettbaserte kurs for dei enkelte avdelingane. Når det gjeld avdelingane i institusjonstenesta blir det opplyst at einingsleiar brukar å sende ut informasjon om kva kurs det er ønskjeleg at tilsette gjennomfører. Det er også lagt inn punkt i opplæringsplanen definert som internundervisning (mellom anna står det internundervisning for alle tilsette ved Tysnes omsorgssenter innan sår og sårbehandling og palliativ eldreomsorg). Revisjonen får opplyst at opplæringsplanen for helse og sosial blei utarbeidd våren 2019, og at det stort sett har vore utarbeidd ein slik plan årleg. I intervju blir det opplyst at tilsette/representantar for dei tilsette over lengre tid har sendt inn innspel om at ein ønskjer ein kompetanseplan eller ei oversikt over kva kompetanse ein har bruk for no og i framtida, men at det ikkje har kome noko signal frå kommunen om at det ligg føre planar om å utarbeide dette.

Det går ikkje fram av opplæringsplanen kva kompetanse tenestene har per i dag. Revisjonen får opplyst av kommunalsjef for helse og sosial at det tidlegare kan ha vore gjort kompetansekartlegging frå personalrådgjevar/rådmannsnivå, men at dette ikkje er inkludert i ein kompetanseplan etter det kommunalsjef for helse og sosial kjenner til. I intervju blir det vist til at det er fleire sjukepleiarar med vidareutdanning, mellom anna innan kreftsjukepleie, avansert klinisk sjukepleie og sårstell, samt helsefagarbeidarar med vidareutdanning innan hørsel, demens og psykisk helse, men det blir også gitt døme på kompetanse tenestene gjerne skulle hatt meir av. Dette gjeld særleg innan demens, bruk av tvang, velferdsteknologi og behov for oppfrisking på ernæring. Fleire nemner også at det hadde vore nyttig å hatt ein demenskoordinator i kommunen.

4.6.2 Vurdering

Basert på det som kjem fram i undersøkinga, meiner revisjonen at det er grunn til å stille spørsmål ved om kommunen har sikra at avdelingane som er omfatta av denne undersøkinga har tilstrekkeleg tilgang på fagpersonell til ei kvar tid. Revisjonen vil presisere at eventuell mangelfull fagdekning i relevante delar av tenesta kan medføre risiko for at dei helse- og omsorgstenestene kommunen tilbyr til pasientane ikkje alltid er forsvarlege, jf. § 4-1 i helse- og omsorgstenestelova.

Revisjonen meiner det er positivt at kommunen har sett i gong initiativ som har som mål om å redusere uønskt deltid, auke grunnbemanninga og redusere vikarbruken, mellom anna med omsyn til utfordringane kommunen opplever med å rekruttere fagpersonell. Denne typen tiltak kan bidra til at kommunen i større grad får nyttiggjort seg av dei ressursane og kompetansen som allereie finst i kommunen.

Sjølv om det i undersøkinga blir vist til at det er gode moglegheiter for at tilsette kan ta etter- og vidareutdanning, meiner revisjonen at kommunen ikkje har tilstrekkeleg systematikk i arbeidet med å sikre kompetanse i pleie- og omsorgstenesta. Undersøkinga viser at det ikkje blir gjennomført jamlege

kompetansekartleggingar i pleie- og omsorgstenesta. Revisjonen meiner at det heller ikkje ligg føre ein plan/oversikt som i tilstrekkeleg grad omtalar kompetanse- og opplæringsbehov i tenestene framover. Kommunen er pliktig til å ha oversikt over medarbeiderane sin kompetanse og behov for opplæring, jf. § 6f i forskrift om leing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta. Dette er også særleg omtalt i Helsedirektoratet sin rettleiar til forskrifta, der det framgår at «Det er øverste leders ansvar å sørge for systemer som sikrer at medarbeiderne har kunnskap og ferdigheter til å utføre oppgavene sine. Det forutsetter at virksomheten gjennomfører jevnlig kompetansekartlegginger, rekrutterer medarbeidere med riktig kompetanse og sørger for at de får tilstrekkelig opplæring, samt etter- og videreutdanning».

4.7 Ressursar og kapasitet

4.7.1 Datagrunnlag

Som omtalt i tidlegare kapittel i rapporten har institusjonstenesta ledige plassar, det er fleksibilitet i fordelinga mellom langtidsplassar og korttidsplassar, og kommunen har i liten grad har utgifter til overliggedøgn til sjukehus. Når det gjeld ressursbruk, opplyser kommunen at sjølvstendige einingar i institusjonstenesta etter omorganiseringa krev noko meir personell når det gjeld turnus og drift, men at det ligg effektivisering i at delen fagpersonell er styrka gjennom at delar av årsverka til støttefunksjonar er overført til personell i avdeling, og følgjeleg meir brukarretta service. Vidare peikar kommunen på at tilbodet i institusjon er styrka når det gjeld ØHD-tilbod, kreftomsorg, KOLS og generelle lidingar, at kvaliteten på tilbodet til dei mest pleietrengande aukar, og at brukarane sine eigne interesser blir vitalisert gjennom å tilby eigen bustad med høg tryggleik i staden for institusjon. Kommunen viser også til at ein nyttar eksisterande ressursar til dagsenter for demente, noko som vil bli eit lovkrav.

I intervju med kommunalsjef for helse og sosial blir det peikt på at ressursane er ein felles pott som skal fordelast til ulike tenester og formål i kommunen, og at ressursar er eit knapphetsgode som tenesta gjerne skulle hatt ein større del av. Kommunalsjefen meiner likevel at tenestene greier å sikre eit forsvarleg tenestetilbod med dei ressursane ein har fått tildelt. Også i andre intervju blir det gitt uttrykk for at ein klarer å sikre eit forsvarleg tenestetilbod, sjølv om ressursane er knappe.

Tabellen under viser rekneskapstal og revidert budsjett for 2018. Tala er henta frå Tysnes kommune sin årsrapport for 2018.

Tabell 3: Ressursbruk - heimetenester og institusjonstenester - Kjelde: Årsrapport for 2018

Ansvar	Rekneskap 2018	Rev. Budsjett 2018	Avvik
Tysnes omsorgssenter	28 944 749	28 321 822	-622 927
Heimesjukepleie	15 510 098	12 772 137	-2 737 961
Heimehjelp	4 156 843	4 534 880	378 037

Som det går fram av tabellen over var det eit negativt avvik frå revidert budsjett og rekneskap både for Tysnes omsorgssenter og heimesjukepleie. I årsrapporten går det fram at det blei tilført ekstra ressursar til Open omsorg (heimetenesta) frå januar 2018 tilsvarende 1,4 årsverk, ei seinvakt ekstra. Det blir vist til at desse ressursane primært har blitt nytta i drifta av tenesta i omsorgsbustadar Omsorg pluss i Tysnes omsorgssenter. Vidare går det fram av årsrapporten at tenesta gjennom 2018 har sett at pasientane som kjem frå sjukehus har eit større hjelpebehov samt at pasientane har ein høg alder og redusert eigenomsorgsevne, noko som har gjort at det har vore nødvendig å styrkje talet på tilsette.

Som det går fram i kap. 4.6.1.1 blir det opplyst at heimetenesta sidan sommaren 2018 har måtte bruke ekstrabemanning i helgane (laurdag og søndag) for å kunne gi naudsynt helsehjelp. Dette skuldast at tenestebehova til enkelte brukarar krev ei høgare bemanning enn det som ligg til grunn i bemanningsplanen. Det blir kommentert at grunnbemanninga måtte ha vore auka med ein person ekstra laurdag og søndag for at bemanninga skulle ha vore tilstrekkeleg også i helgane.

4.7.2 Vurdering

Undersøkinga gir ikkje indikasjonar på at kommunen ikkje klarer å sikre eit forsvarleg tenestebehov som følgje av manglande ressursar og kapasitet. Revisjonen stiller likevel spørsmål ved at det over tid har vore nødvendig å bruke ekstrabemanning i heimetenesta for å kunne gje eit forsvarleg tenestetilbod i helgane. Innleige av vikarar og bruk av overtid er kostbart, og revisjonen meiner kommunen bør vurdere om grunnbemanninga i heimetenesta i helgane bør aukast opp slik at tenesta ikkje er avhengig av ekstrabemanning for å kunne gi nødvendig helsehjelp til brukarane.

4.8 Identifisering av om det er brukargrupper som ikkje får tilfredsstillande oppfølging

4.8.1 Datagrunnlag

Kommunen har ikkje gjort systematiske kartleggingar for å identifisere om det er brukargrupper som ikkje får tilfredsstillande oppfølging i pleie- og omsorgstenesta. Det blir i intervjuet som revisjonen har gjennomført gitt uttrykk for at det er små forhold og at ein har god oversikt over brukarane, og at det er lav terskel for å ta kontakt for å få hjelp. Det blir også gitt uttrykk for at ein opplever at brukarane får tenestene dei har behov for. I eit intervju blir det peikt på at det kan vere manglar i tenestetilbodet i kommunen når det gjeld meir komplekse brukarar (rus, psykiatri og somatikk), og det blir gitt døme på problemstillingar knytt til medisinerer i møte med desse brukarane. Det blir samtidig framheva at dette ikkje er problemstillingar tenesta møter på ofte, og at det er låg terskel for å ta kontakt med andre tenester eller ressursar i kommunen dersom ein møter på utfordringar knytt til manglande kompetanse som andre kan bistå med.

Når det gjeld differensiering av tenestetilbodet til spesifikke pasient-/brukargrupper, blir det vist til at kommunen har lite volum i kvar pasientgruppe, og at det derfor ikkje blir etablert særtilbod for til dømes yngre demente og demente som er i ein tidleg fase. I denne samanheng blir det vist til at større kommunar vil ha fleire brukarar i same kategori, og dermed større grunnlag for å etablere meir differensierte tilbod som til dømes dagsentertilbod for desse brukarane. Det blir peikt på at yngre demente og demente som er i ein tidleg fase får oppfølging og tilbod saman med dei andre på dagsenteret på demensavdelinga. Når det gjeld dagtilbod generelt blir det av enkelte peikt på at det kunne vore ønskeleg med eit dagtilbod for ikkje-demente heimebuande som har utfordringar med å kome seg ut.

4.8.2 Vurdering

Undersøkinga viser i all hovudsak at brukarane får dei tenestene dei har behov for og at dei ulike brukargruppene er kjent for kommunen. Revisjonen meiner samstundes at det er viktig at kommunen held seg orientert om det er brukargrupper med samansette behov som ikkje får tilfredsstillande oppfølging. Slike kartleggingar kan til dømes sjåast i samanheng med utarbeiding av kompetanseplan(ar) for tenestene, jf. vår tilråding i kap. 4.6.

4.9 Tiltak for å oppnå meir ressurseffektive tenester til brukarane

4.9.1 Datagrunnlag

Kommunen har gått til innkjøp og implementert ei plattform for velferdsteknologi levert av Hospital IT. Kommunen har hittil tatt i bruk alarmsystemet i denne plattformen, som er integrert med kommunen sitt journalsystem. I dokumentasjonen frå kommunen går det fram at dette alarmsystemet samlar all alarmhandtering for institusjon, omsorgsbustader og heimetenesta i kommunen. Systemet legg til rette for at tilsette har rask tilgang til informasjon om pasienten i elektronisk pasientjournal, samt oversikt over oppgåver og andre tilgangar som dei treng for å gjennomføre arbeidet sitt. Det går fram at alle bebuarar på institusjon er utstyrt med nettbrett, der pleiar kan oppdatere seg raskt på pleieplan og oppgåver, samt kvittere ut for utført oppgåver. Vidare går det fram at både brukarar og tilsette ber ein «tag» som gir oversikt over kvar dei er, og sikrar at nærmaste ressurs blir kopla til alarmutløysar. I tillegg til at brukarane kan tilkalle hjelp manuelt, kan systemet utløyse automatisk alarm ved mellom anna fall, rop og vandring utanfor definerte soner.

Ved utløyst alarm i heimetenesta blir det oppretta tovegskommunikasjon mellom brukar og tilsett. Kommunen peikar på at dette gir effektivisering i form av at behovet for hjelp raskt kan avklarast, at alarmen går til næraste hjelpear og at ev. bomturar kan hindrast.

I intervjuet blir det peikt på at det har vore nokre utfordringar knytt til det digitale alarmsystemet på omsorgssenteret. Det blir vist til at det har vore treigheit i systemet og stor nedetid på grunn av feil og utbedring, utfordringar med å gi opplæring i systemet for vikarar og generelt liten kompetanse på velferdsteknologi i små stillingar. Det blir også peikt på at alarmknappen er liten og vanskeleg å trykke på

og at dette burde vore betre tilrettelagt for brukaren. Det blir vist til at det er sendt innspel til kommunalt nivå knytt til utfordringar med alarmsystemet, men at det er uklart kven som har det overordna ansvaret for dette. Når det gjeld open omsorg blir det gitt uttrykk for at alarmsystemet fungerer bra, og at dei tilsette har fått god opplæring.

Revisjonen får opplyst at Hospital IT si plattform for velferdsteknologi gjer det mogleg å implementere ulike typar velferdsteknologi på sikt. Kommunalsjef for helse og sosial opplyser at det er plan om å få tatt i bruk fleire komponentar i dette systemet, som fallalarm, døralarm, brannalarm og digitalt tilsyn, og at det framover vil bli sett av midlar til dette. Gjennom intervju blir det peikt på at heimetenesta ser behov for e-lås, samt fallalarm og døralarm hos enkelt demente. Revisjonen får opplyst at det har vore diskutert om det er behov for elektroniske medisindispensarar i heimetenesta, men at ein har kome fram til at det er for store utfordringar for brukarane å handtere desse. Når det gjeld institusjon, blir det peikt på at ein saknar fallsensorar og eventuelle dørsensorar. Det blir også peikt på at det burde vore mogeleg å registrere i journalen via nettbretta på bebuaromma, og ikkje berre i arbeidsplan.

Det blir opplyst at det per i dag ikkje er mogeleg for tilsette i heimetenesta å journalføre medisingiving ute hos brukaren. Dette blir per i dag journalført på papir, og ført inn i elektronisk journal etter endt vakt på basen til heimetenesta. Revisjonen får opplyst at heimetenesta i ein kort perioda nytta CosDoc-telefonar for å kunne registrere ute hos brukarane, men at dette ikkje fungerte. Det blir vist til at telefonane hadde svært avgrensa mogelegheiter for rapportering og kvittering for utført arbeid, og at det i tillegg var store påloggingsutfordringar. Det blir opplyst at kommunen held på med oppgradering av journalsystemet CosDoc til nyaste versjon, samt at Hospital IT nettopp har oppdatert sitt system. Målsettinga er at desse to systema etter oppdateringar vil kommunisere med kvarandre, slik at pleiepersonell via Smartvakt-telefonar kan kvittere for oppdrag utført, gitte medisinar, samt skrive rapportar ute i felten og at denne informasjonen blir oppdatert i CosDoc-journalen fortløpande.

Kommunen har også planar om å innføre DigiHelse³³ (ei digital melding- og kalenderteneste på helsenorge.no som gjer at innbyggjarane og kommunen kan kommunisere med kvarandre), men kommunikasjon mellom Helse IT- og CosDoc-systemet er ein føresetnad for at dette skal la seg gjennomføre. Kommunen si målsetting er at Helse IT og CosDoc er synkronisert innan desember 2019 og at DigiHelse då er på plass i løpet av våren 2020.

Revisjonen får opplyst at kommunen ikkje har eit system for kvardagsrehabilitering³⁴, men det blir peikt på at det er ønskjeleg å satse på dette i framtida. Mellom anna blir det vist til at det har vore drøfta om det er mogeleg å inkludere kvardagsrehabilitering i kommunen sin nye plan for rehabilitering. Elles blir det gitt uttrykk for at kommunen har eit godt fysio- og ergoterapeuttilbod, som jobbar på tvers av institusjon og heimetenester, samt innanfor legetenesta, helsestasjon, skule mv., men enkelte viser til at fysioterapiressursane er for knappe. I intervju med einingsleiar i heimetenesta blir det vist til at også sjukepleiarane har fokus på at brukarane skal klare mest mogeleg sjølv når dei er ute hos brukar og bistår i dei daglege gjeremåla.

