

INNKALLING TIL MØTE I KONTROLLUTVALGET I NESNA

Til: Thorvald Zahl (leder)
Torill Risøy (nestleder)
Ellen Mogård Larsen (medlem)
Monica Strand (medlem)
Alf Magne Jacobsen (medlem)

Sted: Nesna rådhus, kommunestyresalen
Tid: 25.02.2021, møtestart kl. 08.30

Til møtet foreligger følgende saker:

001/21 Godkjenning av protokoll fra møte 19.11.2020
002/21 Referatsak
003/21 Oppfølging av tidligere KU-vedtak
004/21 Kommunikasjon/dialog med revisor
005/21 Forenklet etterlevelsekontroll 2019 fra revisor
006/21 Oppfølging av KST-vedtak 39/12 (FR-sykefravær)
007/21 Oppfølging av KST-vedtak 55/16 (FR-samhandlingsreformen)
008/21 Oppfølging av KST-vedtak 03/17 (FR-miljøterapeutisk avdeling)
009/21 Oppfølging av KST-vedtak 26/18 (FR- internkontroll)
010/21 Oppfølging av KST-vedtak 49/19 (vedr. FR-saksforberedelse og vedtaksoppfølging)
011/21 Vedr. henvendelse fra John Brattli (vedr. KST-vedtak 64/17)
012/21 Vedr. henvendelse fra Truls Dahl
013/21 Nye henvendelser til KU
Eventuelt

OBS: - Vennligst informer KU-sekretær snarest dersom du må melde forfall til møtet slik at KU-sekretær kan kalle inn varamedlem.
- KU-medlemmer bes i god tid si fra til KU-sekretær om forhold som gjør, eller kan gjøre han/henne inhabil i sak fra saklisten slik at vararepresentant eventuelt kan innkalles.

Vel møtt!
Thorvald Zahl
Leder KU-Nesna
18.02.2021

Kopi av innkalling og møtedokumenter er sendt til:
- Ordfører, rådmann, Deloitte AS v/Birte Bjørkelo og Harald Halvorsen.
- Vara for Zahl/Risøy: Arnold Sjøteig, Trond-Ivar Rasmussen.
- Vara for Larsen: Knut Lyng Hansen
- Vara for Strand: Magne Elstad, Lillian Hines, Tord Steiro
- Vara for Jacobsen: Anne Karin Brattli
Møtedokumentene er tilgjengelig på www.ihkus.no på siden for Nesna.

Postadresse: Indre Helgeland Kontrollutvalgssekretariat, Sentrumsveien 1, 8646 KORGEN
E-mailadresse: knut.soleglad@hemnes.kommune.no
Hjemmeside: www.ihkus.no
Telefon: 95 14 47 81 (mobil) 75 19 70 00 (s.bord)

SAKSFREMLEGG

KU-NESNA
Møte 25.02.2021

Sak 001/21 Godkjenning av protokoll fra møte 19.11.2020

Dokumenter:

- Protokoll fra møtet 19.11.2020.

Saksorientering:

Til det utsendte protokollutkastet fra møtet 19.11.2020 kom det ingen ønsker om endringer. Det er mottatt tilbakemelding fra 5 av de 5 deltakende medlemmene.

Innstilling til vedtak:

Kontrollutvalget godkjenner protokoll fra møte 19.11.2020.

PROTOKOLL FRA MØTET 19.11.2020

KONTROLLUTVALGET I NESNA KOMMUNE

Tid: 19.11.2020 KL 0830 – 12.00.
Sted: Nesna rådhus, kommunestyresalen
Tilstede: Thorvald Zahl (leder)
Torill Risøy (nestleder)
Ellen Mogård Larsen (medlem)
Monica Strand (medlem)
Alf Magne Jacobsen (medlem)

Forfall:

For øvrig møtte:

| | | |
|------------------|---------------|---|
| Hanne Davidsen | (ordfører), | sakene 032 – 038. |
| Lill Stabell | (rådmann), | sak 032. |
| Harald Halvorsen | (revisor), | sakene 033 – 035 pr. høytalende telefon |
| Knut Soleglad | (KU-sekretær) | |

Thorvald Zahl åpnet møtet og følgende status ble innhentet:

- Innkalling: Godkjent.
- Sakliste: Godkjent.
- Deltakere: 5 medlemmer av 5 deltok og møtet er beslutningsdyktig.

I møtet ble følgende behandlet:

Sak 031/20 Godkjenning av protokoll fra møte 10.09.2020.

Møtebehandling:

Innstilling til vedtak ble godkjent.
Vedtaket var enstemmig.

Vedtak:

Kontrollutvalget godkjenner protokoll fra møte 10.09.2020.

Sak 032/20 Oppfølging av tidligere KU-vedtak.

Møtebehandling:

Rådmannen ble i møtet gjort oppmerksom på at skriftlige tilbakemeldinger til KU v/sekretær ikke er mottatt. Rådmannen undersøkte dette i løpet av møtet, og orienterte at anmodningene fra KU er blitt utarbeidet, men at tilbakemeldingene ikke er blitt sendt ut fra kommunens systemer på grunn av tekniske problemer.

Innstilling til vedtak ble godkjent.
Vedtaket var enstemmig.

PROTOKOLL FRA MØTET 19.11.2020

KONTROLLUTVALGET I NESNA KOMMUNE

Vedtak:

Kontrollutvalget tar til orientering at alle tidligere KU-vedtak er effektuerte eller under effektuering.

Sak 033/20 Kommunikasjon/dialog med revisor, herunder revisors revisjonsplan 2020.

Møtebehandling:

Oppdragsansvarlig regnskapsrevisor gav en orientering om revisjonsplan for 2020 i møtet. Videre orienterte revisor at KU vil motta en oppsummering av interimrevisjonen når denne foreligger.

Innstilling til vedtak ble godkjent.
Vedtaket var enstemmig.

Vedtak:

Kontrollutvalget tar informasjonen til orientering, herunder

- revisjonsplan 2020 for Nesna kommune,
- oppdragsansvarlig regnskapsrevisors uavhengighetsvurdering datert 09.11.2020.

Sak 034/20 Kommunens svar til revisjonsrapport nr. 3 og nr. 4

Møtebehandling:

Innstilling til vedtak ble godkjent ved å bytte ut « *neste års* » med « *førstkommende* ».
Vedtaket var enstemmig.

Vedtak:

Kontrollutvalget tar kommunens tilsvarende til revisjonsrapport nr. 3 og nr. 4 til foreløpig orientering og imøteser revisors endelige vurderinger senest ved avleggelse av førstkommende revisjonsberetning.

Sak 035/20 Vedr. forenklet etterlevelseskontroll for 2019

Møtebehandling:

Oppdragsansvarlig regnskapsrevisor opplyste bl.a. at følgende vil foreligge til KUs neste møte:

- Revisors rapport fra forenklet etterlevelseskontroll for 2019,
- Revisors risiko- og vesentlighetsvurdering som danner grunnlaget for forenklet etterlevelseskontroll for 2020.

Innstilling til vedtak ble formulert i møtet og godkjent med følgende ordlyd:
«Kontrollutvalget tar informasjonen til orientering.»
Vedtaket var enstemmig.

PROTOKOLL FRA MØTET 19.11.2020 KONTROLLUTVALGET I NESNA KOMMUNE

Vedtak:

Kontrollutvalget tar informasjonen til orientering.

Sak 036/20 Vedr. Fylkesmannens tilsyn med skolen i Nesna kommune

Møtebehandling:

Innstilling til vedtak ble omformulert i møtet og godkjent med følgende ordlyd:
«Kontrollutvalget ber rådmannen gi en orientering om status i kommunens arbeid med å imøtekomme påleggene fra Fylkesmannen i første møte høsten 2021.»
Vedtaket var enstemmig.

Vedtak:

Kontrollutvalget ber rådmannen gi en orientering om status i kommunens arbeid med å imøtekomme påleggene fra Fylkesmannen i første møte høsten 2021.

Sak 037/20 Henvendelse fra Truls Dahl

Møtebehandling:

Innstilling til vedtak ble formulert i møtet og godkjent med følgende ordlyd:
«1. Kontrollutvalget vedtar å lukke møtet i henhold til kommunelov § 11-5.
2. Kontrollutvalget ber sekretær lage brevutkast til Dahl og til rådmann.
Utkastene sendes pr. mail til kontrollutvalgets medlemmer for kommentarer og endelig godkjennelse før brevene sendes til mottaker.»
Vedtaket var enstemmig.

Vedtak:

1. Kontrollutvalget vedtar å lukke møtet i henhold til kommunelov § 11-5.
2. Kontrollutvalget ber sekretær lage brevutkast til Dahl og til rådmann.
Utkastene sendes pr. mail til kontrollutvalgets medlemmer for kommentarer og endelig godkjennelse før brevene sendes til mottaker.

Sak 038/20 Møteplan 2021 for kontrollutvalget.

Møtebehandling:

Innstilling til vedtak ble godkjent med innfasing av:
- møtedatoer for 2021: 25.2, 06.05, 16.09, 18.11.
- møtestart: kl. 08.30
Vedtaket var enstemmig.

PROTOKOLL FRA MØTET 19.11.2020 KONTROLLUTVALGET I NESNA KOMMUNE

Vedtak:

Kontrollutvalget fastsetter følgende møtedatoer for 2021:

25.02, 06.05, 16.09, 18.11.

Møtestart settes til kl. 08.30.

Fastsatte møtedatoer kan endres ved behov i samhandling mellom KU-leder og KU-sekretær.

Thorvald Zahl (leder)

Torill Risøy (nestleder)

Ellen Mogård Larsen (medlem)

Monica Strand (medlem)

Alf Magne Jacobsen (medlem)

SAKSFREMLEGG

KU-NESNA
Møte 25.02.2021

Sak 002/21 Referatsak

Dokumenter:

- Brev datert 04.08.2020 fra Kommunal- og Moderniseringsdepartementet til Forum for Kontroll og tilsyn «Svar på spørsmål om tolkningen av kommuneloven § 23-5».
- Brev datert 15.10.2020 fra Kommunal- og Moderniseringsdepartementet til Forum for Kontroll og tilsyn «Svar på oppfølgingsspørsmål vedrørende tolkningen av kommuneloven § 23-5».

Saksorientering:

Vedlagte dokumenter omhandler departementets presiseringer av bl.a. hvilke saker fra KU til kommunestyret som kommunedirektøren skal gis anledning til å uttale seg om, herunder også saker som gjelder:

- valg av revisjonsordning og revisor,
- valg av sekretariat for kontrollutvalget,
- budsjettforslag for kontroll og tilsyn, og/eller
- årsmeldinger for kontrollutvalget.

Innstilling til vedtak:

Kontrollutvalget tar vedlagte dokumenter til orientering.



DET KONGELIGE KOMMUNAL-
OG MODERNISERINGSDEPARTEMENT

Forum for Kontroll og Tilsyn
Postboks 41 Sentrum
0101 OSLO

Deres ref

Vår ref
20/2919-3

Dato
4. august 2020

Svar på spørsmål om tolkningen av kommuneloven § 23-5

Kommunal- og moderniseringsdepartementet viser til brev 20. mai 2020 vedrørende tolkningen av kommuneloven § 23-5 andre setning. I brevet spør dere om bestemmelsen innebærer at kommunedirektøren kun skal gis anledning til å uttale seg i saker som gjelder gjennomførte kontroller, eller om han eller hun også skal gis anledning til å uttale seg i saker som gjelder

- valg av revisjonsordning og revisor,
- valg av sekretariat for kontrollutvalget,
- budsjettforslag for kontroll og tilsyn, og/eller
- årsmeldinger for kontrollutvalget.

Dere spør også om hvem som skal innhente uttalelsene fra kommunedirektøren etter bestemmelsen.

Departementet vil i det følgende besvare spørsmålene deres.

Hvilke saker kommunedirektøren skal gis anledning til å uttale seg i

Generelle kommentarer

Det framgår av kommuneloven § 23-5 at

Kontrollutvalget skal rapportere resultatene av sitt arbeid til kommunestyret eller fylkestinget. I saker som skal oversendes til kommunestyret eller fylkestinget, skal kommunedirektøren gis anledning til å uttale seg før kontrollutvalget behandler saken.

Postadresse
Postboks 8112 Dep
0032 Oslo
postmottak@kmd.dep.no

Kontoradresse
Akersg. 59
www.kmd.dep.no

Telefon*
22 24 90 90
Org.nr.
972 417 858

Avdeling

Saksbehandler
Signe Bechmann
22 24 72 64

En naturlig språklig forståelse av ordlyden i § 23-5 andre setning er at kommunedirektøren skal gis anledning til å uttale seg før kontrollutvalget behandler enhver sak som skal oversendes til kommunestyret. Isolert sett synes bestemmelsen dermed å legge opp til at kommunedirektøren skal gis anledning til å uttale seg i alle saker der kontrollutvalget skal oversende saken til kommunestyret, uavhengig av hva saken dreier seg om.

Dersom man ser bestemmelsen i sammenheng med første setning, kan man forstå den som at kommunedirektørens uttalelsesrett er begrenset til saker der kontrollutvalget skal rapportere om "resultatene av sitt arbeid". Formuleringen "sitt arbeid" er ikke begrenset til gjennomførte kontroller. En slik forståelse av ordlyden utelukker derfor heller ikke at kommunedirektøren skal gis anledning til å uttale seg i forbindelse med andre typer rapporteringer til kommunestyret.

Forarbeidene til bestemmelsen er ikke helt tydelige på hvilke typer saker som skal forelegges kommunedirektøren. Det framgår av merknaden til bestemmelsen i Prop. 46 L (2017–2018) side 405 at kommunedirektøren skal gis anledning til å uttale seg i saker som gjelder "gjennomførte kontroller". At forarbeidene bruker formuleringen "gjennomførte kontroller" kan indikere at det kun er i forbindelse med rapporteringer om gjennomførte forvaltningsrevisjoner og eierskapskontroller at plikten til å forelegge saken for kommunedirektøren inntreffer.

Departementet mener likevel at man ikke bør legge for mye vekt på at forarbeidene bruker formuleringen "gjennomførte kontroller". Etter ordlyden til bestemmelsen skal kommunedirektøren gis uttalelsesrett i saker som "skal" oversendes til kommunestyret. Saker som "skal" oversendes til kommunestyret vil naturligvis omfatte alle saker som etter § 23-5 første setning eller forskrift om kontrollutvalg og revisjon skal oversendes. Etter forskriften har kontrollutvalget ikke bare plikt til å rapportere til kommunestyret om gjennomførte kontroller, men også om enkelte andre forhold. For eksempel følger det av forskriften § 3 at kontrollutvalget skal rapportere til kommunestyret dersom regnskapsrevisorens påpekninger etter kommuneloven § 24-7 til § 24-9 ikke blir rettet eller fulgt opp.

Departementet kan ikke se at ordlyden og forarbeidene samlet sett gir tilstrekkelige holdepunkter for å fastslå at kommunedirektøren kun skal gis anledning til å uttale seg i saker som gjelder gjennomførte kontroller. Dersom det var lovgivers intensjon å begrense kommunedirektørens uttalelsesrett på denne måten, er det nærliggende at dette ville kommet klarere fram av både ordlyden og forarbeidene til bestemmelsen.

Departementet vil også vise til at bestemmelsen i § 23-5 andre setning er en ren videreføring av kommuneloven av 1992 § 77 nr. 6 andre setning, se merknaden til bestemmelsen i Prop. 46 L (2017–2018) side 405. Forarbeidene og tolkningsuttalelsene til § 77 nr. 6 er dermed også relevante for forståelsen av § 23-5. I en tolkningsuttalelse fra 2010 (10/9262-ERA) la departementet til grunn at plikten til å forelegge saker for kommunedirektøren etter § 77 nr. 6 andre setning i hvert fall omfattet de sakene som kontrollutvalget skulle rapportere til

kommunestyret etter den tidligere kontrollutvalgsforskriften. Denne forskriften er nå erstattet av forskrift om kontrollutvalg og revisjon.

Departementet legger derfor til grunn at § 23-5 andre setning innebærer at kommunedirektøren iallfall skal gis anledning til å uttale seg i saker som etter § 23-5 første setning eller forskrift om kontrollutvalg og revisjon skal oversendes til kommunestyret. Det vil si at kommunedirektøren iallfall skal gis anledning til å uttale seg i saker som gjelder "resultatene" av kontrollutvalgets "arbeid", og i saker som etter forskriften §§ 3, 4 eller 5 skal oversendes.

Videre kan det også tenkes tilfeller der det ikke følger av lov eller forskrift at en sak skal oversendes til kommunestyret, men der saken likevel skal oversendes. Dette kan for eksempel være aktuelt der kommunestyret eksplisitt har bedt kontrollutvalget om at saken skal oversendes, eller der kontrollutvalget selv har bestemt at saken skal oversendes. Når det gjelder denne typen saker, legger departementet til grunn at spørsmålet om kommunedirektøren skal gis uttalelsesrett, vil avhenge av innholdet i saken. Departementet viser til at § 23-5 andre setning må ses i sammenheng med det alminnelige prinsippet om at en sak skal være så godt opplyst som mulig før et vedtak treffes. Man må derfor blant annet se hen til om en uttalelse fra kommunedirektøren kan bidra til å opplyse saken før kontrollutvalget skal behandle den.

Valg av revisjonsordning og revisor, og valg av sekretariat for kontrollutvalget

Det følger av § 24-1 tredje ledd at kommunestyrets vedtak om valg av revisjonsordning og revisor skal treffes etter innstilling fra kontrollutvalget. Videre følger det av § 23-7 sjette ledd at kommunestyrets vedtak om sekretariat for kontrollutvalget skal treffes etter innstilling fra kontrollutvalget. Bestemmelsene sier ikke noe om hvorvidt kommunedirektøren skal gis anledning til å uttale seg før kontrollutvalget behandler denne typen saker.

Som nevnt følger det av § 23-5 andre setning, jf. første setning, at kommunedirektøren skal gis anledning til å uttale seg før kontrollutvalget behandler saker som gjelder "resultatene" av kontrollutvalgets "arbeid". Når kontrollutvalget avgir innstilling til kommunestyret om valg av revisjonsordning og revisor, eller om valg av sekretariat for kontrollutvalget, vil dette ikke være en rapportering om resultatene av kontrollutvalgets arbeid. Dette tilsier at kommunedirektøren ikke skal gis anledning til å uttale seg før kontrollutvalget behandler denne typen saker.

Departementet vil vise til at både revisor og sekretariatet for kontrollutvalget skal være uavhengig av kommunens administrasjon. Dette skyldes at revisor har en viktig oppgave i å føre kontroll med administrasjonen. Videre har sekretariatet for kontrollutvalget en viktig oppgave i å forberede saker for kontrollutvalget, og i å påse at kontrollutvalgets vedtak blir iverksatt. At revisor og sekretariatet for kontrollutvalget skal være uavhengige av administrasjonen tilsier at kommunedirektøren ikke bør gis anledning til å uttale seg før kontrollutvalget skal behandle saker som gjelder valg av revisor og sekretariat. De

hensynene som begrunner at kommunedirektøren skal gis uttalelsesrett, vil etter departementets vurdering ikke gjøre seg gjeldende i denne typen saker.

Departementet er etter dette av den oppfatning at § 23-5 ikke innebærer at kommunedirektøren skal gis anledning til å uttale seg før kontrollutvalget behandler saker som gjelder valg av revisor og revisjonsordning, og valg av sekretariat for kontrollutvalget.

Budsjettforslag for kontrollarbeidet

Det følger av forskriften § 2 at kontrollutvalget skal utarbeide forslag til budsjett for kontrollarbeidet i kommunen. Forslaget skal følge innstillingen til årsbudsjettet etter kommuneloven § 14-3 tredje ledd til kommunestyret.

Når kontrollutvalget oversender forslag til budsjett for kontrollutvalget i kommunen, vil dette ikke være en rapportering om resultatene av kontrollutvalgets arbeid, jf. § 23-5 første setning. Dette tilsier at kommunedirektøren ikke skal gis anledning til å uttale seg før kontrollutvalget behandler denne typen saker.

Kommunedirektøren har ansvar for det samlede budsjettet i kommunen. Det kan derfor argumenteres for at en uttalelse fra kommunedirektøren kan bidra til å opplyse saken før kontrollutvalget skal behandle den. På den andre siden vil departementet vise til at budsjettet for kontrollarbeidet har direkte betydning for omfanget av kontrollen med kommunens administrasjon. Departementet mener derfor at gode grunner tilsier at kommunedirektøren ikke bør gis anledning til å uttale seg i denne typen saker.

Departementet er etter dette av den oppfatning at § 23-5 ikke innebærer at kommunedirektøren skal gis anledning til å uttale seg før kontrollutvalget behandler saker som gjelder budsjettforslag for kontrollarbeidet.

Årsmeldinger for kontrollutvalget

Spørsmålet om kommunedirektøren skal gis anledning til å uttale seg om årsmeldinger som skal oversendes til kommunestyret, vil etter departementets vurdering avhenge av årsmeldingens innhold. Dersom årsmeldingen inneholder opplysninger om resultater av kontrollutvalgets arbeid, legger departementet til grunn at kommunedirektøren skal gis anledning til å uttale seg i saken, jf. § 23-5 første setning. Departementet viser til drøftelsene over og våre tidligere vurderinger i sak 10/9262-ERA.