4.9.2 Vurdering

Tysnes kommune har etter revisjonen si vurdering iverksett fleire føremålstenlege tiltak for å i større grad kunne ta i bruk velferdsteknologi. Revisjonen meiner det er viktig at kommunen no arbeider vidare med å få implementert ulike typar teknologi i tråd med Helsedirektoratet sine nasjonale tilrådingar for innføring av velferdsteknologi i kommunane. Dette kan etter revisjonen si vurdering både bidra til betre tenester for brukarane, enklare arbeidskvardag for dei tilsette og samtidig bidra til sparte kostnadar for kommunen.

Samtidig vil revisjonen peike på at det er viktig at kommunen følgjer opp tilbakemeldingar frå tilsette knytt til innført velferdsteknologi, samt sikrar at alle tilsette og vikarar får tilstrekkeleg opplæring i bruk av teknologien. Dette er etter revisjonen si vurdering ein viktig del av kvalitetsarbeidet, jf. forskrift om leing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta.

Når det gjeld kvardagsrehabilitering meiner revisjonen kommunen bør vurdere kor vidt og korleis ei meir systematisert tilnærming til dette kan bidra til meir ressurseffektive og betre tenester til brukarane. I dette

³³ For meir informasjon om DigiHelse, sjå KS sine nettsider [her](#).

³⁴ KS omtalar kvardagsrehabilitering som «... en ny måte å tenke «omsorg» på. I stedet for å tilby brukere med funksjonssvikt kompensierende og passiviserende tiltak, vil de få et skreddersydd rehabiliteringstilbud med mål om bedre mestring av dagligdagse gjøremål. Et tverrfaglig team veileder og tilrettelegger for aktiviteter som er satt ut fra brukerens egne ressurser».

arbeidet meiner revisjonen det kan vere hensiktsmessig for kommunen å hente inn erfaringar frå andre kommunar som er komne lenger i arbeidet med kvardagsrehabilitering.

4.10 Rutinar for melding og oppfølging av avvik

4.10.1 Datagrunnlag

4.10.1.1 Avviksrutinar

Revisjonen har fått tilsendt to prosedyrar for avvikshandtering for pleie- og omsorgstenesta, ei som gjeld for Tysnes omsorgssenter, og ei som gjeld for heile helse og sosial.³⁵ I begge prosedyrane står det følgjande om føremålet:

- Avdekke og førebyggje avvik før dei gjev negative konsekvensar
- Førebyggja at same avvik skjer på nytt
- Å sikre at tenesta vert betre, lære av feil

Når det gjeld bruksområde blir det vist til at prosedyrane gjeld for brot på prosedyrar i kvalitetssystemet, skade på brukar samt forsømingar og klage frå brukar eller pårørande. Det er også gitt nærare definisjonar av avvik; manglande oppfylging av spesifiserte krav (mellom anna prosedyrar og instruksar), skade på brukar, klage frå brukar/ pårørande, forsømingar i høve ting ein har lova brukar/pårørande og manglande kompetanse hos personell.

I følgje avviksprosedyrane har alle arbeidstakarar ansvar for å avdekke avvik, og den som oppdagar avviket skal fylle ut registreringsskjema. Det går fram at avvik knytt til brukar skal meldast på avviksskjema i journalsystemet CosDoc, der avviksmelding blir knytt til den enkelte brukar. Vidare skal avviket rapporterast til næraste overordna, som har ansvar for å vurdere hastegrad og korleis avviket skal handterast. Korrigerande tiltak skal setjast i verk av den som er ansvarleg for funksjonen der avviket er påvist, ev. rutineendring til handsaming i personalmøte.

Det er noko skilnad mellom prosedyrane når det gjeld oppfølging/korrigerande tiltak. I prosedyren som gjeld for omsorgssenteret står det at omsorgssenteret har faste ik-møter (revisjonen får opplyst at dette står for internkontrollmøter) anna kvar månad, der alle avvik blir systematisk følgt opp gjennom at dei blir drøfta og forsøkt lukka. På desse møta deltek leiarane, tillitsvalde og verneombod. Det står ikkje tilsvarende i prosedyren som gjeld for heile helse og sosial. Det blir i intervju opplyst at open omsorg tidlegare ikkje har hatt tilsvarende ik-møte, men at dette har blitt etablert i 2019. Revisjonen får opplyst at det er gjennomført tre ik-møter i open omsorg i 2019, og at målsettinga er å gjennomføre eitt slikt møte i månaden. Revisjonen får også opplyst at einingsleiar i heimetenesta, som er relativt ny i stillinga, vil ha kontakt med einingsleiar for institusjon for rettleiing i kva fokusområde ein bør ha på desse møta, samt korleis ein best kan jobbe for å lukke avvik og korleis gi informasjon om avvikshandteringa til dei tilsette.

I tillegg til dei to nemnde avviksprosedyrane for pleie- og omsorgstenesta har revisjonen fått tilsendt ei rutine³⁶ med tilhøyrande skjema for avviksrapportering som gjeld for heile kommunen. Det går fram at denne rutina skal «nyttast for å melde om tilhøve som ikkje er i samsvar med lover, forskrifter eller eininga si HMT avgjerse.» Det går fram av rutina at det er einingsleiar som er ansvarleg for å handtere uønskte hendingar/avvik på eiga avdeling. Einingsleiar skal rapportere kvartalsvis til rådmannskontoret, der det blir vurdert kva avvik som skal vidare i arbeidsmiljøutvalet (AMU). Det blir vist til at avvik som eininga ikkje klarar å lukke som hovudregel skal til AMU.

Revisjonen får opplyst at alle prosedyrar for avvikshandtering blir gjort tilgjengelege for dei tilsette i ein prosedyreperm som ligg på dei ulike avdelingane.

4.10.1.2 Melding og oppfølging av avvik

I nokre intervju blir det gitt uttrykk for at dei tilsette er flinke til å melde avvik, medan det i andre intervju blir vist til at ein del avvik er underrapportert. Fleire peikar på at det blir meldt ein del avvik knytt til fall og medikamentavvik, medan det på andre område blir opplyst å bli meldt få avvik. Døme på dette er bruk av tvang og makt, samt HMT-avvik og avvik knytt til kapasitet og kompetanse. I denne samanheng blir

³⁵ Tysnes kommune: Prosedyre. Avvikshandtering, pleie og omsorgsavdelinga, Tysnes omsorgssenter. Utgåve datert 01.02.2017. Tysnes kommune: Prosedyre. Avvikshandtering, Helse- og sosial. Utgåve datert 06.05.2019.

³⁶ Tysnes kommune: Avviksrapportering inkl. avviksskjema. Ikkje datert.

det av fleire vist til at det er tungvint at HMT-avvik må meldast på papir. Nokre peikar også på at ein del avvik er underrapportert fordi tilsette er usikre på kva som er eit avvik, og følgjeleg lar vere å melde dei. Som eksempel blir det vist til at det til kan vere uklart *når* eit fall er eit avvik, om det er eit avvik dersom ein tilsett blir spytt på eller om det skal meldast avvik dersom ei prosedyre ikkje blir følgt. Det blir gitt uttrykk for at slike problemstillingar til ei viss grad blir drøfta i personalgruppa, men at det burde vore meir openheit og diskusjon rundt dette, og det blir uttrykt ønskje om ei felles forståing av kva som er eit avvik og kva som ikkje er det både for leiinga og for dei tilsette. Det blir vidare vist til at mange tilsette kvir seg for å melde avvik fordi det opplevast som om fokus er på at dei har gjort noko feil.

Som det går fram i avsnitta over er det etablert ein praksis med internkontrollmøte der avvik blir drøfta og forsøkt lukka både i heimetenesta og i institusjonstenesta. Revisjonen får opplyst at avvik også blir drøfta på fagmøter/personalmøter med dei tilsette, og at det skal gis tilbakemelding til den som har meldt avviket. I intervjuet er det imidlertid nokre som gir uttrykk for at det ikkje i tilstrekkeleg grad blir gitt tilbakemelding på korleis meldte avvik blir følgt opp. Det blir kommentert at dette har blitt noko betre den siste tida, men at det stadig er eit forbettringspotensial knytt til oppfølging av avvik, og at det er ønskjeleg at det blir sett fokus på dette i leiinga i pleie- og omsorgstenesta.

Revisjonen får opplyst at kommunalsjef for helse og sosial får avvikrapport frå einingsleiar for institusjon etter kvart internkontrollmøte. På revisjonstidspunktet blei det opplyst at kommunalsjefen ikkje får tilsvarande rapport frå heimetenesta, men at ho følgjer med i systemet på kva avvik som blir meldt.

4.10.2 Vurdering

For å sikre at avvik blir meldt og følgt opp på ein måte som bidrar til å oppfylle krava i forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta, er det viktig å ha tydelege rutiner for melding og oppfølging av avvik. Det er også sentralt å sikre ein god avvikskultur der tilsette er bevisst på viktigheita av å melde avvik og kva som er føremålet med å melde avvik. Undersøkinga viser at det er etablert system og rutinar for å melde og følgje opp avvik, men at det er variasjon når det gjeld i kva grad avvik blir meldt, og korleis tilsette opplever at avvik blir følgt opp og handtert. Dette er etter revisjonen si vurdering ikkje tilfredsstillande.

For å skape ein god avvikskultur er det viktig at avvik blir følgt opp på ein god måte, og at det ved gjentatte avvik blir satt i verk forbetringstiltak. Gode oversikter over meldte avvik er viktig for å kunne setje i verk føremålstenlege og naudsynte forbetringstiltak. Ei fullstendig og oppdatert oversikt over avvika som blir meldt, vil kunne vise om det er avvik som går igjen, og kan på denne måten gi indikasjonar på om avvika dreier seg om systemsvikt eller enkelthendingar. Revisjonen meiner det er positivt at også heimetenesta har etablert internkontrollmøte der meldte avvik blir drøfta og forsøkt lukka. Dette kan etter revisjonen si vurdering bidra til å sikre at meldte avvik systematisk blir følgt opp, men revisjonen vil presisere at det er viktig at det også for heimetenesta blir utarbeidd oversikt over alle meldte avvik.

5. System for samhandling

5.1 Problemstilling

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

Er det etablert eit hensiktsmessig system for samhandling mellom kommunen og helseføretak?

- a) I kva grad er det etablert system og rutinar for god og sikker informasjonsutveksling med helseføretak?
- b) I kva grad mottar kommunen i tilstrekkeleg tid og omfang informasjon frå helseføretak om pasientar sine behov etter utskriving?
- c) I kva grad opplever kommunen utfordringar knytt til reinnlegging av pasientar på sjukehus?
- d) I kva grad blir det meldt avvik knytt til informasjonsutveksling mellom kommunen og helseføretak, og i kva grad blir ev. avvik følgt opp og rapportert tilbake om på ein systematisk måte?

5.2 Revisjonskriterium

5.2.1 Plikt til å inngå samarbeidsavtale

Kommunestyret har plikt til å inngå samarbeidsavtale med det regionale helseføretaket i helseregionen (helse- og omsorgstenestelova § 6-1 første ledd), og samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasientar og brukarar mottar eit heilskapleg tilbod om helse- og omsorgstenester (§ 6-1 andre ledd).

Krav til avtalens innhald går fram i helse- og omsorgstenestelova § 6-2. Her blir det mellom anna spesifisert at avtalen skal omfatte semje om kva helse- og omsorgsoppgåver forvaltningsnivåa er pålagt ansvaret for og ei felles oppfatning av kva tiltak partane til ei kvar tid skal utføre. Den skal også innehalde retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innlegging, utskriving, habilitering, rehabilitering mv. for å sikre heilskaplege helse- og omsorgstenester til pasientar med behov for koordinerte tenester. Vidare er det eit krav at avtalen gir retningslinjer for innlegging i sjukehus, beskriv kommunen sitt tilbod om døgnopphald for øyeblikkeleg hjelp og gir retningslinjer for samarbeid om utskrivingsklare pasientar som blir antatt å ha behov for kommunale tenester etter utskriving frå institusjon.

Sjå vedlegg 2 for utfyllande revisjonskriterium.

5.3 System og rutinar for informasjonsutveksling med helseføretak

5.3.1 Datagrunnlag

Revisjonen har fått tilsendt inngått tenesteavtale mellom Tysnes kommune og Helse Fonna HF³⁷, som gjeld ansvars- og oppgåvefordeling ved opphald i spesialisthelsetenesta. Av denne går det mellom anna fram at partane skal etablere gode rutinar med fastsette kontaktpunkt i tenestene som skal kvalitetssikre kommunikasjon i samband med innlegging og utskriving. I dialogen mellom partane skal det i all hovudsak nyttast elektroniske meldingar. Vidare går det fram korleis meldingsutveksling om innlagt pasient mellom helseføretak og kommune skal føregå, og helseføretaket og kommunen sitt ansvar i denne samhandlinga er skildra. Retningsliner for samhandling mellom helseføretak og kommune under pasient sitt opphald i helseføretaket går fram, samt retningsliner for samhandling og informasjonsutveksling mellom dei to partane ved utskriving og mottak av pasient i kommunen.

Revisjonen har også fått tilsendt eit flytskjema³⁸ som i detalj illustrerer prosessen og samhandlinga gjennom e-meldingar mellom sjukehus og kommune, både ved innlegging, under opphald, når pasienten er utskrivingsklar og ved utskriving.

I intervju blir det gjennomgåande gitt uttrykk for at det er etablert gode system og rutinar for informasjonsutveksling mellom kommunen og helseføretak. Melding om utskrivingsklare pasientar går til

³⁷ Tenesteavtale 5 mellom Tysnes kommune og Helse Fonna HF: Ansvars- og oppgåvefordeling ved opphald i, og utskriving av pasientar frå spesialisthelsetenesta.

³⁸ E-melding mellom sjukehus og kommune. Det går ikkje fram kven som har utarbeidd dokumentet.

kommunalsjef gjennom e-meldingar i sakshandsamingsjournal i Cosdoc, og kommunalsjef tar vidare kontakt med einingsleiar i den aktuelle eininga som skal ta imot pasienten. All informasjon om pasienten blir så lagt inn i sjukepleiarjournal av kommunalsjef, slik at dei som skal ha pasientkontakt får tilgang til nødvendige opplysningar.

5.3.2 Vurdering

Undersøkinga gir ikkje indikasjonar på at det er manglar knytt til dei system og rutinar som ligg føre for å sikre god og sikker informasjonsutveksling mellom helseføretaket og kommunen om inneliggande og utskrivingsklare pasientar.

5.4 Informasjon frå helseføretak om pasientar sine behov etter utskrivning

5.4.1 Datagrunnlag

Kommunen får gjennom det etablerte systemet med e-meldingar informasjon om pasientar som har behov for eit tenestetilbod i kommunen etter utskrivning. For heilt nye brukarar er det ein kommunikasjon med sjukehuset rundt kva tilbod pasienten/brukaren har behov for ved utskrivning til kommunen. Revisjonen får opplyst at dersom det ikkje er prekære behov som krev institusjonsopphald eller umiddelbare tiltak blir det gjennomført heimebesøk hos pasient/brukar for å kartlegge tenestebehovet. For brukarar som allereie har eit tenestetilbod i kommunen, får kommunen melding dersom den aktuelle personen har eit endra tenestebehov etter sjukehusopphald.