Hvem som skal innhente uttalelsene fra kommunedirektøren

Når det gjelder spørsmålet om hvem som skal innhente uttalelsene fra kommunedirektøren etter § 23-5 andre setning, vil departementet vise til at bestemmelsen bare fastslår at kommunedirektøren skal "gis anledning" til å uttale seg. Bestemmelsen sier ikke noe om hvem som skal innhente uttalelsene fra kommunedirektøren. Departementet legger derfor til grunn at det er opp til kontrollutvalget i den enkelte kommune å avgjøre hvordan dette skal gjøres. En praktisk løsning kan være at sekretariatet for kontrollutvalget forelegger saken for kommunedirektøren som en del av sin saksforberedelse, jf. forskriften § 7.

Med hilsen

Ragnhild Spigseth (e.f.)
kst. avdelingsdirektør

Signe Bechmann
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer



DET KONGELIGE KOMMUNAL-
OG MODERNISERINGSDEPARTEMENT

Forum for Kontroll og Tilsyn
Postboks 41 Sentrum
0101 OSLO

Deres ref

Vår ref

Dato

20/2919-5

15. oktober 2020

Svar på oppfølgingsspørsmål vedrørende tolkningen av kommuneloven § 23-5

Kommunal- og moderniseringsdepartementet viser til brev 2. september 2020 og tidligere korrespondanse vedrørende tolkningen av kommuneloven § 23-5. I brevet viser dere til at departementet i brev 4. august 2020 har lagt til grunn at kommunedirektøren ikke skal gis anledning til å uttale seg før kontrollutvalget behandler saker som gjelder budsjettforslag for kontrollarbeidet. I brevet viste departementet blant annet til at budsjettet for kontrollarbeidet har direkte betydning for omfanget av kontrollen med kommunens administrasjon, og at gode grunner derfor tilsier at kommunedirektøren ikke skal gis anledning til å uttale seg før kontrollutvalget behandler denne typen saker. Dere spør om det betyr at kommunedirektøren heller ikke skal gis anledning til å endre eller redusere budsjettforslaget til kontrollutvalget før det skal behandles i formannskapet.

Departementet vil vise til at § 23-5 andre punktum regulerer i hvilke tilfeller kommunedirektøren skal gis anledning til å uttale seg *før* kontrollutvalget behandler en sak. Når saker *etter* kontrollutvalgets behandling skal oversendes til kommunestyret, vil kommunedirektørens rolle være å ekspedere saken videre til behandling der. Det framgår av merknaden til § 23-5 andre punktum i Prop. 46 L (2017–2018) at kommunedirektøren kan gi supplerende opplysninger i forbindelse med at saken oversendes til kommunestyret, jf. prinsippet om at saken skal være så godt opplyst som mulig. Kommunedirektøren kan imidlertid ikke endre saksframstillingen til kontrollutvalget.

Departementet legger derfor til grunn at kommunedirektøren ikke kan endre eller redusere kontrollutvalgets budsjettforslag for kontrollarbeidet før det skal behandles i formannskapet.

Postadresse
Postboks 8112 Dep
0032 Oslo
postmottak@kmd.dep.no

Kontoradresse
Akersg. 59
www.kmd.dep.no

Telefon*
22 24 90 90
Org.nr.
972 417 858

Avdeling
Kommunalavdelingen

Saksbehandler
Signe Bechmann
22 24 72 64

Kontrollutvalgets budsjettforslag skal følge formannskapetets innstilling til årsbudsjettet etter § 14-3 tredje ledd til kommunestyret.

Med hilsen

Ragnhild Spigseth (e.f.)
avdelingsdirektør

Signe Bechmann
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer

SAKSFREMLEGG

KU-NESNA
Møte 25.02.2021

Sak 003/21 Oppfølging av tidligere KU-vedtak

Dokumenter:

- Oppfølging av KU-vedtak.

Saksorientering:

KU-sekretær kan gi muntlig orientering i møtet om saker som fortsatt er aktive.

Innstilling til vedtak:

Kontrollutvalget tar til orientering at alle tidligere KU-vedtak er effektuerte eller under effektuering.

KU-NESNA

OPPFØLGING AV KU-VEDTAK

= effektivert

| Saknr: | Sakstema | Er etterarbeid nødvendig? | Er ny sak nødvendig? | | Behandling av sak i kommunestyret | |
|-------------------------|--|--|----------------------|-----|-----------------------------------|------------|
| | | | Ja | Nei | Saknr: | Vedtaks |
| Møte 29.03.2012: | | | | | | |
| 024/12 | KUs plan for å bli kjent med kommunens virksomhet | Rutine: Etter hvert møte - velg ønsket orientering og sted | | | | |
| Møte 24.11.2016: | | | | | | |
| 029/16 | Godkjenning av protokoll fra møte 08.09.2016 | Rutine: Protokoll kan offentliggjøres når minst tre av KUs deltakende medlemmer har akseptert protokollutkast pr. mail. Endelig godkjenning/signering skjer som første sak i derpå følgende møte. | | | | |
| Møte 29.11.2018: | | | | | | |
| 032/18 | Utkast til konk.grunnlag for ny avtale om revisjon ... | | x | | | høst 2022 |
| Møte 19.09.2019: | | | | | | |
| 026/19 | FR-rapporten "Saksforberedelse og vedtaksoppfølging" | | x | | | 010/21 |
| Møte 14.05.2020: | | | | | | |
| 011/20 | Oppf. KST-vedtak 39/12 (FR-sykefravær) | | x | | | 006/21 |
| 014/20 | Oppf. KST-vedtak 55/16 (FR-samhandlingsreformen) | | x | | | 007/21 |
| 015/20 | Oppf. KST-vedtak 03/17 (FR-miljøterapeutisk avdeling) | | x | | | 008/21 |
| 016/20 | Oppf. KST-vedtak 26/18 (FR- internkontroll) | | x | | | 009/21 |
| Event. | Henv. fra John Brattli (vedr. KST-vedtak 64/17) | | x | | | 011/21 |
| Møte 19.11.2020: | | | | | | |
| 033/20 | Kommunikasjon med revisor, inkl. revisjonsplan 2020 | | x | | | ? |
| 034/20 | Kommunens svar til revisjonsrapport nr. 3 og nr. 4 | | x | | | 06.05.2021 |
| 035/20 | Vedr. forenklet etterlevelseskontroll for 2019 | | x | | | 005/21 |
| | | | x | | | 004/21 |
| 036/20 | Vedr. Fylkesmannens tilsyn med skolen i Nesna | | x | | | 16.09.2021 |
| 037/20 | Henvendelse fra Truls Dahl | | x | | | 012/21 |
| 038/20 | Møteplan 2021 for kontrollutvalget. | | x | | | |

SAKSFREMLEGG

KU-NESNA
Møte 25.02.2021

Sak 004/21 Kommunikasjon/dialog med revisor

Dokumenter:

- Dokument fra Deloitte: «Forenklet etterlevelseskontroll – risiko og vesentlighetsvurdering»

Saksorientering:

KU har et «påse-ansvar» overfor revisor slik dette fremgår av Forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 3:

§ 3. Kontrollutvalgets oppgaver ved regnskapsrevisjon

Kontrollutvalget skal holde seg løpende orientert om revisjonsarbeidet og påse at

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

Ovennevnte bestemmelse er spesielt rettet inn mot revisors regnskapsrevisjonsarbeid. Revisor er KUs viktigste leverandør – ikke bare i forbindelse med regnskapsrevisjonen – men også av forvaltningsrevisjon, eierskapskontroller og andre, mindre omfattende undersøkelser. Det er derfor hensiktsmessig at revisor får anledning til å orientere bredt under dette temaet med hensyn til sitt arbeid, og tilsvarende hensiktsmessig at KU gis anledning til å ta opp ulike spørsmål og å drøfte ulike ønsker knyttet til revisors arbeide.

Naturlige temaer i kommunikasjonen/dialogen kan således være å finne innen områdene:

- regnskapsrevisjon,
- forvaltningsrevisjon av kommunens virksomhet og selskaper samt eierskapskontroll,
- øvrige temaer/områder knyttet til kontroll innen kommunal forvaltning.

Revisor presenterer (pr. telefon, eventuelt Teams) sin risiko- og vesentlighetsvurdering som danner grunnlaget for forenklet etterlevelseskontroll for 2020. Rapport for etterlevelseskontrollen for 2020 leveres innen 30.06.2021.

Det fremgår av vedlagte dokument at temaet for etterlevelseskontroll 2020 foreslås å være «Offentlig støtte».

Innstilling til vedtak:

Kontrollutvalget tar dokumentet «Forenklet etterlevelseskontroll – risiko og vesentlighetsvurdering» til orientering, herunder at tematikken i etterlevelseskontrollen for 2020 vil være «Offentlig støtte».

Deloitte.

Forenklet
etterlevelseskontroll
- risiko og
vesentlighetsvurdering



Nesna kommune 2021

Forenklet etterlevelseskontroll

- ny oppgave for regnskapsrevisor som bidrar til at kontrollutvalget får hjelp til å påse at det føres kontroll med at den økonomiske forvaltningen foregår i samsvar med gjeldende bestemmelser og vedtak.

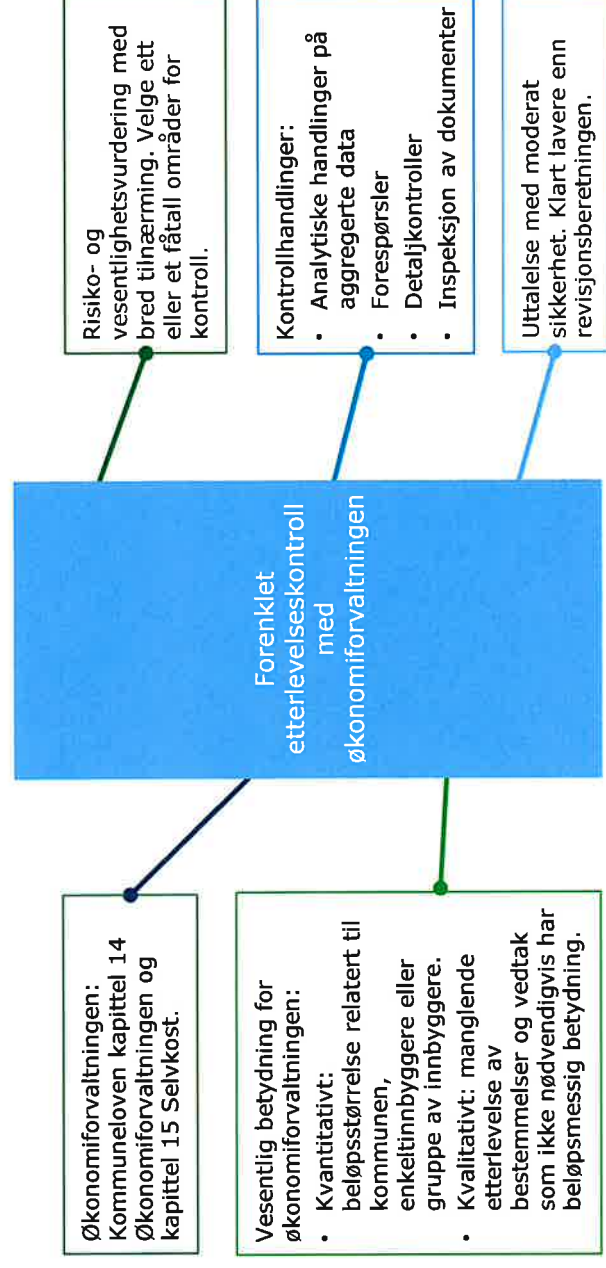
Kommuneloven § 24 -9:

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 senest 30. juni avgjøre en skriftlig uttalelse til kontrollutvalget, om resultatet av kontrollen.