I intervjuet som revisjonen har gjennomført blir det gjennomgåande gitt uttrykk for at kommunen i dei aller fleste tilfelle får tilstrekkeleg informasjon frå helseføretaket om pasientane sine behov etter utskrivning. Det blir likevel vist til nokre døme der informasjonen er mangelfull eller har kome for seint. Det blir mellom anna vist til døme der medisinliste mangla ved utskrivning, men der den kom kort tid etterpå. Det blir også vist til døme der brukarar som har hatt sjukehusopphald blir skrivne ut frå sjukehuset med ei medisinliste som kan vere avvikande i forhold til den som blir nytta i pleie- og omsorgstenestene (dette gjeld brukarar som har eit tenestetilbod i kommunen før innlegging på sjukehuset), og det blir peikt på at dette medfører risiko for feilmedisinering (sjå nærare omtale av dette i kap. 5.6.). Vidare blir det i eitt av intervjuet peikt på at det har skjedd at utskrivingsrapporten har kome for seint, og at dette er utfordrande i dei tilfella pasienten kjem på kveldstid eller helg. Det blir vist til at dette sjeldan skjer, men at det har skjedd med pasientar som er skrivne ut til heimetenesta.

Når det gjeld samhandlinga med helseføretaket om pasientar, blir det også av nokre peikt på at det hadde vore ønskjeleg med ein fast kontaktperson i helseføretaket som kommunen kan ta kontakt med dersom det er spørsmål knytt til mottak av pasientar.

5.4.2 Vurdering

Basert på det som kjem fram i undersøkinga synes systemet for informasjonsutveksling mellom helseføretaket og kommunen om pasientar sine behov etter utskrivning i hovudsak å fungere tilfredsstillande i praksis. Revisjonen vil likevel framheve at det er viktig at det blir meldt avvik i dei tilfella informasjonen er mangelfull eller ikkje kjem i tide. Avvik knytt til samhandlinga med helseføretaket vil bli nærare omtalt i kap. 5.6.

5.5 Reinnlegging av pasientar frå sjukehus

5.5.1 Datagrunnlag

Revisjonen har fått opplyst at kommunen ikkje har statistikk over reinnleggingar av pasientar som er skrivne ut frå sjukehus, men det blir i intervjuet som revisjonen har gjennomført gjennomgåande vist til at det er svært få reinnleggingar av pasientar frå sjukehus. Ein av dei intervjuet viser også til at det ofte er andre problemstillingar enn den pasienten var innlagt for som har gjort seg gjeldande dersom det er behov for reinnlegging av pasientar som har blitt skrivne ut, til dømes at pasienten har hatt eit fall.

5.5.2 Vurdering

Undersøkinga gir ikkje indikasjonar på at det er utfordringar knytt til reinnleggingar av pasientar som er skrivne ut frå sjukehus. Som det går fram av tidlegare kapittel i rapporten opplever kommunen i hovudsak å få tilstrekkeleg informasjon om pasientar sine behov etter utskrivning til kommunen, noko som er viktig for at kommunen skal kunne planlegge det kommunale tenestetilbodet og sikre forsvarleg oppfølging etter utskrivning til kommunen. Det blir heller ikkje i undersøkinga gitt uttrykk for at pasientar blir skrivne ut for fort frå sjukehus, slik at det oppstår behov for reinnleggingar.

5.6 Avvik knytt til informasjonsutveksling mellom kommunen og helseføretak

5.6.1 Datagrunnlag

I den overordna samarbeidsavtalen mellom Tysnes kommune og Helse Fonna HF står det at «partane skal behandle avvik etter nærmare definerte retningslinjer». Vidare står det at melding og behandling av avvik skal skrivast i verksemdene sine avvikssystem. Dersom det oppstår avvik frå avtalen og dei ulike tenesteavtalane, skal dette sendast til den andre parten i løpet av den første månaden etter at avviket oppstod. Etter avtalen skal partane gi kvarandre tilbakemelding på korleis avviket er behandla.

Kommunen opplyser at det ikkje ligg føre oversikt over meldte avvik knytt til informasjonsutveksling mellom kommunen og helseføretak. Det blir gjennomgåande gitt uttrykk for at samhandlinga med sjukehuset fungerer godt, og at det sjeldan er avvik i samhandlinga. Det blir likevel vist til enkelte døme:

Fleire viser til at det kan vere uklart kva medikamentliste sjukehuset har lagt til grunn når brukarar ved omsorgssenteret har vore innlagt. Ein av dei intervjuar viser til at brukarar som har hatt sjukehusopphald av og til blir skrivne ut med ei medikamentoversikt frå sjukehuset som kan vere avvikande i forhold til den omsorgssenteret brukar, og at det virkar som sjukehuset kopierer gammal medikamentliste som ligg i deira system. Det blir peikt på at dette medfører risiko for at pasienten får feil medisin eller ikkje får den medisinen vedkomande burde hatt. I følgje den intervjuar har avdelinga ved fleire høve vore i telefonkontakt med sjukehuset for å få tilstrekkeleg informasjon om legemiddel, men det er uklart om det har blitt meldt avvik i alle tilfella. Det blir også gitt uttrykk for at ein er usikker på om avvika fører fram. Også i andre intervju blir det vist til at det er uklart korleis meldte avvik til helseføretaket blir følgt opp.

Kommunalsjef for helse og sosial opplyser at kommunen har meldt nokre avvik til sjukehuset, og at kommunen har fått tilbakemelding på desse slik at avviket kan lukkast. Det blir opplyst at dette blir gjort via einingsleiar eller kommunalsjef.

Eventuelle utfordringar i samhandlinga kan også drøftast i samarbeidsmøta med helseføretaket. Mellom anna blir det vist til at det er tatt opp i samarbeidsmøta at det har skjedd at sjukehuset har ringt kommunen for å informere om utskriving av pasient, istadenfor å varsle om dette gjennom e-melding slik rutinane seier. Revisjonen får opplyst at det er kommunalsjef for helse og sosial som deltek i desse møta, og det blir gitt uttrykk for at dialogen med sjukehuset er god.

5.6.2 Vurdering

Basert på det som kjem fram i undersøkinga, er det revisjonen si vurdering at det ikkje i tilstrekkeleg grad har blitt gitt tilbakemelding til tilsette om korleis meldte avvik til helseføretaket har blitt følgt opp. For at tilsette skal sjå verdien i å melde avvik, er det viktig at det blir meldt tilbake om korleis avvik blir følgt opp, og korleis meldte avvik blir nytta som grunnlag i kvalitetsutviklingsarbeid. Dersom det er ei gjentakande problemstilling at helseføretaket skriv ut pasientar med ei medikamentliste som er avvikande i forhold til den medikamentlista pleie- og omsorgstenesta i kommunen nyttar, meiner revisjonen det er viktig at kommunen løftar problemstillinga med helseføretaket slik at relevante forbetringstiltak kan setjast i verk.

6. Konklusjon og tilrådingar

Revisjonen meiner at pleie- og omsorgstenestene i Tysnes kommune på fleire område er organsiert på ein hensiktsmessig måte. Undersøkinga viser mellom anna at kommunen i stor grad klarer å ta imot utskrivingsklare pasientar frå sjukehus, at det er låge utgifter til overliggedøgn samt at fordelinga mellom ulike institusjonsplassar blir justert etter faktiske behov. Det blir heller ikkje vist til at det er utfordringar knytt til reinnleggingar av pasientar som er skrivne ut frå sjukehus. Revisjonen meiner også det er positivt at omorganiseringa og flytting til nytt omsorgssenter har bidratt til at kommunen kan tilby tenester innanfor fleire nivå i omsorgstrappa, samt at kommunen har kjøpt inn eit system som legg til rette for bruk av velferdsteknologi. Når det gjeld KAD-tilbodet i kommunen, meiner revisjonen at det bør gjerast nærare avklaringar rundt bruken av dette, for å sikre at tilbodet blir brukt i tråd med intensjonen for etableringa. Undersøkinga viser også at det er etablert hensiktsmessige system og rutinar for samhandling mellom kommunen og helseføretak om inn- og utskrivning av pasientar, og at dette i hovudsak ser ut til å fungere tilfredsstillande.

Når det gjeld kapasitet og kompetanse i tenestene, stiller revisjonen spørsmål ved om avdelingane som er omfatta av undersøkinga har tilstrekkeleg personell med nødvendig kompetanse på jobb til ei kvar tid. Revisjonen stiller også spørsmål ved at det over tid har vore nødvendig å bruke vikarar/ekstrapersonell for å sikre at heimetenesta har tilstrekkeleg bemanning i helgane. Dette bør kommunen gjere ei ytterlegare vurdering av. Vidare meiner revisjonen at det ikkje i tilstrekkeleg grad ligg føre eit system for kompetanseutvikling i pleie- og omsorgstenestene.

Kommunen har etter revisjonen si vurdering heller ikkje i tilstrekkeleg grad etablert system og rutinar som bidrar til å sikre tilfredsstillande sakshandsaming ved vurdering av rett til pleie- og omsorgstenester, og stikkprøvekontrollen som revisjonen har gjennomført stadfestar at enkeltvedtaka har fleire manglar.

Revisjonen meiner at det er viktig at kommunen systematiserer og skriftleggjer rutinar knytt til sakshandsaming og kompetanseutvikling. Auka skriftleggjing kan bidra til å redusere risikoen for feil og manglar, til at arbeidet i mindre grad blir personavhengig, og til at det blir retta tilstrekkeleg merksemd mot desse områda. Revisjonen vil også framheve at skriftleggjing av system og rutinar er sentralt for å sikre god internkontroll.

Basert på det som kjem fram i undersøkinga vil revisjonen tilrå at Tysnes kommune sett i verk følgjande tiltak:

1. Gjennomgår og justerer rutinar og malar som skal nyttast i sakshandsaminga, slik at desse er i samsvar med regelverket og bidrar til å sikre at krav i regelverket blir etterlevd (jf. revisjonen sine vurderingar i kap. 3.3.2 og 3.4.3)
2. Sikrar at sakshandsaminga i samband med vurdering av rett til pleie- og omsorgstenester er i samsvar med krav i pasient- og brukarrettslova og forvaltningslova (jf. revisjonen sine vurderingar i kap. 3.5.2)
3. Arbeider vidare med å etablere ein god avvikskultur i pleie- og omsorgstenesta. Under dette mellom anna:
 - a. Tydeleggjere for dei tilsette kva som er føremålet med å melde avvik, kva som skal meldast som avvik samt korleis meldte avvik skal følgjast opp
 - b. Sikre at alle avvik blir meldt når dei oppstår, inkludert avvik knytt til samhandlinga med helseføretaket
 - c. Sikre at tilsette får tilbakemelding om korleis avvik er følgt opp og nytta i kvalitetsforbetningsarbeidet
 - d. Utarbeider fullstendige og oppdaterte oversikter over alle meldte avvik, og brukar desse i det kontinuerlege kvalitetsforbetningsarbeidet i tenestene

4. Gjennomfører jamlege kompetansekartleggingar og utarbeider kompetanseplanar for pleie og omsorg, i samsvar med forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta §§ 6f og 7b
5. Sikrer tilstrekkeleg tilgang på fagkompetanse i tenestene, i samsvar med helse- og omsorgstenestelova § 4-1 d, inkludert vurderer om grunnbemanninga i heimetenesta i helgane bør aukast slik at tenesta ikkje er avhengig av ekstrabemanning for å kunne gi nødvendig helsehjelp til brukarane
6. Gjer avklaringar rundt bruken av KAD-tilbodet, og vurderer om det er mogeleg å setje i verk tiltak for å sikre at dette lovpålagte tilbodet blir nytta i større grad og i samsvar med intensjonen i samhandlingsreforma om å førebygge og forhindre sjukehusinnleggingar
7. Arbeider vidare med å innføre velferdsteknologi i tenestene, i samsvar med Helsedirektoratet sine tilrådingar for innføring av velferdsteknologi i kommunane, samt vurderer om det er hensiktsmessig å systematisere dette arbeidet i ein plan/strategi for velferdsteknologi

Vedlegg 1: Høyringsuttale



TYSNES KOMMUNE

Rådhuset
Uggdalsvegen 301
5685 UGGDAL
Telefon 970 46 500

Deloitte
v/Ingrid Kalsnes

UGGDAL, 14.11.2019

<i>Saksnr.</i>	<i>Dok.nr</i>	<i>Arkivkode</i>	<i>Avd/Sek/Saksh</i>	<i>Dykkar ref.</i>
19/264-5	6503/19	103	TK//STDAL	

FORVALTNINGSREVISJON PLEIE OG OMSORG - UTTALE

Det vert vist til utkast til forvaltningsrevisjonsrapport for gjennomført revisjon av pleie og omsorgstenesta oversendt per e-post 7. november d.å.

Rådmannen har fått rapporten til verifisering og uttale, det er sendt eige skriv knytt til retting av faktiske feil i rapporten.

Rådmannen meiner at rapporten er god og i all hovudssak teiknar eit bilete av ei vel fungerande teneste som også har rom for forbetring. Rådmannen merkjer seg at revisjonen meiner at driftsomlegginga som vart gjort i samband med nytt omsorgssenter var positiv og at kapasiteten i tenesta er tilstrekkeleg. Det er også gledeleg at revisjonen peiker på at kommunen oppfyller sitt ansvar etter samhandlingsreforma på ein god måte. I det vidare vil me gå litt nærare inn på dei ulike delkapitla i rapporten.

System og rutinar for sakshandsaming

Det overordna bilete knytt til sakshandsaming er positiv. Rådmannen tolkar det slik at revisjonen meiner at den faktiske utføringa og praksis knytt til vurdering av brukarane sine behov er god. Det er positivt at det i vurderinga vert gjort systematisk bruk av IPLoS, at det vert lagt vekt på tverrfagleg samarbeid og at brukar og eller pårørande vert involvert i prosessen. Det vert stilt spørsmål ved korleis endringar i tenestebehov vert fanga opp frå tenesteutøvar til fagleiinga, dette vert i dag ivareteke gjennom fagsystemet utan at revisjonen synes å ha gått inn og vurdert dette konkret. Revisjonen peiker også på at denne praksisen i større grad må koma til uttrykk i ei tydeleg skriftleg rutine, dette vil sjølv sagt vert fylgt opp.

Rådmannen merkjer seg elles at revisjonen meiner at forskrift for tildeling av langtidsplass og omsorgsbustader gjev eit godt grunnlag for rett sakshandsaming og likeverdige vurderingskriterier.

Når det gjeld einskildvedtak så tolkar me det slik at revisjonen i hovudssak meiner at einskildvedtaka ivareteke formkrava etter forvaltningslova, men dei har nokre merknader som er verd å sjå nærare på. Dei viktigaste merknadene er knytt til grunngjeving og innhald i sjølve vedtaket. Det er også merknader knytt til henvising til kommunen sitt delegasjonsreglement¹ og at det ved bruk av særlov skal vera 4 vekers klagefrist. Desse to merknadene er no retta opp i mal for einskildvedtak og vert ikkje kommentert vidare.

Revisjonen peiker på at det i lita grad vert attgjeve informasjon, eller skildra i vedtaket kva faktum som er lagt til grunn i saka. Rådmannen er samd i at dette er ein klar mangel, me har samstundes ikkje opplevd å fått oppheva vedtak som følge av dette frå klage- og tilsynsmynde. Her er truleg problemstillinga at når me sender komplett vedtak så skal møtebok følgja med, i møteboka er dei ulike momenta i saka drøfta og legg grunnlag for sjølve vedtaket. Revisjonen har ikkje fått over sendt møtebok saman med partsutskrift, dette vil verta fylgt opp ved å leggja ei rutine om at møtebok alltid skal fylgje partsutskrifta. Rådmannen er elles samd i at det er viktig å sikre at grunngjeving og bakgrunn for vedtak går klart fram for å sikra brukaren sitt rettsvern.

Revisjonen peiker også på at vedtaka bør detaljerast i større grad. Her er det ein avveging opp mot moglegheit til å gjera faglege vurderingar i møte med brukar, sikra at vedtaka ikkje blir så snevre at dei heile tida må skrivast om og unngå at tenesteytar sin kapasitet vert avgjerande for tenesta som vert ytt. Rådmannen meiner at me har ei detaljgrad som er tilstrekkeleg og som sikrar at tenesteutøvarer kan nytta sitt faglege skjønn i møte med brukaren. Me meiner at for detaljerte vedtak gjer for lite rom i tenesta og kan gje dårlegare tenester for brukaren. Når det til dømes står at brukar skal ha hjelp til medisinerings så ligg det som ein føresetnad at brukar skal få tilstrekkeleg hjelp til å ivareta det medisinske behovet som til ein kvar tid er gjeldande. For stor detaljgrad vil føra til at vedtak fort blir ugyldige vurdert opp mot tenestemottakaren sin faktiske behov. Rådmannen meiner at vedtaka har ei utforming som ivareteke omsynet til føreseielegheit, fleksibilitet, fagleg skjønn samstundes som manglande kapasitet ikkje kan nyttast for å omgå vedtak. Rådmannen vurderer også at større detaljgrad i for stor grad vil verka til å avgrensa tenesteytar si moglegheit til å avhjelpe brukaren sitt faktiske behov. Ei høg detaljgrad vil kunne føre til at brukaren sine reelle behov ikkje vert ivareteke av kapasitetsmessige omsyn då ein slik detaljgrad gjerne vert fylgt opp av tidsnormering, såkalla stoppeklokkeomsorg, det betyr at sjølv små endringar i behov må avvisast ut frå kapasitet hjå tenesteytar. Me vil her også understreke at ytre tilsynsmynde i vurderinga av einskildsaker og gjennom tilsyn ikkje har kome til tilsvarande konklusjon som revisjonen gjer her.

Revisjonen peiker på at det ved lang handsamingstid skal sendast mellombels svar, det er sjølv sagt rett. I dei fleste tilfeller er perioden fram til endeleg handsaming av vedtak prega av tett kontakt med brukar og/eller pårørande for å henta inn informasjon, gjera utprøvingar av alternative tilbod med vidare. I desse tilfella meiner rådmannen at forvaltningsloven § 11a, 2. ledd, siste punktum kan gjerast gjeldande, altså at det er openbert unødvendig.

Organisering for å sikra eit tilfredsstillande tenestetilbod

¹ Del.Regl. H&S 6.4

Rådmannen merkjer seg at revisjonen konkluderer med at samhandling med helseforetaka kring utskrivingsklare pasientar er god. Rådmannen er elles samd i at det er trong for å klargjera kommunen sitt tilbod for KAD seng, her er det ei utfordring at me berre skal ha tilbodet 182 døgn i løpet av eit år samstundes som me opplever at både helseforetak og egne tenester gjerne har lyst til å ha det ope heile året. Dette kan også føra til at me strekk oss for langt mellom anna ved å nytte tilbodet på dagar der me ikkje har tilstrekkeleg tilgjengeleg kompetanse, her må avgrensingane i tilbod gjerast tydelege og følgjast opp gjennom skriftlege retningsliner og rutinar for bruk. Rådmannen er elles samd i at tilbodet har for lite effektiv ressursutnytting, dette synes å vera eit generelt problem med denne ordninga.

Rådmannen merkjer seg at revisjonen meiner at det er tilstrekkeleg kapasitet når det gjeld institusjonsplassar og at driftsomlegginga i samband med innflytting i nytt omsorgssenter var føremålstenleg.

I høve til bemanning og kompetanse så merkjer rådmannen seg at hovudkonklusjonen er at det ikkje er indikasjonar på at kommunen ikkje sikrar eit forsvarleg tenestetilbod som følgje av mangel på ressursar og kapasitet. Revisjonen peiker på at bruk av ekstraressursar er uheldig, her er det viktig å kommentere at dei aktuelle ressursane er planlagde og ligg i turnus. Grunnbemanning er alltid ei utfordring innan open omsorg då det gjerne kan vera særskilte behov som må ivaretakast på kortare, eller lengre periodar, dette krev ein viss fleksibilitet. Det er samstundes viktig å sikre at grunnbemanninga er så rett som mogleg. Det vil verta arbeid vidare med dette i prosjekt for auka grunnbemanning i pleie og omsorg som er sett i gang. Rådmannen hadde gjerne sett at revisjonen ved vurdering av desse kriteria hadde vurdert pleiefaktor i tenestene i ljøs av samanliknande tenester, ei slik vurdering ville kunne gjeve eit betre grunnlag for å trekka konklusjonar opp mot grunnbemanning av tenestene.

Rådmannen merkjer seg elles at kartlegging og utvikling av kompetanse kan verta betre. Kompetansekartlegging skal verta ivareteke i tenesta gjennom opplæringsplan, internkursing og ned på individnivå gjennom medarbeidarsamtaler. Kompetanseplanen som vert lagt fram årleg skal ta opp i seg overordna utviklingstrekk i sektoren og er også kopla opp mot Fylkesmannen sin prioritering av kompetansemidlar. Rådmannen er samd i at det bør utarbeidast eit oversyn over tilgjengeleg kompetanse og at den årlege kompetanseplanen bør ha meir eksplisitt strategisk perspektiv. Oversynet over tilgjengeleg kompetanse, utover den oversikta tenesteleiarane til ein kvar tid har, bør innarbeidast som del av den årlege kompetanseplanen. Dette vil også sikra at politisk nivå får større eigarskap og grunnlag for å påverka kompetanseutviklinga av sektoren.

Det er positivt at revisjonen konkluderer med at Tysnes kommune har iverksett fleire føremålstenlege tiltak for å ta i bruk velferdsteknologi. Rådmannen er samd i at dette med fordel kan setjast inn i ein strategisk plan. I framlegg til budsjett for 2020 er det føreslått å setja midlar til utarbeiding av ein slik plan.

I rapporten er det peika på at avvik vert fylgt opp i faste internkontrollmøter på omsorgssenteret og at det no vert starta opp ein slik møteplass også i open omsorg. Rådmannen er samd i revisjonen si vurdering knytt til å sikra ei god oppfølging av avvik og at det er viktig at det vert arbeidd kontinuerleg med å leggja til rette for ein god avvikskultur. Rådmannen er elles samd i at det er viktig at alle typar avvik, anten det er knytt til HMT, personvern og informasjonstryggleik eller tenesteutøving kan meldast enkelt på ein plattform. Det er lagt inn midlar for å styrkja dette arbeidet totalt i verksemda i budsjettframlegg for 2020.

Når det gjeld avvik mot helseforetaka så er det i svært lita grad kome inn avvik, eller blitt meldt avvik til foretaka. Dei avvika som er meldt inn frå kommunalsjef har vore knytt til feil i fakturering. Dette betyr at problemet er meir grunnleggande enn det som kjem fram i revisjonen sin rapport. I høve til dette området må det sikrast at faglege avvik faktisk vert meldt vidare, fylgt opp og tilbakemeldt til den tilsette som har meldt det inn.

Oppsummert

Me er tilfreds med den rapporten som er lagt fram og ser at rapporten kan vera eit viktig verktøy for å utvikla tenestene våre vidare!

Med helsing
Tysnes kommune

Steinar Dalland
rådmann

Kopi:

Hildur Heie, Stab

Vedlegg:

Vedlegg 2: Revisjonskriterium

6.1 Krav i lov og forskrift

Kommunen sitt ansvar for helse- og omsorgstenester

Etter helse- og omsorgstenestelova § 3-1 skal kommunen sørge for at personar som oppheld seg i kommunen får tilbod om naudsynte helse- og omsorgstenester.³⁹ Kommunen sitt ansvar omfattar alle pasient- og brukargrupper, under dette personar med somatisk eller psykisk sjukdom, skade eller liding, rusmiddelproblem, sosiale problem eller nedsett funksjonsevne.⁴⁰

I dette prosjektet er merksemda retta mot den delen av helse- og omsorgstenestene som er omfatta av § 3-2, punkt 6, bokstav a-c.

§ 3-2. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

(...)

6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:

- a. helsetjenester i hjemmet,
- b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt og
- c. plass i institusjon, herunder sykehjem.

Det vil bli retta særskilt merksemd mot helsetenester i heimen, praktisk bistand og plass i institusjon (sjukeheim).

Kommunen sitt ansvar for tilbod om opphald i sjukeheim eller tilsvarende bustad særskilt tilrettelagt for heildøgntenester er nærare omtala i § 3-2 a). Her står det at

Kommunen skal tilby opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgntjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.⁴¹

Kommunen pliktar å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere verksemda slik at helse- og omsorgstenestenes omfang og innhald er i samsvar med krav fastsett i lov og forskrift.⁴² Pliktene til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere er nærare regulert i eiga forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta.⁴³

Kompetanse og opplæring

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

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

³⁹ Helse- og omsorgstenestelova § 3-1 første ledd.

⁴⁰ Ibid, § 3-1 andre ledd.

⁴¹ Helse- og omsorgstenestelova § 3-2 a) første ledd.

⁴² Ibid, § 3-1 tredje ledd.

⁴³ Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta tredje i kraft 01.01.2017.

I Helsedirektoratet sin rettleiar⁴⁴ til forskrifta, blir det i rettleiinga til § 6f vist til at det er øvste leiar sitt ansvar å sørge for system som sikrar at medarbeidarane har kunnskap og ferdigheiter til å utføre oppgåvene sine, og at dette føreset at verksemda jamleg gjennomfører kompetansekartleggingar, rekrutterer medarbeidarar med rett kompetanse og sørgjer for at dei får tilstrekkeleg opplæring og etter- og vidareutdanning.

Plikt til å ha oversikt over og gjennomgå avvik

I forskrift om leiging og kvalitetsforbetring § 6g går det fram at verksemda skal 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».

Vidare skal verksemda etter § 8e i forskrifta «gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignede forhold kan forebygges». I rettleiinga til dette punktet blir det presisert at øvste leiar har ansvar for at verksemda jamleg gjennomgår avvik og uønskete hendingar, og at denne informasjonen skal brukast til å avdekke årsakene til hendingane, fremje læring og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen. Vidare blir det peikt på at:

Når avvik og uønskede hendelser er analysert, er det viktig at læringspunktene tas inn i relevante rutiner og prosedyrer. Bestemmelsen må sees i sammenheng med plikten til å ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser m.m. som fremgår av § 6 g.⁴⁵

Plikt til samhandling og samarbeid

Etter helse- og omsorgstenestelova § 3-4 pliktar kommunen å legge til rette for samhandling mellom ulike deltenester innan kommunen og med andre tenesteytarar der dette er naudsynt for å tilby tenester av lova. Kommunen skal også samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseføretak og stat.

Kommunestyret har vidare plikt til å inngå samarbeidsavtale med det regionale helseføretaket i helseregionen (helse- og omsorgstenestelova § 6-1 første ledd), og samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasientar og brukarar mottar eit heilskapleg tilbod om helse- og omsorgstenester (§ 6-1 andre ledd).

Krav til avtalens innhald går fram i helse- og omsorgstenestelova § 6-2. Her blir det mellom anna spesifisert at avtalen skal omfatte semje om kva helse- og omsorgsoppgåver forvaltningsnivåa er pålagt ansvaret for og ei felles oppfatning av kva tiltak partane til ei kvar tid skal utføre. Den skal også innehalde retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innlegging, utskrivning, habilitering, rehabilitering mv. for å sikre heilskapelege helse- og omsorgstenester til pasientar med behov for koordinerte tenester. Vidare er det eit krav at avtalen gir retningslinjer for innlegging i sjukehus, beskriv kommunen sitt tilbod om døgnopphald for øyeblikkeleg hjelp og gir retningslinjer for samarbeid om utskrivingsklare pasientar som blir antatt å ha behov for kommunale tenester etter utskrivning frå institusjon.

Betalingsplikt for utskrivingsklare pasientar

I samband med samhandlingsreforma blei forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasientar sett i kraft. Føremålet med forskrifta er å bidra til betre arbeidsfordeling mellom tenestenivåa i helse- og omsorgstenesta, skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løysingar som kan gi pasientar eit like godt eller betre tilbod i kommunen si helse- og omsorgsteneste som i spesialisthelsetenesta.⁴⁶

Forskrifta regulerer mellom anna vilkåra for at ein pasient er utskrivingsklar. Av § 9 går det fram at pasient i somatisk døgnavdeling er utskrivingsklar når lege ved helseinstitusjon omfatta av spesialisthelsetenestelova vurderer at det ikkje er behov for ytterlegare behandling ved døgnopphald i helseinstitusjonen.

⁴⁴ Helsedirektoratet: Veileder til forskrift om leiging og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Sist endra 29.10.2018.

⁴⁵ Ibid, s. 45.

⁴⁶ Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter § 1.

Når ein pasient er definert som utskrivingsklar, skal spesialisthelsetenesta straks varsle kommunen dersom pasienten har behov for eit kommunalt helse- og omsorgstenestetilbod.⁴⁷ Kommunen må anten kunne gje tilbod om kommunale helse- og omsorgstenester til pasienten, eller betale for «overliggedøgn» i spesialisthelsetenesta i påvente av eit kommunalt helse- og omsorgstenestetilbod.⁴⁸ I Forskingsrådet si evaluering av samhandlingsreforma blir det peikt på at tanken bak den kommunale betalingsplikta er at kommunen skal kunne sørge for eit «(...)billigere men tilstrekkelig godt helse- og omsorgstilbud, og at kommunen derfor kan gjøره budsjettbesparelser samtidig som liggetiden blir kortere og sykehussenger frigjøres om kommunen velger å ta pasienten hjem».⁴⁹

Vidare blir det i evalueringa peikt på at det etter reforma er ei auke i talet på pasientar som blir skrivne ut til kommunane, og at reforma har ført til ei auke i kommunane sine utgifter til pleie og omsorg. I rapporten blir det vist til at dei auka utgiftene framfor alt har gått med til å auke bemanninga av pleiepersonell med høgare kompetanse i heimetenesta og på sjukeheimar.⁵⁰

Augeblikkeleg hjelp – døgnopphald

Samhandlingsreforma har som mål å bygge ut tenester der folk bur, og det blei derfor frå og med 2016 stilt krav om at kommunane skal tilby døgnopphald for augeblikkeleg hjelp. Dette var ei oppgåveoverføring frå spesialisthelsetenesta til kommunane. Kravet til døgnopphald går fram av helse- og omsorgstenestelova § 3-5 tredje ledd, der det står at kommunen skal sørge for tilbod om døgnopphald for helse- og omsorgstenester til pasientar og brukarar med behov for augeblikkeleg hjelp. Det er presisert at plikta berre gjeld for dei pasientar og brukarar som kommunen har moglegheit til å utgreie, behandle eller yte omsorg.

Reglar for sakshandsaming og plikt til å avgjere saka på fagleg forsvarleg måte

I helse- og omsorgstenestelova § 2-2 blir det slått fast at forvaltningslova gjeld for kommunen si verksemd innanfor helse og omsorg. Det vil seie at tildeling av tenester blir vurdert som enkeltvedtak etter forvaltningslova § 2 første ledd bokstav b, altså «et vedtak som gjelder rettigheter eller plikter til en eller flere bestemte personer». Reglane i forvaltningslova gjeld ved tildeling av heimebaserte tenester og institusjonsplass.

Forvaltningslova stiller ei rekke krav til sakshandsaminga i kommunen i samband med enkeltvedtak. Blant anna skal vedtak som blir fatta

- Innehalde informasjon om klagerett, klagefrist, klageorgan og framgangsmåten ved klage jf. forvaltningslova § 27 tredje ledd
- Innehalde opplysningar om partens innsynsrett jf. forvaltningslova § 27 tredje ledd første punktum
- Innehalde grunngjeving, jf. forvaltningslova § 24. Grunngjevinga skal gis samtidig med at vedtaket blir fatta. Grunngjevinga skal:
 - Innehalde referanse til dei reglane vedtaket bygger på jf. forvaltningslova § 25 første ledd
 - Vise til dei faktiske forhold vedtaket bygger på jf. forvaltningslova § 25 andre ledd
 - Etter forvaltningslova § 25 tredje ledd bør også dei hovudomsyn som har vore avgjerande ved utøving av forvaltningsmessig skjønn nemnast

Klagefrist i vedtak etter forvaltningslova er tre veker, men når det gjeld vedtak etter pasient- og brukarrettslova er klagefristen fire veker etter at søkjar fikk eller burde ha fått tilstrekkeleg kunnskap til å fremje klage, jf. pasient- og brukarrettighetslova § 7-5.