RSK 301: Forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen



Risiko- og vesentlighetsvurdering

Områder for forenklet etterlevelseskontroll:

- som eksempler nevnes i forarbeidene;
 - finansforvaltningen
 - selvkostområdene
 - offentlige anskaffelser
 - offentlig støtte
 - beregning av driftstilskudd til private barnehager, andre tilskudd/ overføringer til private
 - konsesjonsvilkår
 - kontraktsoppfølging m.m.
- Listen er ikke uttømmende. Det vil være en konkret risiko- og vesentlighetsvurdering for den enkelte kommune som er avgjørende for hvilke områder som velges ut for kontroll.

Forenklet revisorkontroll forrige år innen området offentlige anskaffelser konkluderte med at det foreligger svakheter i Nesna kommune sin innkjøpsrutine, og at bestemmelsene i lov om offentlige anskaffelser med tilhørende forskrift og interne rutiner ikke etterleves i sin helhet.

Vi foreslår for inneværende år en gjennomgang av offentlig støtte.

Deloitte.

Deloitte refers to one or more of Deloitte Touche Tohmatsu Limited ("DTL"), its global network of member firms, and their related entities (collectively, the "Deloitte organization"). DTL (also referred to as "Deloitte Global") and each of its member firms and related entities are legally separate and independent entities, which cannot obligate or bind each other in respect of third parties. DTL and each DTL member firm and related entity is liable only for its own acts and omissions, and not those of each other. DTL does not provide services to clients. Please see www.deloitte.no to learn more.

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 global network of member firms and related entities in more than 150 countries and territories (collectively, the "Deloitte organization"), serves four out of five Fortune Global 500® companies. Learn how Deloitte's approximately 312,000 people make an impact that matters at www.deloitte.no.

This communication contains general information only, and none of Deloitte Touche Tohmatsu Limited ("DTL"), its global network of member firms or their related entities (collectively, the "Deloitte organization") 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 representations, warranties or undertakings (express or implied) are given as to the accuracy or completeness of the information in this communication, and none of DTL, its member firms, related entities, employees or agents shall be liable or responsible for any loss or damage whatsoever arising directly or indirectly in connection with any person relying on this communication. DTL and each of its member firms, and the related entities, are legally separate and independent entities.

© 2020 Deloitte AS

SAKSFREMLEGG

KU-NESNA
Møte 25.02.2021

Sak 005/21 Forenklet etterlevelsesk kontroll 2019 fra revisor

Dokumenter:

- Dokumentet «Uavhengig revisors attestasjonsuttalelse om etterlevelse av bestemmelser og vedtak for økonomiforvaltningen», datert 19.01.2021.

Saksorientering:

Etterlevelsesk kontroll er en ny oppgave for revisor i den nye kommuneloven som i § 24-9 vedr. «Forenklet etterlevelsesk kontroll med økonomi- forvaltningen» gir følgende bestemmelse:

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.

(OBS: Ovennevnte frist for etterlevelsesk kontroll 2019 er utsatt til 15.september 2020 i Lov om midlertidige unntak i kommunelov m.v.)

Med ovennevnte som bakgrunn er også KU gitt et nytt «påse»-ansvar i Forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 3, 3 ledd vedr. «Kontrollutvalgets oppgaver ved regnskapsrevisjoner» med følgende bestemmelse:

Kontrollutvalget skal påse at regnskapsrevisorens påpekinger etter kommuneloven § 24-7 til § 24-9 blir rettet eller fulgt opp. Hvis påpekingene ikke blir rettet eller fulgt opp, skal kontrollutvalget rapportere det til kommunestyret eller fylkestinget.

Vedlagte dokument viser resultatet av den forenklete etterlevelsesk kontrollen for 2019. Kontrollen omhandler kommunens etterlevelse av lov og forskrift om offentlige anskaffelser og kommunens interne regelverk slik det fremgår av dokumentet.

Revisors konklusjon er at det foreligger svakheter i Nesna kommune sin innkjøpsrutine, og KU bes drøfte en hensiktsmessig måte å følge opp kommunens arbeid med å rette opp svakhetene.

Revisor kan i møte gi en nærmere orientering om de bakenforliggende momentene til konklusjonen.

Innstilling til vedtak:

(saken legges frem uten innstilling til vedtak)

Til kontrollutvalget i Nesna kommune

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

Vi har utført et attestasjonsoppdrag som skal gi moderat sikkerhet, i forbindelse med Nesna kommunes etterlevelse av bestemmelser og vedtak for økonomiforvaltningen på følgende områder:

Kontroll av etterlevelse av lov og forskrift om offentlige anskaffelser og kommunens interne regelverk hvor vi kontrollerer:

1. At det foreligger et innkjøpsreglement i kommunen som er i tråd med lov om offentlige anskaffelser og tilhørende forskrift.
2. At det foreligger anskaffelsesprotokoller for alle utvalgte innkjøp over kr 100.000 eks MVA
3. At det for utvalgte rammeavtaler foreligger bekreftelse på anskaffelser inkludert overholdelse av innkjøp tilknyttet rammeavtale
4. At det for utvalgte anskaffelser over kr 1,3 MNOK er foretatt offentlig utlysning i Doffin
5. At det foreligger dokumentasjon på viktige beslutninger i prosessen, særskilt valg av leverandør for utvalgte anskaffelser.
6. At det foreligger skriftlig vurdering ved eventuelle direkte anskaffelser. Vi har forespurt innkjøpsgruppen om det har blitt gjennomført noen direkte anskaffelser de siste tolv månedene og om hvorvidt direktekjøpet er berettiget etter unntakene i lov og forskrift.

Vi har kontrollert perioden fra 1.1.2019 til 1.6.2020.

Kriterier er hentet fra:

1. Lov om offentlige anskaffelser og tilhørende forskrift
2. Kommunens interne rutiner, herunder innkjøpsreglement (Dokumentet *Politikk og Strategi for anskaffelser i Nesna kommune*).

Ledelsens ansvar for etterlevelse av bestemmelser og vedtak for økonomiforvaltningen

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

Vår uavhengighet og kvalitetskontroll

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

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

Våre oppgaver og plikter

Vår oppgave er å avgi en uttalelse om etterlevelse av bestemmelser og vedtak for økonomiforvaltningen på grunnlag av bevisene vi har hentet inn. Vi har utført vårt attestasjonsoppdrag med moderat sikkerhet i samsvar med kommunelovens regler og RSK 301 Forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen. Standarden krever at vi planlegger og gjennomfører oppdraget for å oppnå moderat sikkerhet for hvorvidt det foreligger vesentlige feil eller mangler ved etterlevelse av bestemmelser og vedtak i kommunens økonomiforvaltning på det området vi har foretatt forenklet etterlevelseskontroll.

Vi baserer oppgaven på en risiko- og vesentlighetsvurdering som er lagt frem for kontrollutvalget.

Utføring av et attestasjonsoppdrag som skal gi moderat sikkerhet i henhold til RSK 301, innebærer å utføre handlinger for å innhente bevis for at bestemmelser og vedtak for økonomiforvaltningen etterleves. Typen, tidspunktet for og omfanget av de valgte handlingene er gjenstand for revisors skjønn. Moderat sikkerhet har klart lavere sikkerhetsgrad enn betryggende sikkerhet, og vi gir derfor ikke uttrykk for samme nivå av sikkerhet som i en revisjonsberetning.

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

Konklusjon

Basert på utførte handlinger og innhentede bevis, samt erfaringer fra ordinær revisjon, ser vi at det foreligger svakheter i kommunens innkjøpsrutine.

For mindre anskaffelser ser vi at bestemmelsene i lov om offentlige anskaffelser med tilhørende forskrift og interne rutiner i mindre grad blir fulgt enn hva det blir for større innkjøp.

Vi har etterspurt dokumentasjon for fem utvalgte anskaffelser i kontrollperioden, men mottatt dokumentasjon er mangelfull for to av de utvalgte anskaffelsene. Avvikene knyttes til mindre enkeltstående kjøp som over tid overstiger terskelen for konkurranseeksponering iht. kravene i forskrift om offentlige anskaffelser. Videre gir avvikene indikasjoner på svakhet i overholdelse av interne rutiner knyttet til innkjøpsområdet på enkelte avdelinger i kommunen. Kommunen bør foreta analyser som viser hvilket omfang av varer og tjenester som er kjøpt inn over tid. Analysene kan gi bedre informasjonsgrunnlag til å avdekke eventuelle avvik mot gjeldende avtaler, og være nyttig i forhold til på hvilke områder kommunen bør få på plass rammeavtaler.

Vår konklusjon er at det foreligger svakheter i Nesna kommune sin innkjøpsrutine. Vår kontroll indikerer at bestemmelsene i lov om offentlige anskaffelser med tilhørende forskrift og interne rutiner ikke etterleves i sin helhet.

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

Trondheim, 19.01.2021
Deloitte AS

Harald Halvorsen
Statsautorisert revisor

PENNEO

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

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

Harald Halvorsen

Statsautorisert revisor

Serienummer: 9578-5993-4-2870557

IP: 217.173.xxx.xxx

2021-01-19 12:43:58Z



Penneo Dokumentnøkkel: WUIX2-4Z6AS-5F5QL-N20MP-YEMMJ-W66KU

Dokumentet er signert digitalt, med **Penneo.com**. Alle digitale signatur-data i dokumentet er sikret og validert av den datamaskin-utregnede hash-verdien av det opprinnelige dokument. Dokumentet er låst og tids-stemplet med et sertifikat fra en betrodd tredjepart. All kryptografisk bevis er integrert i denne PDF, for fremtidig validering (hvis nødvendig).

Hvordan bekrefter at dette dokumentet er originalen?

Dokumentet er beskyttet av ett Adobe CDS sertifikat. Når du åpner dokumentet i

Adobe Reader, skal du kunne se at dokumentet er sertifisert av **Penneo e-signature service** <penneo@penneo.com>. Dette garanterer at innholdet i dokumentet ikke har blitt endret.