Helsedirektoratet sin rettleiar for sakshandsaming gjer greie for kor detaljert enkeltvedtaket skal vere. Her går det fram at vedtaket skal utformast på ein slik måte at det er tydeleg for mottakaren kva tenester som skal gjevast, i kva omfang og til kva tid, samt for kor lang tid vedtaket er gjeldande. Vidare går det fram at

⁴⁷ Ibid § 10.

⁴⁸ Ibid § 13.

⁴⁹ Forskingsrådet: Evaluering av samhandlingsreforma, Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreforma (EVASAM). 2016. s. 25.

⁵⁰ Ibid, s. 28.

Vedtaket må være så konkret utformet at det skaper forutsigbarhet for pasienten/brukeren, samtidig som det bør være så fleksibelt at det tar høyde for normale svingninger i bistandsbehovet. Det bør ikke være så spesifikt at det stadig må endres, eller ikke overlater noe til tjenesteutøvernes faglige vurderinger, men samtidig ikke så lite spesifikt at tjenesteyternes kapasitet blir avgjørende.

(...)

Det er viktig at vedtakene inneholder tydelig angivelse av rammer og eventuelle mål, slik at vedtaket forplikter kommunen i tilstrekkelig grad, samtidig som det gir forutsigbarhet for pasient/bruker

I Helsedirektoratet sin rettleiar for sakshandsaming av tenester etter helse- og omsorgstenestelova⁵¹ blir det vist til at det følgjer av forvaltningslova § 17 at kommunen har plikt til å «påse at saken er så godt opplyst som mulig før enkeltvedtak treffes». Det blir vidare vist til at det må sikrast at det ligg føre tilstrekkelege opplysningar til at saka kan vurderast og avgjerast på ein fagleg forsvarleg måte, og at det i mange saker vil vere viktig å ha ei tverrfagleg tilnærming ved utgreiing av behovet, slik at pasienten får ei individuell og tilpassa utforming av tenestene.⁵²

I rettleiaren blir det også vist til at opplysningar som er registrert i IPLOS er ein del av pasienten/brukaren sin journal, og er ein viktig del av den relevante dokumentasjonen som må innhentast når eit tenestebehov blir utgreia.⁵³

IPLOS-registeret er eit nasjonalt helseregister, etablert gjennom forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk. Etter § 3-1 i forskrifta er føremålet å samle inn og behandle data frå kommunane om personar som har søkt, mottar eller har mottatt helse- og omsorgstenester for å:

1. gi grunnlag for overvåking, kvalitetssikring, planlegging, utvikling og overordnet styring av helse- og omsorgstjenesten og helse- og omsorgsforvaltningen,
2. gi grunnlag for forskning.

Helsedirektoratet har utarbeidd ein eigen rettleiar⁵⁴ for IPLOS-registrering i kommunen. Av rettleiaren går det fram at det mellom anna skal gjerast ei funksjonsvurdering av den enkelte søkar/tenestemottakar, og det er utarbeidd eit standardisert skårssystem som omfattar ei rekke funksjonsvariablar (dette inkluderer mellom anna om personen klarer å utføre alminneleg husarbeid, om det er behov for bistand til toalettbesøk, ete, lage mat, kommunikasjon, ivareta eiga helse, sosial deltaking, styre eigen adferd mv.). Vidare går det fram at:

Personens faktiske funksjon skal vurderes på bakgrunn av følgende kriterier:

- Det skal alltid gjøres individuell vurdering av hver enkelt søker/tjenestemottaker.
- Det er funksjon, ressurser og behov på registreringstidspunktet som skal registreres.
- Ved endring i funksjon skal det alltid foretas en ny registrering. Der det ikke er endring gjelder siste registrering.
- Det skal kun være en gyldig registrering for hver søker/tjenestemottaker.
- Brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid er en forutsetning for riktig registrering.
- I noen tilfeller kan det være nødvendig å be om opplysninger fra pårørende, verge, eventuelt andre nærpersoner.
- Det er den reelle funksjonen som skal vises i skår uavhengig av hvem som yter bistand.

⁵¹ Helsedirektoratet: Veileder for saksbehandling - Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8. IS-2442.

⁵² Ibid, s. 32.

⁵³ Ibid, s. 33

⁵⁴ Helsedirektoratet: Registrering av IPLOS-data i kommunen. Sist fagleg oppdatert 14.06.2019

- Hvis bistanden ytes av private eller pårørende vil det komme frem av variabelen "Får privat ikke betalt hjelp".
- Der situasjonen gjør at det er vanskelig å vurdere personens funksjon (f.eks. ved institusjonsopphold) skal man likevel forsøke å vurdere hva personen mestrer for å synliggjøre den faktiske funksjon. Informasjonen er viktig for å vedlikeholde personens funksjoner.

Oppdatert registrering skal alltid foreligge ved nytt vedtak eller avgjørelse.⁵⁵

Ei rekke andre forhold skal også rapporterast – dette inkluderar mellom anna søknadsdato eller den dagen kommunen blei gjort merksame på tenestebehovet, kva tenester som blir ytt og timar per veke for dei ulike tenestene som blir ytt.

6.2 Nasjonale tilrådingar for innføring av velferdsteknologi

Direktoratet for e-helse definerer velferdsteknologi som ein «... fellesbetegnelse på tekniske installasjoner og løsninger som kan bedre den enkeltes evne til å klare seg selv i egen bolig, og bidra til å sikre livskvalitet og verdighet for brukeren».⁵⁶

Helsedirektoratet⁵⁷ peikar på at velferdsteknologi kan gi betre tjenester for brukarane, både heimebuande eldre, pasientar i sjukeheim og andre pasientgrupper. Det blir vidare framheva at velferdsteknologi kan gi meir effektiv bruk av ressursar, og at gevinstane er betydelege ved bruk av velferdsteknologiske løysingar i kommunane. Helsedirektoratet tilrår at kommunane tar i bruk følgende løysningar:

- Lokaliseringsteknologi (GPS)
- Elektronisk medisineringsstøtte (elektronisk medisindispensar)
- Elektroniske dørlåsar (e-lås)
- Digitalt tilsyn
- Oppgraderte sjuke signalanlegg/pasientvarslingsystem
- Logistikk-løysing for meir optimale køyreruter og betre kvalitet på tenester
- Digitale tryggleiksalarmar
- Responstenester

⁵⁵ Helsedirektoratet: Veileder for registrering av IPLOS-data i kommunen, s. 8 og 9.

⁵⁶ Direktoratet for e-helse: Velferdsteknologi. Sist endra 27.05.2019.

⁵⁷ Helsedirektoratet: Anbefalinger om velferdsteknologiske løysningar i kommunene. Sist endra 26.04.2019

Vedlegg 3: Sentrale dokument og litteratur

Lov og forskrift

- Helse- og omsorgsdepartementet: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstenestelova). LOV-2011-06-24-30
- Helse- og omsorgsdepartementet: Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63
- Justis- og beredskapsdepartementet: Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningslova). LOV-1967-02-10
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet: Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven). LOV-1992-09-25-107
- Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. FOR-2016-10-28-1250
- Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk. FOR-2006-02-17-204
- Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter. FOR-2011-11-18-1115

Førearbeider, rundskriv, rettleiarar mv.

- Helse- og omsorgsdepartementet, St.meld. nr. 47 (2008-2009): *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*
- Helse- og omsorgsdepartementet: *Veileder for saksbehandling. Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8.* Veileder IS-2442. Oppdatert/revidert 07.2017
- Helse- og omsorgsdepartementet: *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.* Sist endra 29.10.2018
- Helse- og omsorgsdepartementet: *Veileder for registrering av IPLOS-data i kommunen.* Sist endra 14.06.2019

Dokument frå kommunen

- Tysnes kommune: Prosedyre sakshandsaming. Datert 06.05.2019
- Tysnes kommune: Prosedyre, Inntak rehabilitering – korttids- og langtidsopphald i institusjon. Utgåve 06.05.2019, erstattar utgåve 22.02.2010
- Tysnes kommune: Forskrift om tildeling av langtidsopphald i institusjon eller tilsvarende bustad særleg tilrettelagt for heildøgns tenester i Tysnes kommune. Fastsett av Tysnes kommunestyre 13.06.2017
- Tysnes kommune: Prosedyre. Øyeblikkelig hjelp døgntilbod. Sist revidert 01.02.2019
- Tysnes kommune: Prosedyre for å sikre naudsynte ressursar. Gjeld tenesteområde institusjon, heimesjukepleie og bustader for menneske med utviklingshemming. Datert 30.04.2019.
- Tysnes kommune: Opplæringsplan helse og sosial 2018. Uten dato.
- Tysnes kommune: Prosedyre. Avvikshandtering, pleie og omsorgsavdelinga, Tysnes omsorgssenter. Utgåve datert 01.02.2017.
- Tysnes kommune: Prosedyre. Avvikshandtering, Helse- og sosial. Utgåve datert 06.05.2019.
- Tysnes kommune: Avviksrapportering inkl. avviksskjema. Ikkje datert.
- Tenesteavtale 5 mellom Tysnes kommune og Helse Fonna HF: Ansvars- og oppgåvefordeling ved opphald i, og utskrivning av pasientar frå spesialisthelsetenesta.
- Flytskjema, e-melding mellom sjukehus og kommune.

Andre kjelder

- www.helsedirektoratet.no
- www.ehelse.no



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

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

Deloitte is a leading global provider of audit and assurance, consulting, financial advisory, risk advisory, tax and related services. Our network of member firms in more than 150 countries and territories serves four out of five Fortune Global 500® companies. Learn how Deloitte's approximately 286,000 people make an impact that matters at www.deloitte.no.

© 2019 Deloitte AS



Tysnes kommune

Sekretariat for kontrollutvalet

Arkivsak: 216
Arkivnr: 2019/79-1
Sakshandsamar: Helge Inge Johansen

Saksframlegg

Saksgang

Utval	Saknr.	Møtedato
Kontrollutvalet i Tysnes kommune	49/19	28.11.2019

Rapport etter interimrevisjon 2019

Bakgrunn

Kontrollutvalet i kommunane har ansvar for at det vert gjennomført rekneskapsrevisjon, jf. kommunelova § 23-2 Kontrollutvalets ansvar og myndigheit, der det m.a. står:

«Kontrollutvalget skal påse at kommunens eller fylkeskommunens regnskaper blir revidert på en betryggende måte.»

Vidare har kontrollutvalet ansvar for å sjå til at kommunen har ei forsvarleg revisjonsordning, jf. forskrift om kontrollutvalg § 3, der det m.a. står:

«Kontrollutvalget skal holde seg løpende orientert om revisjonsarbeidet»

Drøfting

Interimsrevisjon kan forklarast slik:

Interimsrevisjon er den revisjonen som vert gjennomført i løpet av året for å kontrollera at dei interne kontrollane fungerer som føresett gjennom året. I interimrevisjonen går revisor gjennom og testar rutinar, transaksjonar og rapportering innan utvalde område.

Interimsrevisjonsrapporten bygger på overordna revisjonsstrategi / revisjonsplan frå Deloitte, som vart presentert på kontrollutvalet sitt møte 23.05.2019.

I dette møtet vil Deloitte presentera oppsummeringa av dette arbeidet. Dette vil, til liks med presentasjon av revisjonsplanen, vera ein lekk i å sjå til at kommunen sine rekneskapar vert revidert og at kommunen har ei forsvarleg revisjonsordning.

Besøksadresse: Agnes Mowinckelsgt. 5 - Postadresse: Postboks 7900. 5020 Bergen - Telefon 55 23 90 00

Mobil - E-postadresse: helge.inge.johansen@hfk.no eller kontrollutvalet@hfk.no

Bankgironr. 5201 06 74239 - Foretaksnr. NO 938 626 367 mva.

På bakgrunn av det som kjem fram i presentasjonen bør kontrollutvalet, slik sekretariatet ser det, få høve til å koma med forslag til fokusområde i årsrevisjonen som skal gjennomførast framover, dersom dei ønskjer det, sjølv om det er revisjonen som avgjer kva som skal vera med.

Konklusjon

Dersom det ikkje kjem fram noko spesielt i møtet vert det tilrådd at kontrollutvalet tar oppsummeringa etter interimrevisjon 2019 frå Deloitte til orientering.

Forslag til vedtak

Kontrollutvalet tar oppsummering etter interimrevisjon 2019 frå Deloitte til orientering.

Hogne Haktorson
kontrollsjef

Helge Inge Johansen
spesialrådgjevar

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikkje underskrift.

Vedlegg

1 Oppsummering etter interimrevisjon 2019

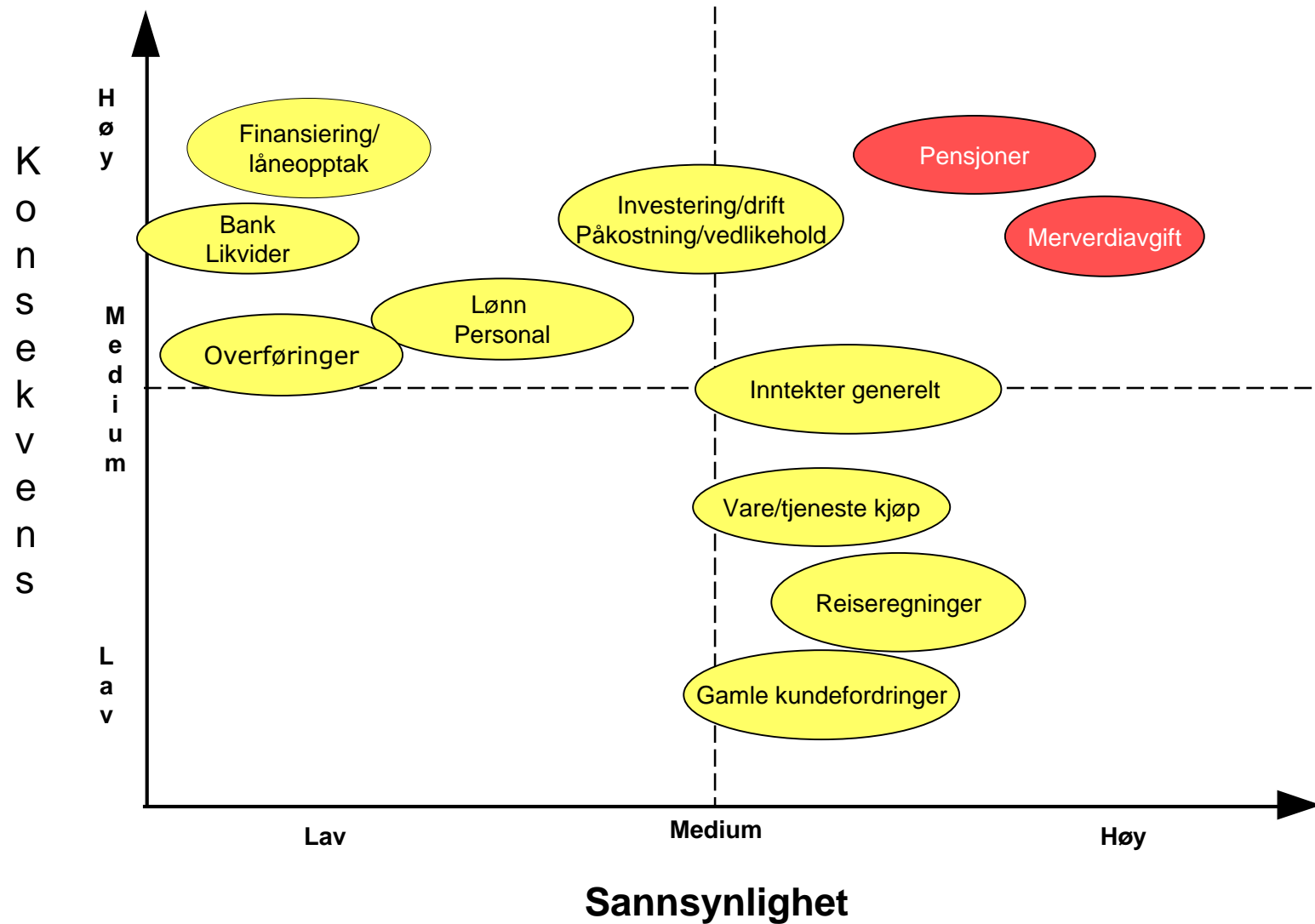


Oppsummering interimsrevisjon

Tysnes Kommune



Risikovurdering for Tysnes kommune – hva håndteres pr interim



Risikovurdering (forts.)

Særskilte fokus – områder	Beskrivelse av risiko	Vår respons pr interim
Pensjon	<ul style="list-style-type: none">• Risiko knytter seg til inputdata benyttet av aktuar, beregning og overførsel til regnskap• Risiko for bruk av feil forutsetninger. Kommunen skal benytte forutsetninger fastsatt av departementet	<ul style="list-style-type: none">• Gjennomgang av kommunens egne kontroller av inputdata (personalendringer, lønnsforhold etc.) ved interimrevisjonen (se fokusområde)• Detaljert test av forutsetningene lagt til grunn i aktuarberegningen, gjennomføres i årsoppgjøret
Kundefordringer av eldre dato	<ul style="list-style-type: none">• Risiko for eksistens av kundefordringer• Risiko for tap	<ul style="list-style-type: none">• Avstemme kunderskonto mot hovedbok• Gjennomgang av kunderskonto for å avdekke saldoer av eldre dato• Vurdere administrasjonens tapsavsetning
Investering og drift	<ul style="list-style-type: none">• Risiko for feil klassifisering av utgifter med hensyn til om de er drift- eller investeringsutgifter	<ul style="list-style-type: none">• Kontrollere et utvalg av årets utgifter/bilag med hensyn til korrekt behandling
Merverdiavgift og kompensasjon	<ul style="list-style-type: none">• Risiko for at kommunen krever for mye eller for lite i merverdiavgiftskompensasjon	<ul style="list-style-type: none">• Kontrollene utføres ved bilagskontroll på stikkprøvebasis. Merverdiavgiftskompensasjon kontrolleres terminvis, løpende gjennom året

Risikovurdering (forts.)

Normal fokus – områder	Beskrivelse av risiko	Vår respons pr interim
Vare/tjeneste kjøp (inkl. mva-behandling)	<ul style="list-style-type: none"> Risiko for at kommunen ikke har utarbeidet og implementert rutine for utgifter/varekjøp Risiko for gyldighet og tilhørighet av utgifter, om fakturaer gjelder kommunen Risiko for feil merverdiavgiftsbehandling i henhold til reglene for merverdiavgiftskompensasjon 	<ul style="list-style-type: none"> Innhente rutine for innkjøp og fakturabehandling, og identifisere nøkkelkontroller i rutine Vi gjennomgår og vurderer kommunens rutine (inkl. test av attestasjoner ref. innkjøpsreglement/fullmaktsreglement) og tester i interim. Dette skal gjøres i forbindelse med stikkprøvekontroll av bilag med hensyn til tilhørighet, periodisering og avgiftsbehandling
Lønn	<ul style="list-style-type: none"> Det er en risiko for at kommunens rutiner for kontroller av lønn ikke etterleves Risiko for feil pensjonsberegninger som følge av feil innmelding av faste data Det er risiko for manglende gyldighet av lønn Det er også risiko for periodisering og nøyaktighet 	<ul style="list-style-type: none"> Innhente kommunens rutiner for kontroll av faste data og overføring til aktuar Innhente kommunens rutiner for registrering av alle ansettelseskontrakter. Fokus på endringer i ansettelsesforhold Detaljkontroll av et tilfeldig utvalg ansatte for kontroll av lønn mot kontrakt og utbetaling
Låneforhold	<ul style="list-style-type: none"> Risiko for manglende regnskapsføring av alle låneforhold Risiko for manglende etterlevelse av kommunens finansreglement og om lån og avdrag er i henhold til vedtak og lovbestemmelser 	<ul style="list-style-type: none"> Detaljert gjennomgang av nye låneopptak, påse om vedtak foreligger og om lover og regler er fulgt

Risikovurdering (forts.)

Normal fokus – områder	Beskrivelse av risiko	Vår respons pr interim
Brukerbetalinger	<ul style="list-style-type: none">• Risiko for at kommunen ikke beregner brukerbetalinger korrekt og at selvkostreglene ikke følges	<ul style="list-style-type: none">• Reviderer området med analytiske substanskontroller på enhetsnivå• For den delen av brukerbetalinger som kommer fra selvkost, tester vi nøkkelkontroller eller utfører substanstester dersom nøkkelkontroller ikke kan testes.
Bank	<ul style="list-style-type: none">• Risiko for manglende avstemming av kommunens bankkontoer• Risiko for uautoriserte transaksjoner grunnet manglende arbeidsdeling ved utbetaling	<ul style="list-style-type: none">• Kontrollere kommunens rutiner og arbeidsdeling knyttet til avstemming og utbetaling fra bank

Funn ved interimsrevisjon 2019

Utbetalinger bank

- Kommunen har ikke innført dobbel godkjenning i bank
- Reduserer risiko ved å godkjenne utbetalingsbilag i etterkant
- Tilfredsstillende rutine på månedlig avstemming av bank

Ny kommunelov

§ 24-9. Forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen

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

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

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

I kraft fra og med det konstituerende møtet i det enkelte kommunestyret og fylkestinget ved oppstart av valgperioden 2019-2023.

Forenklet etterlevelseskontroll

- Gjelder f.o.m. regnskapsåret 2019
- Usikkerhet rundt hva og hvor mye som faktisk skal kontrolleres i praksis
 - det legges opp til enkle revisjonshandlinger
- Revisjonsstandard er under utarbeidelse
- Vil komme i tillegg til ordinær revisjon



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

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

Deloitte is a leading global provider of audit and assurance, consulting, financial advisory, risk advisory, tax and related services. Our network of member firms in more than 150 countries and territories serves four out of five Fortune Global 500® companies. Learn how Deloitte's approximately 286,000 people make an impact that matters at www.deloitte.no.

This communication contains general information only, and none of Deloitte Touche Tohmatsu Limited, its member firms, or their related entities (collectively, the "Deloitte Network") is, by means of this communication, rendering professional advice or services. Before making any decision or taking any action that may affect your finances or your business, you should consult a qualified professional adviser. No entity in the Deloitte Network shall be responsible for any loss whatsoever sustained by any person who relies on this communication.



Tysnes kommune

Sekretariat for kontrollutvalet

Arkivsak: 217
Arkivnr: 2019/70-1
Sakshandsamar: Helge Inge Johansen

Saksframlegg

Saksgang

Utval	Saknr.	Møtedato
Kontrollutvalet i Tysnes kommune	50/19	28.11.2019

Plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2020-2024 - forslag til prosjektplan

Bakgrunn for saka:

I tråd med kommuneloven § 23-3 skal kontrollutvalet utarbeide plan for forvaltningsrevisjon det første året i valperioden. Dette gjer at kontrollutvalet innan utgangen av 2020 må syta for:

- å gjennomføre ein risiko- og vesentlegvurdering av kommunen si verksemd og verksemda i kommunen sine selskap.
- å utarbeide ein plan for gjennomføring av forvaltningsrevisjon i perioden 2020 – 2024 basert på den gjennomførte risiko og vesentlegvurderinga
- at planen blir vedteke av kommunestyret, som kan delegera til kontrollutvalet å føreta endringar i planperioden.
- Fram til ny plan er vedteke vil plan for forvaltningsrevisjon 2016 – 2020 gjelde.

Kontrollutvalet i Tysnes kommune fatta slikt vedtak i sak PS 34/19 i møte 11.10.2019:

1. Kontrollutvalet ber Deloitte innan 11.11.2019, laga eit forslag til prosjektplan, som bl.a. inneheld korleis analyse- og planarbeidet skal gjennomførast, ressursbruk og forventa levering. Prosjektplanen skal omfatta:
 - a. Korleis risiko- og vesentlegvurdering av Tysnes kommune si verksemd og verksemda i kommunen sine selskap skal gjennomførast.
 - b. Forslag til korleis arbeidet med plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2020 – 2024 skal gjennomførast.
2. Forslag til prosjektplan skal leggest fram for godkjenning i kontrollutvalet i første møte i nytt utval.
3. Kontrollutvalet ber om at prosessen blir lagt opp slik at forslag til plan for forvaltningsrevisjon kan leggest fram for kommunestyret i juni 2020.

Besøksadresse: Agnes Mowinckelsgt. 5 - Postadresse: Postboks 7900. 5020 Bergen - Telefon 55 23 90 00

Mobil - E-postadresse: helge.inge.johansen@hfk.no eller kontrollutvalet@hfk.no

Bankgironr. 5201 06 74239 - Foretaksnr. NO 938 626 367 mva.

Drøfting:

Sekretariatet har motteke forslag til prosjektplan for gjennomføring av arbeidet med risiko- og vesentlegvurdering. Deloitte har vald å presentera arbeidet med risiko- og vesentlegvurderingar og plan for eigarskapkontroll og plan for forvaltningsrevisjon i same prosjektplan, ut i frå at planane har ein del overlappende aktivitetar, jf. vedlegg i denne saka.

I samband med planarbeidet vil Deloitte mellom anna nytte dokumentanalyse, statistikk, gjennomgang av selskapsopplysningar i bedriftsdatabase, intervju og elektronisk spørjeundersøking som metode. Dei vil gjennomføra intervju med politisk og administrativ leiing i kommunen. Det er og lagt opp til 2 prosessmøter med kontrollutvalet. I prosessmøte 1 vil utvalet få høve til å diskutera og vurdera risikoar innafør kommunen sitt ansvarsområde og i selskap eigd av kommunen. I prosessmøte 2 skal kontrollutvalet gjennomføra sin endelege prioritering av prosjekta som skal liggje til grunn for forslag til plan for forvaltningsrevisjon som skal godkjennast av kommunestyret.

Sekretariatet meiner at prosjektplanen er godt utarbeida og at den syner at Deloitte har gode prosessar og rutinar for gjennomføring av denne type oppdrag. Etter sekretariatet si meining er det viktig at arbeidet blir utført på ein grundig og god måte som sikrer sterk involvering administrativt, politisk og ikkje minst at kontrollutvalet blir sterkt involvert. Sekretariatet har ikkje merknad til at det blir disponert ein ressurs på inntil det timetall som er lagt inn i prosjektplanen for begge prosjekta til saman. I forslag til prosjektplan er det lagt opp til at arbeidet skal være ferdig tidnok til at planane kan handsamast i kommunestyret i juni 2020.

Det vert tilrådd at kontrollutvalet i dette møte drøftar, saman med Deloitte og sekretariatet, når det kan vere mest sansynleg at prosessmøte 1 og prosessmøte 2 skal gjennomførast. Prosessmøte 1 kan til dømes gjennomførast i første møte i 2020 og prosessmøte 2 f.eks. i andre møte i 2020.

Dersom det blir ein slik gjennomgang av prosessen vil endeleg forslag til plan for forvaltningsrevisjon leggast fram for kontrollutvalet i mai møte og det påfølgjande møte i mai/juni i kommunestyret.

Kontrollutvalet bør og diskutera i møtet om det er andre ting Deloitte bør ta med seg i dette planarbeidet.

Konklusjon:

Det vert tilrådd at forslag til prosjektplan vert godkjend med dei endringar som måtte kome fram under handsaminga i møtet.

Forslag til vedtak

1. Kontrollutvalet ber Deloitte AS gjennomføre risiko- og vesentlegvurderinger i Tysnes kommune, samt utarbeide forslag til plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2020 – 2024.
2. Forslag til prosjektplan av november 2019, med dei endringar som kjem fram i møtet, ligg til grunn.
3. Det er ei målsetting at prosessmøte 1 skal gjennomførast i første møte i kontrollutvalet i 2020 og at prosessmøte 2 vert gjennomført i andre møte i kontrollutvalet i 2020
4. Det er ei målsettjng at forslag til plan for forvaltningsrevisjon for 2020 – 2024 skal leggast fram for kommunestyret i mai eller juni møtet.

Hogne Haktorson
kontrollsjef

Helge Inge Johansen
spesialrådgjevar

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikkje underskrift.

Vedlegg

1 Prosjektplan ROV-vurderinger -planperioden 2020-2024



Tysnes kommune

Risiko- og vesentlegvurderingar og planar for
forvaltningsrevisjon og eigarskapskontroll

Prosjektplan/engagement letter

November 2019

«Risiko- og vesentlegvurderingar og planar for forvaltningsrevisjon og eigarskapskontroll - prosjektplan»

November 2019

Prosjektplan utarbeidd for Tysnes kommune av Deloitte AS.

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

Innhold

1.	Føremål og problemstillingar	4
2.	Risiko- og vesentlegvurdering	6
3.	Plan for forvaltningsrevisjon og plan for eigarskapskontroll	8
4.	Tid og ressursbruk	9

1. Føremål og problemstillingar

1.1 Bakgrunn

Deloitte har i samsvar med bestilling frå kontrollutvalet 11. oktober 2019 i sakane PS 34/19 og PS 35/19 utarbeidd ein prosjektplan for risiko- og vesentlegvurderingar og planar for forvaltningsrevisjon og eigarskapskontroll i Tysnes kommune.

1.2 Forvaltningsrevisjon

I kommunelova § 23-3 går det fram at forvaltningsrevisjon inneber å gjere systematiske vurderingar av økonomi, produktivitet, regeletterleving, målnnfriing og verknader ut frå kommunestyret sine vedtak og føresetnader. Same lov § 23-2 bokstav c), pålegg kontrollutvalet å sjå til at det blir gjennomført forvaltningsrevisjon av kommunen si verksemd og av selskap som kommunen har eigarinteresser i.

Kommunelova § 23-3 anna ledd stiller krav om at det skal utarbeidast ein plan for forvaltningsrevisjon:

Kontrollutvalget skal minst én gang i valgperioden, og senest innen utgangen av året etter at kommunestyret eller fylkestinget er konstituert, utarbeide en plan som viser på hvilke områder det skal gjennomføres forvaltningsrevisjoner.

Det er vidare eit krav at plan om forvaltningsrevisjon skal vere basert på ein risiko- og vesentlegvurdering (ROV-vurdering):

Planen skal baseres på en risiko- og vesentlighetsvurdering av kommunens eller fylkeskommunens virksomhet og virksomheten i kommunens eller fylkeskommunens selskaper.

Hensikten med ROV-vurderinga er å skaffe relevant informasjon om verksemda i kommunen og i selskapa der kommunen har eigarinteresser, slik at det er mogleg for kontrollutvalet å leggje ein plan for forvaltningsrevisjon og å prioritere mellom ulike område og ulike selskap der det kan vere aktuelt å gjennomføre forvaltningsrevisjon.

Det er kommunestyret som vedtek plan for forvaltningsrevisjon. Kommunestyret kan delegere til kontrollutvalet å gjere endringar i planen.

1.3 Eigarskapskontroll

Eigarskapskontroll er ei oppgåve som er lagt til kontrollutvalet etter kommunelova § 23-2 bokstav d), og er nærare skildra i kommunelova § 23-4. Der går det fram at eigarskapskontroll inneber å kontrollere om forvaltninga av kommunen sine eigarinteresser blir skjøtta i samsvar med regelverk, kommunestyret sine vedtak og anerkjende prinsipp for eigarstyring.

Kommunelova § 23-4 anna ledd stiller krav om at det skal utarbeidast ein plan for eigarskapskontroll:

Kontrollutvalget skal minst én gang i valgperioden, og senest innen utgangen av året etter at kommunestyret eller fylkestinget er konstituert, utarbeide en plan for hvilke eierskapskontroller som skal gjennomføres.

Som med plan for forvaltningsrevisjon, skal også plan for eigarskapskontroll vere basert på ei ROV-vurdering:

Planen skal baseres på en risiko- og vesentlighetsvurdering av kommunens og fylkeskommunens eierskap.

Hensikten med ROV-vurderinga er å skaffe relevant informasjon om kor det er størst behov for eigarskapskontroll, slik at det er mogleg for kontrollutvalet å leggje ein plan for eigarskapskontroll og å prioritere kva eigarskapskontrollar det kan vere aktuelt å gjennomføre.