Det er lett å kontrollere de kryptografiske beviser som er lokalisert inne i dokumentet, med Penneo validator - <https://penneo.com/validate>

SAKSFREMLEGG

KU-NESNA
Møte 25.02.2021

Sak 006/21 Oppfølging av KST-vedtak 39/12 (FR-sykefravær)

Dokumenter:

- Dokumentet «Oppdatert status, KST sak 39/12» (vedlegg til mail fra rådmann datert 19.11.2020)
- Arbeidsutkast til oppfølgingsrapport, versjon 14.02.2021 (vedr. iverksettelse av vedtak i kommunestyresak 39/12)

Saksorientering:

Denne saken omhandler oppfølging av rådmannens iverksettelse av det vedtak som kommunestyret fattet da forvaltningsrevisjonsrapport «Sykefravær – rapporteringsrutiner og forebyggende tiltak» ble sluttbehandlet i KST-sak 39/12. Forvaltningsrevisjonsrapporten kan leses nederst på hjemmesiden til KU-Nesna under nettstedet www.ihkus.no.

KU behandlet saken forrige gang i møte den 14.05.2020 (sak 011/20) og fattet da følgende vedtak:

KU-sekretær bes innhente ny status i saken og legge dette frem for kontrollutvalget i møte den 10.09.2020.

Ny status ble mottatt fra rådmann 19.11.2020, og svarene er innarbeidet i vedlagte arbeidsutkast til oppfølgingsrapport. Oppfølgingsrapportens kapittel 4 gir en oppsummering av administrasjonens iverksettelse.

Den videre håndtering av saken kan gjøres på flere måter, eksempelvis:

- A. KU fortsetter oppfølgingen av administrasjonens iverksettelse ved å be KU-sekretær presentere oppdatert oppfølgingsrapport eksempelvis til møte 18.11.2021.
- B. KU vedtar å avslutte oppfølgingen, med den status iverksettelsen har pr. i dag. Oppfølgingsrapporten oversendes til kommunestyret, og det anbefales da at rapporten omredigeres til kun å omfatte kapitlene 1 og 4.

Innstilling til vedtak:

(saken legges frem uten innstilling til vedtak)



Oppdatert status, KST sak 39/12

Viser til anmodning til rådmannen av 16/06-2020 der det bes om skriftlig tilbakemelding til momentene som framgår av gule felter i oppfølgingsrapport vedr KST sak 039/12 «sykefravær – rapporteringsrutiner og forebyggende tiltak»

Følgende er status for anbefaling i nr 1:

Nesna kommune har implementert nye rutiner for sykefraværsoppfølging (oversendt kontrollutvalget tidligere). Virksomhetene er pålagt å rapportere på sykefravær i månedlige økonomirapporter, samt redegjøre for hvilke tiltak som er iverksatt knyttet til dette. Kontrollutvalget ber om ytterligere opplysninger:

«Det kan ikke ses av administrasjonens tilbakemeldinger hvordan innrapportert sykefravær rapporteres videre i organisasjonen til de ulike ansvarlige nivåene. Det er fortsatt behov for å få nærmere kunnskap om i hvilken grad rutiner for rapportering av sykefravær i organisasjonen (kommunen) imøtekommer anbefalingen.»

Nesna kommune har to forvaltningsnivå. På laveste forvaltningsnivå er virksomhetsledere pålagt å rapportere på sykefravær, og tilhørende tiltak i varsomheten til kommunens øverste nivå. Når strategisk ledelse (øverste forvaltningsnivå) har mottatt rapportene, vurderer rapportene grundig. Dersom det vurderes som nødvendig, drøftes problematikken med den aktuelle virksomhetsleder, og tiltak vurderes nøye. Dersom strategisk ledelse vurderer det som nødvendig, bes virksomhetsleder iverksette konkrete tiltak, med den støtten som trengs.

Det rapporteres jevnlig statistikk for sykefravær til kommunestyret både på overordnet nivå, og på virksomhetsnivå, og tiltak beskrives i henhold til personvern.

Rådmannen vurderer det slik at innrapportert sykefravær rapporteres på en god og betryggende måte til de ulike nivåene, både oppover og nedover.

Følgende er status for anbefaling nr 2:

Nesna kommune har innrapportering av sykefravær som en del av økonomirapporteringen. Dette er gjort med målsetting om å øke bevisstheten knyttet til de økonomiske konsekvensene som sykefravær har for virksomheten, for virksomhetsledere. Kontrollutvalget har tidligere mottatt mal for økonomirapportene for virksomhetene samt beskrivelse av hvordan dette arbeidet fungerer. Kontrollutvalget ber om ytterligere opplysninger:

«Det fremstår imidlertid som uklart i hvilken grad det utarbeides mål for sykefravær som grunnlag for styring av bl.a. ressursinnsats og hvordan dette kommer til uttrykk i økonomi- og handlingsplan.»



Nesna Kommune

Nesna kommune budsjetterer nå bare med korttidsfravær. Det betyr at det ikke lenger finnes poster i budsjettet for fravær ut over arbeidsgiverperioden (kostnad), og det finnes heller ikke poster for sykelønnsrefusjon (inntekt). Det presiseres at det ikke blir lagt fram sak til kommunestyret med budsjettregulering som følge av merforbruk knyttet til sykefravær. Hver enkelt virksomhetsleder har fått tildelt sin økonomiske ramme gjennom kommunestyrets årlige budsjettvedtak, og det forventes at virksomhetslederne forholder seg til dette. I dette ligger det et helt tydelig incentiv for virksomhetsledere å jobbe med å gå ned sykefraværet dersom det vurderes som høyt.

Det er ikke i dag fastsatt måltall i prosent for sykefravær i hver enkelt virksomhet. Dette på grunn av at virksomhetene varierer så sterkt i størrelse. I de minste virksomhetene med en-to deltidsansatte vil fravær svært raskt gi store utslag i prosentvis fravær, og motsatt vil det i store virksomheter med mange ansatte kreve relativt mye fravær før det kommer til uttrykk i prosentvis fravær. Demme kunnskapen er viktig når sykefraværet vurderes, særlig på øverste nivå, og har stor betydning for vurderingen knyttet til iverksettelse av tiltak som følge av sykefravær.

Det er ikke krav til måltall knyttet til sykefravær i kommuneloven. Det legges ikke inn ekstra økonomisk ressursinnsats som følge av sykefravær. Det økonomiske bildet som kommer til uttrykk i økonomiplanen er derfor et godt bilde av underliggende drift.

Lill Stabell
Rådmann

OPPFØLGINGSRAPPORT

ARBEIDS- UTKAST

Til: Kommunestyret i Nesna
Fra: Kontrollutvalget i Nesna
Dato: (versjon 14.02.2021)

Vedrørende:

Iverksettelse av vedtak i kommunestyresak 39/12.

Vedr.: Forvaltningsrevisjonsrapporten: «Sykefravær – rapporteringsrutiner og forbyggende tiltak»

1. Kort historikk
2. Administrasjonens iverksettelse av KST-vedtak 39/12 punkt 2
3. Administrasjonens iverksettelse av KST-vedtak 39/12 punkt 3
4. Oppsummering av administrasjonens iverksettelse

1 Kort historikk:

Rapporten fra forvaltningsrevisjonen er utarbeidet av Indre Helgeland Kommunerevisjon etter bestilling fra KU.

Rapporten kan leses på nettstedet «www.ihkus.no» under hjemmesiden til KU-Nesna.

KU oversendte rapporten til kommunestyret som behandlet den i sak 039/12 den 20.06.2012. Kommunestyret fattet da vedtak med følgende innhold:

- KST tar forvaltningsrevisjonsrapporten til orientering.
- KST ber administrasjonen imøtekomme anbefalingene i rapportens kapittel 6.2.
- KST ber administrasjonen ha sterkt fokus på fraværstatistikken i Nesna kommune.

Kommuneloven (KL) krever følgende håndtering når ovennevnte vedtak er fattet:

- Rådmannen skal påse at vedtak fattet av folkevalgte organer blir iverksatt (kommunelov § 13-1, 4.ledd).
- Kontrollutvalget skal påse at vedtak som kommunestyret treffer ved behandlingen av revisjonsrapporter, blir fulgt opp (kommunelov § 23-2, bokstav e).
- Kontrollutvalget skal rapportere til kommunestyret om vedtaket er fulgt opp (KU-forskrift § 5).

Det er vedtakets andre og tredje strekpunkt som krever iverksettelse fra rådmannens side. KU startet oppfølging den 23.10.2014 av rådmannens iverksettelse av KST-vedtaket.

2 Administrasjonens iverksettelse av KST-vedtak 39/12 punkt 2

Forvaltningsrevisjonsrapporten kapittel 6.2 gir følgende tre anbefalinger:

1. Nesna kommune bør lage en skriftlig rutinebeskrivelse for rapportering av sykefravær i organisasjonen. Her må det framkomme hvordan statistikken skal lages, bearbeides og hvordan data skal tolkes og analyseres opp mot fastsatte mål, før materialet legges fram for beslutningsnivå.
I brev datert 28.07.2015 og mail datert 25.08.2015 fra rådmann opplyses bl.a. følgende:

INDRE HELGELAND KONTROLLUTVALGSSEKRETARIAT
... et interkommunalt samarbeid mellom ...
Grane – Hattfjelldal – Hemnes – Lurøy - Nesna – Rana - Vefsn

- Skriftliggjøring av rutiner for sykefraværsrapportering vil bli gjennomført høsten 2015 i forbindelse med innføringen av programsystemet Ajour kvalitet som starter 01.09.2015. Det er ønske om å få implementert en HR-/selvbetjeningsmodul i EDB-systemet Agresso som både vil sikre større presisjon i fraværstallene samtidig som fraværsregistrering m.v. blir mindre ressurskrevende.

I tlf. den 01.02.2017 mellom personalsjef og KU-sekr. opplyses bl.a. følgende:

- Fastsatte måltall for sykefravær er p.t. ikke brutt ned til det enkelte ansvarsnivå.

I brev datert 01.09.2017 fra rådmann uttrykkes følgende:

- Rådmannen uttrykker at anbefaling 1 er iverksatt, men uttrykker samtidig at alt arbeid innen system og rutiner er vedvarende prosesser.

I vedlegg til mail datert 10.05.2019 fra rådmann opplyses følgende:

- Kommunen fikk nye rutiner for sykefraværsoppfølging i 2016. Denne er nå under revisjon både for å kunne ivareta nye digitale verktøy fra NAV, opphør av IA-avtalen og behov for større grad av konkretisering av rutiner og prosesser. Første utkast (arbeidsdokument) til nytt reglement er lagt ved – det er igangsatt prosesser i ledergruppa, arbeidsmiljøutvalget og med tillitsvalgte for å få behandlet revisjonen av rutinene.

IA-avtalen opphørte 01.01.19, og det må dermed etableres nye rutiner blant annet for fastsettelse av mål for sykefraværet. Det er ikke satt mål for sykefraværet for 2019, men dette er gjort for tidligere år.