Det er kommunestyret som vedtek plan for eigarskapskontroll. Kommunestyret kan delegere til kontrollutvalet å gjere endringar i planen.

1.4 Vår tilnærming til risiko- og vesentlegvurdering – involvering og forankring

I prosessen med ROV-vurderingar og utforming av planar, nyttar vi ein metodikk med høg grad av involvering, både av kontrollutvalet og av sentrale aktørar i administrasjonen og i kommunestyret. Med ei tilnærming der utvalet spelar ei aktiv rolle vil vi sikre at vi avdekkjer kva forvaltningsområde, kva selskap og kva eigarskap det er knytt størst risiko til. I tillegg vil høg grad av involvering bidra til å forankre planarbeidet og gjere det kjent både i kommunestyret og i administrasjonen. Dette vil skape eit godt grunnlag for gjennomføringa av prosjekta som blir prioritert i planane.

Vi ønskjer at arbeidet med ROV-vurderingane skal gjennomførast med vekt på:

- Involvering og forankring i administrasjonen
- Involvering og forankring i kommunestyret
- Involvering og forankring i kontrollutvalet

Ei brei forankring og involvering vil sikre følgjande:

- Kontrollutvalet får informasjon om dei sentrale risikoområda i kommunen
- Prosjekta kontrollutvalet vel er dei med høgast risiko
- Legitimitet for val av prosjekt i kommunestyret og i administrasjonen
- Læring og forbetring i administrasjonen

I tillegg til grunnlag for val av prosjekt vil ROV-vurderingane også gje innspel til tema som kontrollutvalet kan følgje opp gjennom andre metodar som til dømes orienteringar frå administrasjonen.

2. Risiko- og vesentlegvurdering

2.1 Innleiing

Formålet med ROV-vurderingane er å skaffe relevant informasjon om verksemda til kommunen, slik at det er mogleg for kontrollutvalet å leggje planar for forvaltningsrevisjonar og eigarskapskontrollar, og å prioritere mellom ulike område og selskap der det kan vere aktuelt å gjennomføre prosjekt.

ROV-vurderingane vil avdekkje indikasjonar på avvik eller sårbare område i forvaltninga og selskapa der kommunen har eigarskap, sett i forhold til regelverk, politiske mål og vedtak. I denne samanhengen viser «risiko» til *sannsynet for og konsekvensane av* at det kan førekome avvik frå til dømes regelverk, mål, vedtak og andre føringar som kommunen har sett. Risiko vil bli vurdert innanfor alle kommunen sine tenesteområde og eigarskap.

På bakgrunn av ROV-vurderinga vil det bli utarbeidd forslag til forvaltningsrevisjons- og eigarskapskontrollprosjekt, og kontrollutvalet må sjølv vurdere dei ulike områda opp mot kvarandre, og avgjere kva dei meiner det er mest vesentleg å undersøkje.¹

2.2 Analysedokument

Det vil bli utarbeidd eitt analysedokument i samband med ROV-vurderingane som vil omfatte vurderingar av risiko og vesentlegheit knytt til både forvaltningsrevisjon og eigarskapskontroll. Analysedokumentet vil gje eit grunnlag for kontrollutvalet til å velje ut og prioritere prosjekt, og legg slik grunnlag for både plan for forvaltningsrevisjon og plan for eigarskapskontroll.

2.2.1 Del 1: Forvaltningsrevisjon

Seksjon 1: Innleiing

I denne seksjonen vil vi beskrive arbeidet med plan for forvaltningsrevisjon og utarbeidinga av ROV-vurderinga. Vi vil også beskrive kva metodar som er nytta.

Seksjon 2: Risikoanalyse

I denne seksjonen vil vi gjere ein oppsummerande presentasjon og analyse av data knytt til kvart tenesteområde og kvart selskap, slik at det går fram kva område og kva selskap det er knytt risiko til.

Seksjon 3: Identifiserte behov for forvaltningsrevisjon

I denne siste seksjonen i del 1 vil vi samanfatte dei område det er knytt størst risiko til, basert på risikoanalysen i seksjon 2, og knytte desse til moglege forvaltningsrevisjonsprosjekt. Det er kontrollutvalet som skal prioritere mellom prosjekta. Kontrollutvalet står også fritt til å leggje til og ta bort prosjekt. Dette vil skje i prosessmøte 2 med kontrollutvalet (sjå avsnitt 2.3.7).

2.2.2 Del 2: Eigarskapskontroll

Seksjon 1: Innleiing

I denne seksjonen vil vi beskrive arbeidet med plan for eigarskapskontroll og utarbeidinga av ROV-vurderinga. Vi vil også beskrive kva metodar som er brukte.

Seksjon 2: Risikoanalyse

I denne seksjonen vil vi gjere ein oppsummerande presentasjon og analyse av data slik at det er mogleg å peike ut kva eigarskap det er knytt risiko til.

Seksjon 3: Identifiserte behov for eigarskapskontroll

I den siste seksjonen i del 2 vil vi samanfatte dei eigarskapa det er knytt størst risiko til, basert på risikoanalysen i seksjon 2, og knytte desse til moglege eigarskapskontrollar. Det er kontrollutvalet som skal prioritere mellom prosjekta. Kontrollutvalet står også fritt til å leggje til og ta bort prosjekt. Dette vil skje i prosessmøte 2 med kontrollutvalet (sjå avsnitt 2.3.7).

¹ For ein nærare presentasjon av ROV-vurdering, sjå kapittel 6 i *Kontrollutvalshandboka* utgjeve av kommunaldepartementet (<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/kontrollutvalgsboken/id2468270/>).

2.3 Metodisk tilnærming og involvering av sentrale aktører

2.3.1 Dokumentanalyse

Dokumentanalysen tar utgangspunkt i planar, meldingar og rapportar frå kommunen. Vi vil òg undersøkje kva tilsyn som er gjennomført og eventuelt planlagt i kommunen. Desse vil samle gje eit oversyn over kommunen sine mål og strategiar, samt gje eit viktig bidrag til å avdekkje område med risiko eller behov for forbetring.

2.3.2 Statistikk

Offentleg statistikk er i første rekkje henta frå KOSTRA,² og viser tal frå alle tenesteområda som blir gjennomgått i analysen. I analysen vil vi gjere ei samanlikning av kommunen sine tal opp mot tal frå kommunegruppe, noko som gjev eit godt grunnlag for å finne indikasjonar på avvik eller forbedringsområde.

2.3.3 Gjennomgang av selskapsopplysningar i bedriftsdatabase

Deloitte nyttar Bisnode SmartCheck for å få tilgang til rekneskapsopplysningar og informasjon om eigarskap og eigarskapsstruktur. Denne informasjonen vil nyttast både for å få oversyn over alle aktuelle selskap som skal omfattast av ROV-vurderingane, og for å avdekkje eventuelle risikoar gjennom dei føreliggjande finansielle nøkkeltala.

2.3.4 Intervju

Vi vil gjere intervju med både politiske og administrative leiarar i kommunen. Vi ønskjer å intervjuje rådmann, samt sentrale leiarar frå administrasjonen (4-5 personar). I tillegg vil vi intervjuje ordførar, varaordførar og utvalsleiarar (4 personar). Intervjua vil bli gjennomført per telefon for å sikre ei effektiv gjennomføring.

2.3.5 Elektronisk spørjeundersøking

Administrative leiarar og heile kommunestyret blir involvert i ROV-vurderingane gjennom ei undersøkinga i Questback (elektronisk spørjeundersøkingverktøy). I denne blir desse bedne om å peike på potensielle risikoar innanfor det tenesteområdet dei har ansvar for eller kjenner til, samt risikoområde knytte til selskap kommunen eig.

2.3.6 Prosessmøte 1 med kontrollutvalet

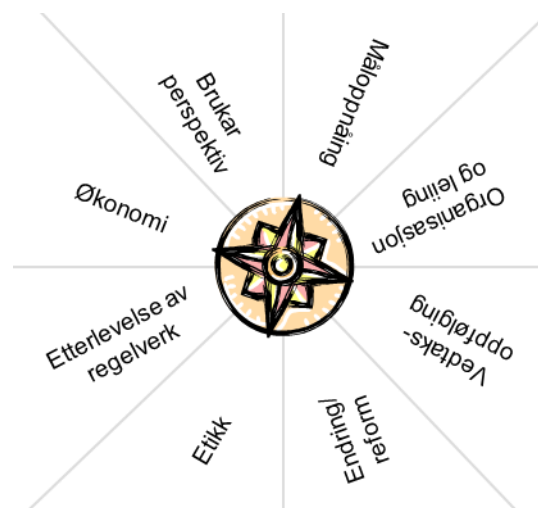
I det første prosessmøtet vil kontrollutvalet få høve til å diskutere og vurdere risikoar innanfor kommunen sine ansvarsområde og knytt til drifta i selskapa der kommunen har eigarinteresser, basert på eiga erfaring frå arbeidet i kontrollutvalet.

I denne prosessen nyttar vi eit «risikospel» som har ei oversikt over dei ulike tenesteområda i kommunen. Ved bruk av farga spelbrikker får kontrollutvalsmedlemmane høve til å vurdere risiko knytt til ulike tenesteområde.

2.3.7 Prosessmøte 2 med kontrollutvalet

Føremålet med det andre prosessmøtet er at kontrollutvalet skal gjennomføre si endelege prioritering til plan for forvaltningsrevisjon og plan for eigarskapskontroll. Som eit grunnlag for diskusjonen i møtet vil analysedokumenta bli ferdiggjort og lagt fram for kontrollutvalet i god tid før møtet. I dokumenta vil alle data som er samla inn bli presentert i ei risikovurdering, inkludert dei data som blei samla inn frå kontrollutvalet i prosessmøte 1. På bakgrunn av risikoanalysen vil det gå fram kva område det er knytt størst risiko til.

Det er kontrollutvalet som i prosessmøtet skal prioritere og vurdere dei ulike risikoområda og avgjere kva område og selskap som skal bli gjenstand for forvaltningsrevisjon, og kva eigarskap ein skal prioritere å gjere eigarskapskontroll med.



² KOfmmune-STat-RApportering (<https://www.ssb.no/offentlig-sektor/kostra/>).

3. Plan for forvaltningsrevisjon og plan for eigarskapskontroll

Når ROV-vurderingane er gjennomførte og kontrollutvalet har prioritert prosjekta i prosessmøte 2, vil vi utarbeide utkast til plan for forvaltningsrevisjon og utkast til plan for eigarskapskontroll.

Utkast til plan for forvaltningsrevisjon vil omfatte:

- Skildring av forvaltningsrevisjon
- Skildring av ROV-vurderinga
- Liste med prioriterte prosjekt der det går fram prosjektittel, tema og problemstillingar
- Liste med uprioriterte prosjekt der det går fram prosjektittel og tema
- Retningsliner for bestilling av prosjekt, rapportering og endringar i planen

Utkast til plan for eigarskapskontroll vil omfatte:

- Skildring av eigarskapskontroll
- Skildring av ROV-vurderinga, inkludert ei liste over eigarskapa til kommunen
- Liste med prioriterte prosjekt der det går fram prosjektittel, tema og problemstillingar
- Ev. liste med uprioriterte prosjekt der det går fram prosjektittel og tema
- Retningsliner for bestilling av prosjekt, rapportering og endringar i planen

Utforming av utkast til planar for forvaltningsrevisjon og eigarskapskontroll vil skje i nær dialog med kontrollutvalet.

4. Tid og ressursbruk

4.1 Nøkkelpersonell

Birte Bjørkelo er oppdragsansvarleg partner på oppdraget. I tillegg vil teamet bestå av prosjektleiar Maja Finnes Sollid og prosjektmedarbeidarar Annbjørg Ryssdal og Samson Johnsen. Deloitte har sett saman eit team som sikrar at prosjektet blir gjennomført i samsvar med gjeldande retningslinjer, samt med nødvendig kompetanse og erfaring innanfor kommunal revisjon.

4.2 Ressursbruk og gjennomføringsplan

Med utgangspunkt i prosjektet sin karakter og planen som er lagt for korleis prosjektet skal bli gjennomført vil det ta totalt 140 timar å gjennomføre prosjektet.

Prosjektet vil gjennomførast våren 2020, slik at forslag til plan for forvaltningsrevisjon og plan for eigarskapskontroll kan leggjast fram for kommunestyret i juni 2020.

Sjå vedlegg for oversikt over timefordeling.

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

Bergen, 8. november 2019



Birte Bjørkelo

Oppdragsansvarleg partner



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

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

Deloitte provides audit, consulting, financial advisory, risk advisory, tax and related services to public and private clients spanning multiple industries. Deloitte serves four out of five Fortune Global 500[®] companies through a globally connected network of member firms in more than 150 countries and territories bringing world-class capabilities, insights, and high-quality service to address clients' most complex business challenges. To learn more about how Deloitte's approximately 245,000 professionals make an impact that matters, please connect with us on Facebook, LinkedIn, or Twitter.

© 2019 Deloitte AS



Tysnes kommune

Sekretariat for kontrollutvalet

Arkivsak: 216
Arkivnr: 2019/71-1
Sakshandsamar: Helge Inge Johansen

Saksframlegg

Saksgang

Utval	Saknr.	Møtedato
Kontrollutvalet i Tysnes kommune	51/19	28.11.2019

Plan for eigarskapskontroll for perioden 2020-2024 - forslag til prosjektplan

Bakgrunn for saka:

I tråd med kommuneloven § 23-4 skal kontrollutvalet utarbeide plan for eigarskapskontroll det første året i valperioden. Dette gjer at kontrollutvalet innan utgangen av 2020 må syta for:

- å gjennomføre ein risiko- og vesentlighetsvurdering av kommunen si eigarskap.
- å utarbeide ein plan for gjennomføring av eigarskapskontroll i perioden 2020 – 2024 basert på den gjennomførte risiko og vesentlighetsvurderinga
- at planen blir vedteke av kommunestyret, som kan delegera til kontrollutvalet å føreta endringar i planperioden.
- Fram til ny plan er vedteke vil plan for selskapskontroll 2016 – 2020 gjelde.

Kontrollutvalet i Tysnes kommune fatta slikt vedtak i sak PS 35/19 i møte 11.10.2019:

1. Kontrollutvalet ber Deloitte innen 11.11.2019, laga eit forslag til prosjektplan, som bl.a. inneheld korleis analyse- og planarbeidet skal gjennomførast, ressursbruk og forventa levering. Prosjektplanen skal omfatta:
 - a. Korleis risiko- og vesentlegvurdering av Tysnes kommune sin eigarskap i selskap skal gjennomførast.
 - b. Forslag til korleis arbeidet med plan for eigarskapskontroll for perioden 2020 – 2024 skal gjennomførast.
2. Forslag til prosjektplan skal leggst fram for godkjenning i kontrollutvalet i første møte i nytt utval.
3. Kontrollutvalet ber om at prosessen blir lagt opp slik at forslag til plan for eigarskapskontroll kan leggst fram for kommunestyret i juni 2020.

Besøksadresse: Agnes Mowinckelsgt. 5 - Postadresse: Postboks 7900. 5020 Bergen - Telefon 55 23 90 00

Mobil - E-postadresse: helge.inge.johansen@hfk.no eller kontrollutvalet@hfk.no

Bankgironr. 5201 06 74239 - Foretaksnr. NO 938 626 367 mva.

Drøfting:

Sekretariatet har motteke forslag til prosjektplan for gjennomføring av arbeidet med risiko- og vesentlegvurdering. Deloitte har vald å presentera arbeidet med risiko- og vesentlegvurderingar og plan for eigarskapkontroll og plan for forvaltningsrevisjon i same prosjektplan, ut i frå at planane har ein del overlappende aktivitetar, jf. vedlegg til sak om plan for forvaltningsrevisjon til dette møtet.

I samband med planarbeidet vil Deloitte mellom anna nytte dokumentanalyse, statistikk, gjennomgang av selskapsopplysningar i bedriftsdatabase, intervju og elektronisk spørjeundersøking som metode. Dei vil gjennomføra intervju med politisk og administrativ leiing i kommunen. Det er og lagt opp til 2 prosessmøter med kontrollutvalet. I prosessmøte 1 vil utvalet få høve til å diskutera og vurdera risikoar innafør kommunen sitt eigarskap. I prosessmøte 2 skal kontrollutvalet gjennomføra sin endelege prioritering av prosjekta som skal liggje til grunn for forslag til plan for eigarskapkontroll som skal godkjennast av kommunestyret.

Sekretariatet meiner at prosjektplanen er godt utarbeida og at den syner at Deloitte har gode prosessar og rutinar for gjennomføring av denne type oppdrag. Etter sekretariatet si meining er det viktig at arbeidet blir utført på ein grundig og god måte som sikrer sterk involvering administrativt, politisk og ikkje minst at kontrollutvalet blir sterkt involvert. Sekretariatet har ikkje merknad til at det blir disponert ein ressurs på inntil det timetall som er lagt inn i prosjektplanen for begge prosjekta til saman. I forslag til prosjektplan er det lagt opp til at arbeidet skal vere ferdig tidnok til at planane kan handsamast i kommunestyret i juni 2020.

Det vert tilrådd at kontrollutvalet i dette møte drøftar, saman med Deloitte og sekretariatet, når det kan vere mest sansynleg at prosessmøte 1 og prosessmøte 2 skal gjennomførast. Prosessmøte 1 kan til dømes gjennomførast i første møte i 2020 og prosessmøte 2 f.eks. i andre møte i 2020.

Dersom det blir ein slik gjennomgang av prosessen vil endeleg forslag til plan for eigarskapkontroll leggjast fram for kontrollutvalet i mai møte og det påfølgjande møte i mai/juni i kommunestyret.

Kontrollutvalet bør og diskutera i møtet om det er andre ting Deloitte bør ta med seg i dette planarbeidet.

Konklusjon:

Det vert tilrådd at forslag til prosjektplan vert godkjend med dei endringar som måtte kome fram under handsamainga i møtet.

Forslag til vedtak

1. Kontrollutvalet ber Deloitte AS gjennomføre risiko- og vesentlegvurderinger i Tysnes kommune, samt utarbeide forslag til plan for eigarskapkontroll for perioden 2020 – 2024.
2. Forslag til prosjektplan av november 2019, med dei endringer som kjem fram i møtet, ligg til grunn.
3. Det er ei målsetting at prosessmøte 1 skal gjennomførast i første møte i kontrollutvalet i 2020 og at prosessmøte 2 vert gjennomført i andre møte i kontrollutvalet i 2020
4. Det er ei målsettjng at forslag til plan for eigarskapkontroll for 2020 – 2024 skal leggjast fram for kommunestyret i mai eller juni møtet.

Hogne Haktorson
kontrollsjef

Helge Inge Johansen
spesialrådgjevar

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikkje underskrift.



Tysnes kommune

Sekretariat for kontrollutvalet

Arkivsak: 033
Arkivnr: 2019/72-1
Sakshandsamar: Helge Inge Johansen

Saksframlegg

Saksgang

Utval	Saknr.	Møtedato
Kontrollutvalet i Tysnes kommune	52/19	28.11.2019

Gjennomgang av møteprotokollar frå andre politiske utval

Bakgrunn for saka:

Kontrollutvalet i Tysnes kommune i førre periode gjennomgjekk møteprotokollane frå dei andre politiske utvala i kommunen. Det vert her invitert til å drøfta om det nye kontrollutvalet ønskjer å arbeida på same måten. I så fall bør ansvaret fordelast på utvalsmedlemene.

Drøfting:

I denne saka er tanken at kontrollutvalet skal gjera ei vurdering av saker i møteprotokollar frå andre politiske utval i Tysnes kommune. Kontrollutvalet kan be om nærare informasjon om enkeltsaker og drøfte ulike problemstillingar som ein finn av særleg interesse i protokollane. Møtebøkene kan lastas ned frå heimesida til kommunen under «Politikk – Politiske saker».

Dette er ein av fleire måtar å gjera seg kjent med det politiske arbeidet i kommunen, og kunna fanga opp saker som no eller på eit seinare tidspunkt kan vera eit aktuelt saksfelt for kontrollutvalet.

Til dette møtet er det desse møteprotokollane som kan vera aktuell for gjennomgang:

- Kommunestyret 15.10
- Formannskapet 31.10 og 18.11
- Tenesteutvalet 22.10 og 12.11
- Utval for landbruk og teknisk 22.10

I dette møtet tilrår sekretariatet å gjennomgå møteprotokollane frå møte i desse utvala.

Konklusjon:

På bakgrunn av dei erfaringane som er gjort tidlegare er det ei føremon at kontrollutvalet held seg oppdatert på kva som skjer i andre politiske utval. Sekretariatet vil difor tilrå at det nye kontrollutvalet vurderer å fordele ansvar for gjennomgang av møteprotokollar.

Besøksadresse: Agnes Mowinckelsgt. 5 - Postadresse: Postboks 7900. 5020 Bergen - Telefon 55 23 90 00

Mobil - E-postadresse: helge.inge.johansen@hfk.no eller kontrollutvalet@hfk.no

Bankgironr. 5201 06 74239 - Foretaksnr. NO 938 626 367 mva.

Forslag til vedtak

1. Kontrollutvalet tar møteprotokollane som går fram av saksutgreiinga over til orientering.
2. Særskilt ansvar for gjennomgang av framtidige møteprotokollar vert fordelt slik:

Politisk organ:	Kontrollutvalsmedlem:
Kommunestyret	
Formannskapet	
Tenesteutvalet	
Utval for landbruk og teknisk	

Hogne Haktorson
kontrollsjef

Helge Inge Johansen
spesialrådgjevar

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikkje underskrift.

PS 53/19 Referatsaker

NKRFS

Kontrollutvalgskonferanse

29-30 januar 2020

The Qube – Clarion Hotel & Congress Oslo Airport

Hovedtemaer:

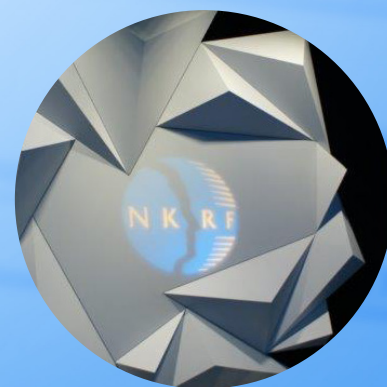
Politikerhets

Rent drikkevann – hva gikk galt?

Bærekraft i et revisjonsperspektiv

Personvern i kommunene

Bompengeselskapene



Målgruppe: Ledere/medlemmer av kontrollutvalg, kontrollutvalgssekretærer, revisorer, ordførere, rådmenn og andre som er interessert i tilsyn og kontroll i kommunesektoren

#ku20nkrf

09.00

Registrering og enkel servering

10.00

Velkommen

► Konferansier Anne Grosvold og daglig leder Rune Tokle, NKRF

10.10

Åpning

► Kommunal- og moderniseringsminister Monica Mæland (H)

10.40

Demokratiets kår

► Øystein Djupedal, tidl. politiker, fylkesmann, "Arendalsuke-general" m.m., nå regiondirektør i Husbanken sør

11.20

Pause

11.40

Hat og trusler mot folkevalgte?

► Carina Riborg Holter, Senior Research Executive i Ipsos
På oppdrag fra KS har Ipsos kartlagt omfanget av hatefulle ytringer og trusler blant folkevalgte politikere i Norge.

11.50

Hets av politikere – en trussel mot demokratiet?

Anne Grosvold i samtale med:

- Carina Riborg Holter
- Ole Ueland (H), gruppeleder i Rogaland fylkesting og tidligere ordfører i Sola kommune
- Kamzy Gunaratnam (A), varaordfører i Oslo kommune

12.20

Lunsj

13.20

Hvordan jobbe i et kontrollutvalg?

► Bård Hoksrud (Frp), leder av kontrollutvalget i Bamble kommune

14.00

Pause

14.20

Rent drikkevann – hva gikk galt?

► Bård Espelid (Askøylisten), tidligere varaordfører, nå kommunestyrerepresentant, i Askøy kommune

14.45

Rent drikkevann – en selvfølge?

► Kjetil Furuberg, avdelingsleder vanntjenester i Norsk Vann

15.10

Rent drikkevann – et felles ansvar

Anne Grosvold i samtale med:
Innlederne m.fl. (kommer)

15.50

Pause

16.10

Bærekraft i et revisjonsperspektiv

► Riksrevisor Per-Kristian Foss

17.00

19.30

Middag



RUNE TOKLE



ANNE GROSVOLD



MONICA MÆLAND



ØYSTEIN DJUPEDAL



CARINA RIBORG HOLTER



OLE UELAND



KAMZY GUNARATNAM



BÅRD HOKSRUD



BÅRD ESPELID



KJETIL FURUBERG



PER-KRISTIAN FOSS

14.20

Minikurs A
Se info neste side

17.00

09.00

Bærekraft – hva er det?

- ▶ Carlo Aall, professor og leder for Norsk senter for berekraftig klimatilpassing ved Vestlandsforskning

09.30

Bærekraftmålene – hva må til lokalt og sentralt?

En samtale med:

- ▶ Carlo Aall
- ▶ Tina Bru (H), andre nestleder i Stortingets energi- og miljøkomite
- ▶ M.fl. (kommer)

10.00

Pause

10.20

Gode bestillinger og gode analyser – kontrollutvalgets muligheter

Anne Grosvold i samtale med:

- ▶ Beate Marie Dahl Eide (Sp), ordfører i Seljord kommune
- ▶ Torbjørn Berglann, daglig leder i Konsek Trøndelag IKS
- ▶ May Britt Lagesen (A), leder av kontrollutvalget i Steinkjer kommune og medlem av fylkestinget i Trøndelag

11.00

Pause

11.20

Personvern – hva gjør vi i kommunene?

- ▶ Anette Engum, personvernombud i Bærum kommune

12.00

Pause

12.20

Bompengeselskapenes pengebruk

- ▶ Peter Svaar, journalist i NRK

13.00

Lunsj

09.00

Minikurs B
Se info nederst



CARLO AALL



TINA BRU



BEATE MARIE DAHL EIDE



TORBJØRN BERGLANN



MAY BRITT LAGESEN



ANETTE ENGUM



PETER SVAAR



RENATE BORGMO



BJØRN BRÅTHEN



ALEXANDER ETSY JENSEN



ANN KATHARINE GARDNER



KNUT TANEM

11.20

Minikurs C
Se info nederst

Minikurs – parallelt med hovedprogrammet

! Begrenset antall plasser

- **Målgruppe: nye ledere og medlemmer av kontrollutvalget**

Onsdag kl 14.20 - 17.00

A. Kontrollutvalgets formål, rolle og oppgaver

- ▶ Renate Borgmo og Bjørn Bråthen, seniorrådgivere i NKRF

Torsdag kl 09.00 - 10.00

B. Lederrollen i kontrollutvalget

- ▶ Alexander Etsy Jensen, rådgiver i Temark og tidl. leder av kontrollutvalget og tidl. medlem av kommunestyret i Vennesla kommune

Torsdag kl 11.20 - 13.00

C. De sentrale momentene for å forstå det kommunale regnskapet

- ▶ Ann Katharine Gardner og Knut Tanem, regnskapsrevisorer i Revisjon Midt-Norge SA



NKRFs

Kontrollutvalgskonferanse

29-30 januar 2020

Påmelding

- Påmeldingsfrist: 12. desember 2019.
- Bindende påmelding skal skje via [NKRFs nettsider](#).
- Faktura vil bli tilsendt etter påmeldingsfristens utløp.
- Det tas forbehold om endringer i programmet.

Konferansepriser *

- Kr 6 900 eks. mva. med overnatting (ikke-medl.: kr 7 300 eks. mva.)
- Kr 5 250 eks. mva. uten overnatting (ikke-medl.: kr 5 650 eks. mva.)
- Kr 1 114 eks. mva. for overnatting m/frokost fra 28. til 29. januar 2020

*) Deltakere fra kontrollutvalg i kommuner/fylkeskommuner hvor sekretærtjenesten ivaretas av virksomheter som er bedriftsmedlem i NKRF, oppnår medlemspris.

Avbestillingsbetingelser

- Avbestilling må skje skriftlig.
- Det vil ved avbestillinger etter påmeldingsfristens utløp kreves et gebyr på kr 500 til dekning av administrasjonsutgifter. Ved avbestilling senere enn en uke før konferansestart belastes 50 % av konferanseavgiften.
- Avbestilling ved legitimert sykdom behandles særskilt.
- Avmelding på konferansedagen, eller ev. uteblivelse, medfører full konferanseavgift.
- Ved hotellreservasjon kommer i tillegg ev. ansvaret overfor hotellet.
- Deltakelse kan ved behov overføres til en annen kollega.

Konferansested

[The Qube - Clarion Hotel & Congress Oslo Airport, Gardermoen](#)

Forhåndsgodkjenning

11 timer iht. NKRFs krav til etterutdanning.

Kontaktinfo

Norges Kommunerevisorforbund, Postboks 1417 Vika, 0115 Oslo
 Telefon 23 23 97 00 • post@nkrf.no • www.nkrf.no
www.facebook.com/nkrf.no • www.twitter.com/nkrf

Velkommen på konferanse!

NKRF
1945 – 2020



Norges Kommunerevisorforbund

75 år på vakt for fellesskapets verdier

www.nkrf.no | post@nkrf.no



Fra: Forum for Kontroll og Tilsyn (fkt@fkt.no)

Sendt: 12.11.2019 10:51:55

Til: Forum for Kontroll og Tilsyn

Kopi:

Emne: Forum for Kontroll og Tilsyn - medlemsinformasjon november 2019

Vedlegg:

Hei kontrollutvalgssekretærer!

Opplysninger om nye kontrollutvalg

De konstituerende møtene er gjennomført og flere av dere er i full gang med møter i de nye kontrollutvalgene. FKT ønsker å nå ut til alle medlemmene i kontrollutvalget med aktuell informasjon og diverse tilbud. Jeg håper derfor at dere kan sende e-postadresser og navn på kontrollutvalgsmedlemmene til meg. Telefonnummeret til utvalgsleder er også fint om dere kan sende. Excel-fil foretrekkes.

Takk til dere som allerede har sendt opplysninger til oss!

Rekruttering av kontrollutvalg i sammenslåtte kommuner

Fra og med 1. januar 2020 mister FKT ca. 20 % av medlemsmassen som en konsekvens av kommunereformen. Vi har som målsetting å rekruttere samtlige av de nyopprettede kommunene der vi fra før har medlemmer blant en eller flere av kommunene som blir slått sammen. Vi vil sende ut tilbud om medlemskap til disse kontrollutvalgene, men vi trenger drahjelp fra dere - i første omgang med kontaktopplysninger.

Kontrollutvalgslederskolen (21.-22. april)

Les mer om det nye tilbudet på hjemmesiden: <https://www.fkt.no/konferanser/kontrollutvalgsskolen-2020/>

Det er kjempefint om dere allerede nå sprer informasjon om kontrollutvalgslederskolen til de nyvalgte lederne. De vil få en egen invitasjon så snart vi har mottatt kontaktopplysningene.

På hjemmesiden finner dere også opplysninger om **sekretariatskonferansen (24.-25.mars)** og **fagkonferansen (3.-4. juni)** www.fkt.no - oppdateres fortløpende.

Vi håper også at vi kan øke aktiviteten på medlemssidene våre. Derfor vil alle medlemmer (ikke bare leder) få tilbud om brukernavn og passord.

Ha en fin novemberdag!



Vh Anne-Karin Femanger Pettersen

Generalsekretær



Postboks 41 Sentrum, 0101 Oslo | E-post: fkt@fkt.no | Tlf.: 41471166

www.fkt.no | [www.twitter.com/@FKT_no](https://twitter.com/FKT_no) www.facebook.com/FKT.no/

FKT - En møteplass for kommunale og fylkeskommunale kontrollutvalg og deres sekretariat

PS 54/19 Eventuelt