Administrasjonen vurderer anbefalingen for iverksatt, samtidig som dette er prosesser som alltid skal være pågående og dermed ikke kan avsluttes.

I mail datert 27.04.2020 fra rådmann opplyses følgende:

Skriftliggjøring av rutiner for rapportering av sykefravær fremkommer i kommunens sykefraværsrutiner som ble revidert og innført høsten 2019 (vedlagt). I tillegg er digitalt ressursstyringsverktøy innført i alle virksomheter. Ressursstyringsverktøyet er integrert med Agresso, og kombinert med nye digitale tjenester fra NAV går nå alt av fraværsrapportering digitalt. Det er våren 2020 innført nye samarbeidsmåter mellom NAV, IA-kontakt og kommunen for tettere oppfølging og med større grad av langsiktig og forebyggende perspektiv. Digitale oppfølgingsplaner tas i bruk, og summen av tiltakene ser ut til å gi en positiv effekt både for å få ned sykefraværet og også på systemsiden.

Agresso er i et større utviklingsprosjekt og skal i større grad gi lederstøtte blant annet som personalsystem. Siden de digitale systemene både i NAV og i egen organisasjon er nylig innført vil ikke statistikk kunne sammenlignes og analyseres før det har gått noe tid.

Arbeidsmiljøutvalget får jevnlig presentert statistikk over sykefravær på virksomhetsnivå. Siden flere av virksomhetene er veldig små vil enkeltpersoner gi store utslag, og målsettinger, sammenligninger og analyser må i stor grad ta hensyn til dette. Administrasjonen vektlegger derfor i større grad det individuelle oppfølgingsarbeidet som skjer direkte mellom leder og ansatt som det viktigste verktøyet for å redusere sykefraværet og for å etablere gode og forutsigbare rutiner.

Administrasjonen vurderer anbefalingen som iverksatt, og som prosesser som ikke kan avsluttes jfr e-post datert 10.05.19 fra rådmann.

I vedlegg til mail datert 19.11.2020 fra rådmann opplyses følgende:

Nesna kommune har implementert nye rutiner for sykefraværsoppfølging (oversendt kontrollutvalget tidligere). Virksomhetene er pålagt å rapportere på sykefravær i månedlige økonomirapporter, samt redegjøre for hvilke tiltak som er iverksatt knyttet til dette.

Nesna kommune har to forvaltningsnivå. På laveste forvaltningsnivå er virksomhetsledere pålagt å rapportere på sykefravær, og tilhørende tiltak i varsomheten til kommunens øverste nivå. Når strategisk ledelse (øverste forvaltningsnivå) har mottatt rapportene, vurderer rapportene grundig. Dersom det vurderes som nødvendig, drøftes problematikken med den aktuelle virksomhetsleder, og tiltak vurderes nøye. Dersom strategisk ledelse vurderer det som nødvendig, bes virksomhetsleder iverksette konkrete tiltak, med den støtten som trengs.

Det rapporteres jevnlig statistikk for sykefravær til kommunestyret både på overordnet nivå, og på virksomhetsnivå, og tiltak beskrives i henhold til personvern.

Rådmannen vurderer det slik at innrapportert sykefravær rapporteres på en god og betryggende måte til de ulike nivåene, både oppover og nedover.

Oppfølgingsrapportens vurdering av administrasjonens iverksettelse:

Det opplyses fra administrasjonen at skriftliggjøring av rutiner for rapportering av sykefravær fremkommer i kommunens sykefravær rutiner som ble revidert og innført høsten 2019. Den oversendte sykefravær rutine har overskriften «Rutine for sykefravær oppfølging» (udatert) og definerer følgende formål med rutinen:

Formålet med sykefravær rutinene i Nesna kommune er:

- Å forebygge og redusere sykefraværet, styrke jobbnærværet, bedre arbeidsmiljøet samt hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet.
- Øke bruk av egenmelding fremfor sykemelding
- Øke bruk av avventende og gradert sykemelding
- Sikre god og entydig oppfølging av arbeidstaker som er helt eller delvis sykmeldt, eller som står i fare for å bli sykmeldt.
- Sikre god dokumentasjon i forhold til avklaring og tilrettelegging.
- Sikre at arbeidstakere i Nesna kommune blir fulgt opp i henhold til gjeldende lover.

Det kan ikke ses av administrasjonens tilbakemeldinger eller av oversendte rutine hvordan rapportering av sykefravær i organisasjonen «... skal lages, bearbejdes og hvordan data skal tolkes og analyseres opp mot fastsatte mål, før materialet legges fram for beslutningsnivå.»

Anbefaling nr.1 er ikke iverksatt.

2. Nesna kommune bør på selvstendig grunnlag vurdere og fastsette hvilket ambisjonsnivå og hvilken ressursinnsats en vil ha innenfor arbeidet med å forebygge sykefravær. Det bør skje som en del av å fastsette strategiske mål i økonomi- og handlingsplan.

I mail datert 23.08.2015 fra rådmann opplyses bl.a. følgende:

- Ambisjonsnivå og ressursinnsats er nedfelt i IA-avtale som kommunen signerte høsten 2014, og dette revideres jevnlig av partene - tillitsvalgte, verneombud, Arbeidslivssenteret og adm.

I mail datert 23.08.2016 fra rådmann opplyses bl.a. følgende:

- «Rutine for sykefravær oppfølging i Nesna kommune» (vedtatt av Administrasjonsutvalget 05.07.2016) angir konkrete tiltak/handlinger mellom ansatte og ledere i arbeidet med å forebygge sykefravær og å følge opp sykmeldte. De nye rutinene er fast tema på ledermøtene.

I brev datert 01.09.2017 fra rådmann uttrykkes følgende:

- Rådmannen uttrykker at anbefaling 2 er iverksatt, men uttrykker samtidig at alt arbeid innen system og rutiner er vedvarende prosesser.

I vedlegg til mail datert 10.05.2019 fra rådmann opplyses følgende:

- Rapportering på sykefravær er fra 2019 tatt inn som en del av den månedlige rapporteringen på økonomi fra hver enkelte mellomleder (mal for rapportering er vedlagt). Innføring av nye rutiner på området medfører at sykefravær rapporteres på lik linje med økonomi, og at temaet naturlig vil følge i økonomi- og handlingsplan. Nye rutiner for sykefravær oppfølging vil i større grad synliggjøre ambisjonsnivå og ressursinnsats som kreves på området.

Administrasjonen vurderer anbefalingen som iverksatt.

I vedlegg til mail datert 19.11.2020 fra rådmann opplyses følgende:

Nesna kommune har innrapportering av sykefravær som en del av økonomirapporteringen. Dette er gjort med målsetting om å øke bevisstheten knyttet til de økonomiske konsekvensene som sykefravær har for virksomheten, for virksomhetsledere. Kontrollutvalget har tidligere mottatt mal for økonomirapportene for virksomhetene samt beskrivelse av hvordan dette arbeidet fungerer.

Nesna kommune budsjetterer nå bare med korttidsfravær. Det betyr at det ikke lenger finnes poster i budsjettet for fravær ut over arbeidsgiverperioden (kostnad), og det finnes heller ikke poster for sykelønnsrefusjon (inntekt). Det presiseres at det ikke blir lagt fram sak til kommunestyret med budsjettregulering som følge av merforbruk knyttet til sykefravær. Hver enkelt virksomhetsleder har fått tildelt sin økonomiske ramme gjennom kommunestyrets årlige budsjettvedtak, og det forventes at virksomhetslederne forholder seg til dette. I dette ligger det et helt tydelig incentiv for virksomhetsledere å jobbe med å gå ned sykefraværet dersom det vurderes som høyt.

Det er ikke i dag fastsatt måltall i prosent for sykefravær i hver enkelt virksomhet. Dette på grunn av at virksomhetene varierer så sterkt i størrelse. I di minste virksomhetene med en-to deltidsansatte vil fravær svært raskt gi store utslag i prosentvis fravær, og motsatt vil det i store virksomheter med mange ansatte kreve relativt mye fravær før det kommer til uttrykk i prosentvis fravær. Demme kunnskapen er viktig når sykefraværet vurderes, særlig på øverste nivå, og har stor betydning for vurderingen knyttet til iverksettelse av tiltak som følge av sykefravær.

Det er ikke krav til måltall knyttet til sykefravær i kommuneloven. Det legges ikke inn ekstra økonomisk ressursinnsats som følge av sykefravær. Det økonomiske bildet som kommer til uttrykk i økonomiplanen er derfor et godt bilde av underliggende drift.

Oppfølgingsrapportens vurdering av administrasjonens iverksettelse:

Det fremgår følgende av kommuneplanens samfunnsdel 2018-2030 (høringsutkastets side 5):

Målsetning for virksomheten Nesna kommune:

- 1) En effektiv kommunal organisasjon
- 2) Nærværsfaktor på arbeidsplassen lik 95 %

(OBS: dette arbeidsutkast til oppfølgingsrapport har ikke sjekket ut om høringsutkastet ble vedtatt, eller om nyere versjon av kommunens samfunnsdel er vedtatt).

Det kan ikke ses av administrasjonens tilbakemelding til anbefaling nr. 2 hvilket ambisjonsnivå og hvilken ressursinnsats som er vurdert og fastsatt for å kunne oppnå et sykefravær på 5% (nærværsfaktor lik 95%).

Det kan heller ikke ses av kommunes «Økonomiplan 2021 – 2024 Årsbudsjett 2021» hvilken nærværs-/sykefraværsprosent som legges til grunn i planen, og heller ikke hvilket ambisjonsnivå eller hvilken ressursinnsats som er lagt inn i sykefraværarbeidet.

Anbefaling nr.2 er ikke iverksatt.

3. Nesna kommune bør vurdere arbeids- og ansvarsdelingen mellom sentralt nivå og virksomhetsnivå når det kommer til å satse på tiltak for å forebygge sykefravær. Det synes å være behov for at sentral administrativ ledelse tar et større ansvar med hms-arbeidet generelt og sykefraværspromatikk spesielt, samtidig som ledelsen skal være en ressurs og støtte for virksomhetsnivået.

I tlf. den 01.02.2017 mellom personalsjef og KU-sekr. opplyses bl.a. følgende:

- «Rutine for sykefraværsoppfølging i Nesna kommune» angir konkrete tiltak/handlinger mellom ansatt og leder for å forebygge sykefravær. Det tas sikte på å klargjøre dette ansvaret, samt ansvaret for oppfølging av sykefravær på høyere ledernivåer i forbindelse med pågående utarbeidelse av lederavtaler og administrativt delegasjonsreglement.

I brev datert 01.09.2017 fra rådmann uttrykkes følgende:

- Rådmannen uttrykker at anbefaling 3 er iverksatt, men uttrykker samtidig at alt arbeid innen system og rutiner er vedvarende prosesser.

I vedlegg til mail datert 10.05.2019 fra rådmann opplyses følgende:

- Dette omfattes av det pågående OU-prosjektet, men vil også bli synliggjort i større grad i ny rutine for sykefraværsoppfølging.
- Administrasjonen vurderer anbefalingen som iverksatt, og dette er et kontinuerlig arbeid.

Oppfølgingsrapportens vurdering av administrasjonens iverksettelse:

Administrasjonen opplyser at iverksettelsen av anbefaling nr. 3 omfattes av det pågående OU-prosjektet, men vil også bli synliggjort i større grad i ny rutine for sykefraværsoppfølging.

Det fremstår som uklart om anbefaling nr. 3 er under iverksettelse.

3 Administrasjonens iverksettelse av KST-vedtak 39/12 punkt 3

Kommunestyret fattet følgende vedtak:

For øvrig ber kommunestyret om at administrasjonen har sterkt fokus på fraværstatistikken i Nesna kommune.

Oppfølgingsrapportens vurdering av administrasjonens iverksettelse:

Kontrollutvalget har ikke mottatt konkrete tilbakemeldinger fra administrasjonen til dette vedtakspunkt. I tilbakemelding fra administrasjonen til ovennevnte anbefalinger, viser administrasjonen til følgende mal for månedlig rapportering fra den enkelte enhetsleder:

Status sykefravær:

| | |
|-------------------------|------------------------------------|
| Fraværsprosent (i sum): | Fraværsprosent korttidssykefravær: |
|-------------------------|------------------------------------|

Nesna kommunes «Økonomiplan 2021 – 2024 Årsbudsjett 2021» og «Årsmelding 2019» viser enkelte tall for sykefravær og enkelte måltall for sykefravær for enkelte av kommunens virksomheter. Sykefraværsinformasjon gir ikke et samlet bilde av kommunens sykefravær og heller ikke hvordan sykefraværet – og målet for sykefraværet - har utviklet seg over tid.

Det er ikke mottatt informasjon som gir støtte til at administrasjonen har sterkt fokus på fraværsstatistikken i Nesna kommune.

KST-vedtak 39/12 punkt 3 kan ikke ses å være iverksatt.

4 Oppsummering av administrasjonens iverksettelse

Basert på skriftlige tilbakemeldinger fra administrasjonen kan følgende status oppsummeres:

Iverksettelse av KST-vedtak 39/12 punkt 2:

FR-rapportens anbefaling nr. 1:

Nesna kommune bør lage en skriftlig rutinebeskrivelse for rapportering av sykefravær i organisasjonen. Her må det framkomme hvordan statistikken skal lages, bearbejdes og hvordan data skal tolkes og analyseres opp mot fastsatte mål, før materialet legges fram for beslutningsnivå.

Det opplyses fra administrasjonen at skriftliggjøring av rutiner for rapportering av sykefravær fremkommer i kommunens sykefraværsrutiner som ble revidert og innført høsten 2019. Den oversendte sykefraværsrutine har overskriften «Rutine for sykefraværsoppfølging» (udatert) og definerer følgende formål med rutinen:

Formålet med sykefraværsrutinene i Nesna kommune er:

- Å forebygge og redusere sykefraværet, styrke jobbnærværet, bedre arbeidsmiljøet samt hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet.
- Øke bruk av egenmelding fremfor sykemelding
- Øke bruk av avventende og gradert sykemelding
- Sikre god og entydig oppfølging av arbeidstaker som er helt eller delvis sykmeldt, eller som står i fare for å bli sykmeldt.
- Sikre god dokumentasjon i forhold til avklaring og tilrettelegging.
- Sikre at arbeidstakere i Nesna kommune blir fulgt opp i henhold til gjeldende lover.

Det kan ikke ses av administrasjonens tilbakemeldinger eller av oversendte rutine hvordan rapportering av sykefravær i organisasjonen «... skal lages, bearbejdes og hvordan data skal tolkes og analyseres opp mot fastsatte mål, før materialet legges fram for beslutningsnivå.»

Anbefaling nr.1 er ikke iverksatt.

FR-rapportens anbefaling nr. 2:

Nesna kommune bør på selvstendig grunnlag vurdere og fastsette hvilket ambisjonsnivå og hvilken ressursinnsats en vil ha innenfor arbeidet med å forebygge sykefravær. Det bør skje som en del av å fastsette strategiske mål i økonomi- og handlingsplan.

Det fremgår følgende av kommuneplanens samfunnsdel 2018-2030 (høringsutkastets side 5):

Målsetning for virksomheten Nesna kommune:

- 1) En effektiv kommunal organisasjon
- 2) Nærværsfaktor på arbeidsplassen lik 95 %

(OBS: dette arbeidsutkast til oppfølgingsrapport har ikke sjekket ut om høringsutkastet ble vedtatt, eller om nyere versjon av kommunens samfunnsdel er vedtatt).

Det kan ikke ses av administrasjonens tilbakemelding til anbefaling nr. 2 hvilket ambisjonsnivå og hvilken ressursinnsats som er vurdert og fastsatt for å kunne oppnå et sykefravær på 5% (nærværsfaktor lik 95%).

INDRE HELGELAND KONTROLLUTVALGSSEKRETARIAT
... et interkommunalt samarbeid mellom ...
Grane – Hattfjelldal – Hemnes – Lurøy - Nesna – Rana - Vefsn

Det kan heller ikke ses av kommunes «Økonomiplan 2021 – 2024 Årsbudsjett 2021» hvilken nærværs-/sykefraværsprosent som legges til grunn i planen, og heller ikke hvilket ambisjonsnivå eller hvilken ressursinnsats som er lagt inn i sykefraværsarbeidet.

Anbefaling nr.2 er ikke iverksatt.

FR-rapportens anbefaling nr. 3:

Nesna kommune bør vurdere arbeids- og ansvarsdelingen mellom sentralt nivå og virksomhetsnivå når det kommer til å satse på tiltak for å forebygge sykefravær. Det synes å være behov for at sentral administrativ ledelse tar et større ansvar med hms-arbeidet generelt og sykefraværproblematikk spesielt, samtidig som ledelsen skal være en ressurs og støtte for virksomhetsnivået.

Administrasjonen opplyser at iverksettelsen av anbefaling nr. 3 omfattes av det pågående OU-prosjektet, men vil også bli synliggjort i større grad i ny rutine for sykefraværsoppfølging.

Det fremstår som uklart om anbefaling nr. 3 er under iverksettelse.

Iverksettelse av KST-vedtak 39/12 punkt 3:

Kommunestyret fattet følgende vedtak i punkt 3:

For øvrig ber kommunestyret om at administrasjonen har sterkt fokus på fraværstatistikken i Nesna kommune.

Kontrollutvalget har ikke mottatt konkrete tilbakemeldinger fra administrasjonen til dette vedtaks punkt. I tilbakemelding fra administrasjonen til ovennevnte anbefalinger, viser administrasjonen til følgende mal for månedlig rapportering fra den enkelte enhetsleder:

Status sykefravær:

| | |
|------------------------|-----------------------------------|
| Fraværprosent (i sum): | Fraværprosent korttidssykefravær: |
|------------------------|-----------------------------------|

Nesna kommunes «Økonomiplan 2021 – 2024 Årsbudsjett 2021» og «Årsmelding 2019» viser enkelte tall for sykefravær og enkelte måltall for sykefravær for enkelte av kommunens virksomheter. Sykefraværinformasjon gir ikke et samlet bilde av kommunens sykefravær og heller ikke hvordan sykefraværet – og målet for sykefraværet - har utviklet seg over tid.

Det er ikke mottatt informasjon som gir støtte til at administrasjonen har sterkt fokus på fraværstatistikken i Nesna kommune.

KST-vedtak 39/12 punkt 3 kan ikke ses å være iverksatt.

SAKSFREMLEGG

KU-NESNA
Møte 25.02.2021

Sak 007/21 Oppfølging av KST-vedtak 55/16 (FR-samhandlingsreformen)

Dokumenter:

- Dokumentet «Oppdatert status, KST sak 55/16» (vedlegg til mail fra rådmann datert 19.11.2020)
- Arbeidsutkast til oppfølgingsrapport, versjon 16.02.2021 (vedr. iverksettelse av vedtak i kommunestyresak 55/16)

Saksorientering:

Denne saken omhandler oppfølging av rådmannens iverksettelse av det vedtak som kommunestyret fattet da forvaltningsrevisjonsrapport «Samhandlingsreformen» ble sluttbehandlet i KST-sak 55/16. Forvaltningsrevisjonsrapporten kan leses nederst på hjemmesiden til KU-Nesna under nettstedet www.ihkus.no.

KU behandlet saken forrige gang i møte den 14.05.2020 (sak 014/20) og fattet da følgende vedtak:

KU-sekretær bes innhente ny status i saken og legge dette frem for kontrollutvalget i møte den 10.09.2020.

Ved behandlingen av saken forrige gang ba KU også om følgende:

I tillegg til videre oppfølging av det som fremgår av forelopig utkast til oppfølgingsrapport, ber KU også om ny status vedr. følgende momenter:

- vedr. anbefaling nr.1:
 - når vil det bli innarbeidet «... konkrete mål og planer som kan bidra til å sikre mer systematikk i arbeidet med blant annet rehabilitering og forebygging innen helse- og omsorgstjenestene i kommunen som helhet» i planen for helse og omsorg?»
 - når vil planen for helse og omsorg bli rullert?
- vedr. anbefaling nr. 3 og strekpunkt 3 i KST-sak 55/16:
 - ny status vedr. KAD-plass, herunder om status i kommunens forberedelser dersom lokal KAD-plass er etablert/blir etablert.

Ny status ble mottatt fra rådmann 19.11.2020, og svarene er innarbeidet i vedlagte arbeidsutkast til oppfølgingsrapport. Oppfølgingsrapportens kapittel 5 gir en oppsummering av administrasjonens iverksettelse.

Den videre håndtering av saken kan gjøres på flere måter, eksempelvis:

- A. KU fortsetter oppfølgingen av administrasjonens iverksettelse ved å be KU-sekretær presentere oppdatert oppfølgingsrapport eksempelvis til møte 18.11.2021.
- B. KU vedtar å avslutte oppfølgingen, med den status iverksettelsen har pr. i dag. Oppfølgingsrapporten oversendes til kommunestyret, og det anbefales da at rapporten omredigeres til kun å omfatte kapitlene 1 og 5.

Innstilling til vedtak:

(saken legges frem uten innstilling til vedtak)



Oppdatert status, KST sak 55/16

Viser til anmodning til rådmannen av 16/06-2020 der det bes om skriftlig tilbakemelding til momentene som framgår av gule felter i oppfølgingsrapport vedr KST sak 055/16 «samhandlingsreformen»

Følgende er status for anbefaling nr 1:

Kontrollutvalget ber om ytterligere opplysninger:

«Vedrørende helse- og omsorgsplanen er det relevant å få opplyst når det vil bli innarbeidet «...konkrete mål og planer som kan bidra til å sikre mer systematikk i arbeidet med blant annet rehabilitering og forebygging innen helse- og omsorgstjenestene i kommunen som helhet» i planen for helse og omsorg», og videre er det relevant å få opplyst når planen for helse og omsorg vil bli rullert.»

Nesna kommunes planstrategi har vært på høring og skal legges fram for kommunestyret i november 2020. I dokumentet slik det foreligger nå, foreslår rådmannen å rullere helse- og omsorgsplanen i 2022. Endringer kan skje helt til planstrategien er vedtatt.

Følgende er status for anbefaling nr 2:

Kontrollutvalget ber om ytterligere opplysninger:

«Det vil bl.a. være relevant å få tilbakemelding på hva gjennomføring av kommunens overordnede kompetanseplan pr 2016 resulterte i. Videre synes det å være relevant i forhold til anbefalingen å få noe nærmere kunnskap om hva som er selve systematikken i kompetanseheving innenfor enhetene helse og omsorg»

Det jobbes kontinuerlig med kompetanseplaner. Innenfor helse og omsorg er det igangsatt kompetansehevende tiltak i form av kursing på alle nivå. Det dreier seg om kursing i systemer som eksempelvis CosDoc, og ledelsesutvikling for ledere.

Følgende er status for anbefaling nr 3:

Kontrollutvalget ber om ytterligere opplysninger:

«Det er relevant å gå en oppdatert status vedr KAD-plass, herunder også om status i kommunens forberedelser dersom lokal KAD-plass er etablert/blir etablert»

Avtalen om leie av KAD-plass er sagt opp, med ett års oppsigelse. Det skal etableres en egen KAD-plass på det nye sykehjemmet. Forutsetningen for å få dette til er døgndekning av sykepleier. Dette arbeidet er i rute, og skal være klart ved oppsigelsens utløp ved årsslutt.



Nesna Kommune

Følgende er status for anbefaling nr 4:

Kontrollutvalget ber om ytterligere opplysninger:

«Det er relevant å få formaliseringen rundt ansvarsdelingen noe nærmere belyst»

1. Tverrfaglig tiltaksteam

Hver tirsdag avholdes det tverrfaglig tiltaksteam hvor tilsynslege, virksomhetsleder ved sykehjem og virksomhetsleder hjemmetjenester er faste medlemmer. Ved behov innhentes ofte avdelingssykepleiere/sykepleiere med kjennskap til pasienten/brukeren, samt pasientens fastlege, psykisk helse, ergoterapi, miljøterapeutiske tjenester ved behov.

Alle søknader behandles i dette fora. Den som innvilger tjenesten skriver vedtak. Dette vil si, behandles tjenester som ligger under hjemmetjenestene, er det leder hjemmetjenesten som skriver referat/vedtak i EPJ. Dersom det er søknad om tjenester i institusjon, er det leder på sykehjem som skriver referat/vedtak i EPJ.

Det refereres alltid i pasientens journal dersom den er drøftet på TT.

2. E-meldinger:

Det foreligger prosedyre (datert 03.08.18) i Compilo som alle ansatte har tilgang på. Denne beskriver tydelig ansvarsforhold for sjekking og kontroll av DIPS Communicator og E-meldinger. (vedlegg 1)

Følgende er status for anbefaling nr 5:

Kontrollutvalget ber om ytterligere opplysninger:

«Det er relevant å få opplyst noe mer konkret om dialogenen med sykehuset – og rutinene rundt mottak og håndtering av e-meldinger – gir/har gitt forbedret informasjon med utskrivning av pasienter»

- Det blir avholdt årlige samarbeidsmøter mellom sykehusene og kommunene. Siste møtet ble avholdt i 2019. Møtet for 2020 ble avlyst grunnet Covid 19.
- Det oppleves at rutinene rundt e-mld i stor grad blir fulgt fra sykehusets side, og at vi får helseopplysninger hvor det nevnes særskilt behov for institusjonsplass ved behov, med unntak av noen få avdelinger (her kan intensiven ved HLSH og PSYK ved NLSH nevnes). Stort sett har vi tid til å forberede mottak av pasientene, det er meget sjeldent at vi får melding om utskrivningsklare pasienter kort tid før utskrivning. Det oppleves ikke svikt i tjenestetilbudet ved utskrivning på Nesna sykehjem som følge av dårlig/mangelfull samhandling.
- Det er fortsatt behov for opplæring av internt personell i besvaring og håndtering av e-mld for å sikre at de ulike tjenestene besvarer e-meldinger på vegne av hverandre og ulikt.
- Det skrives avvik til sykehuset dersom det oppleves u hensiktsmessige situasjoner/avvik.

Følgende er status vedr. vedtakselement 3:

«Jfr anbefaling 3 ovenfor»



Nesna Kommune

Allerede svart på

Følgende er status vedr. vedtakselement 4:

«Jfr anbefaling 3 ovenfor»

Allerede svart på

Lill Stabell
Rådmann

Vedlegg

- Prosedyre ved sjekking av Dips og e-meldinger
- Prosedyre ved håndtering av e-meldinger mellom sykehus og kommune
- Rutine for melding og håndtering av uønskede samhandlingshendelser mellom kommunene og sykehusene



Vedlegg

Vedlegg 1

Prosedyre ved sjekking av Dips og e-meldinger

1. Ansvarshavende sykepleier, hjelpepleier eller helsefagarbeider på de ulike avdelinger skal sjekke CosDoc til følgende tider: 08.00, 14.00, 16.00 og 21.00
2. Leder i tjenestene har ansvar for å sjekke Dips og pasienter som ligger på 0 – Nesna Kommune annenhver uke. Dette fordeles slik:
 - Oddetallsuker: Leder i hjemmetjenesten
 - Partallsuker: Leder på sykehjem

Ved leders fravær har leder selv ansvar for å delegere denne oppgaven videre til en stedfortreder.

3. Pasienter som ikke er inneliggende i systemet fra før vil bli lagt automatisk på 0- Nesna Kommune. Den lederen som har ansvarsuke for Dips og administrasjonsområde -0, har ansvar for å opprette journal på tilhørende avdeling (21-sykehjem, 30- hjemmetjenesten -4 Psykisk helse), samt informere den avdelingen om at det nå er kommet inn opplysninger på ny pasient.
4. Helsefagarbeider og hjelpepleier kan ikke opprette ny journal, men kan lese e-meldinger. Dersom det kommer e-melding som helsefagarbeider eller hjelpepleier leser, har den ansvar for å gi beskjed til neste sykepleier som kommer på vakt om at denne e-melding må håndteres og legges i journal.
5. Eventuelle mottatte e-melding håndteres jamfør «Prosedyre ved håndtering av e-meldinger mellom sykehus og kommune.



Vedlegg 2

Prosedyre ved håndtering av e-meldinger mellom sykehus og kommune

| Sykehuset skal ved innleggelse: | Sykepleietjenesten skal da: |
|---|---|
| 1. Sende melding om innlagt pasient. Denne skal minimum inneholde dato og tidspunkt for innlegging. <i>Sendes hele døgnet</i> | 2. Innleggingsrapport til sykehus Sendes som svar på melding om innlagt pasient, eller når det er kjent at pasienten legges inn på sykehus. Det kan være aktuelt å medsende funksjonsnivå, tjenester, kontaktinfo og medikamenter. <i>Frist: 24 timer etter innleggelse.</i> |

Under oppholdet:

| Sykehuset skal under oppholdet | Sykepleietjenesten, ved leder eller ansvarshavende sykepleier |
|--|--|
| 3. Helseopplysninger –tidligmelding (sendes ved behov for kommunale tjenester) Skal inneholde: Pasientstatus, antatt forløp og forventet utreise. <i>Skal sendes innen 24 timer.</i> | 4. Etter mottatt «helseopplysning – tidligmelding» Starte planlegging og informasjon til avdelingen. Dialogmeldinger til sykehuset ved behov for mer opplysninger Svar på Helseopplysning ved søknad Eks: «hjemmetjenesten er informert og det er planlagt tiltak ved hjemreise». |
| 5. Helseopplysning – funksjonsmelding Skal inneholde oppdatert pasientstatus, funksjonsvurdering fra sykepleier og helsestilstand/sykdomshistorie | 6. Planlegge mottak av pasienten. |

Når utskrivningsklar

| Sykehuset skal under oppholdet | Sykepleietjenesten, ved leder eller ansvarshavende sykepleier |
|--|---|
| 7. Helseopplysning – utklarmelding oppdatert pasientstatus- Sendes av ansvarlig lege | 8. Svar med dialogmelding –«Kommunen kan/kan ikke ta i mot» Slik at sykehuset kan organisere transport/ambulanse. |
| 9. Melding om utskrivningsklar pasient Utskrivningsklar dato Behandlingsansvarlig lege <i>Mellom 08:00-14:00</i> | 10. Tilbakemelding på mottak av utskrivningsklar pasient Dato kommunen evt. kan ta i mot og når en forventer å kunne ta i mot. <i>Svar innen 3 timer</i> |

Ved utskrivelse

| Sykehuset skal | Sykepleietjenesten, ved leder eller ansvarshavende sykepleier |
|--|---|
| 11. Melding om utskrevet pasient Sendes i tillegg til utskrivningsrapport. <i>Blir automatisk sendt ved utskrivelse</i> | 12. Dialogmelding ved behov. |
| 13. Utskrivningsrapport – epikrise Opplysninger som sikrer at kommunen skal gi forsvarlig oppfølging. Sykepleieopplysninger og legeopplysninger. <i>Sendes ved utskrivelse, pasient får kopi.</i> | 12. Dialogmelding ved behov |

Ansvar for meldingsovervåking: Ansvarshavende pleier/Leder på hver avdeling. Sjekkes minst klokken 08.00, 14.00, 16.00 og 21.00

Ansvar for administrasjonsavdeling 0 og DIPS- Leder i hjemmetjenesten og sykehjemmet:

-Oddetallsuger: Hjemmetjenesten

-Partallsuger: Sykehjemmet



Vedlegg 3

Rutine for melding og håndtering av uønskede samhandlingshendelser mellom kommunene og sykehusene

Avvik

Hendelser som avviker fra vedtatte avtaler knyttet til samhandling mellom kommuner og helseforetakene skal meldes.

Hensikten er å sikre at uønskede hendelser blir behandlet etter omforente regler, samt kartlegge sårbare områder, forbygge gjentagelser og redusere antall uønskede hendelser. Innsendte avvik brukes i forbedringsarbeidet, både i forhold til påklaget instans og som erfaringsoverføring til andre instanser i kommunene og sykehusene.

Melding om avvik

Hendelser som en medarbeider oppfatter som avvikende fra alle vedtatte avtaler meldes som en uønsket samhandlingshendelse på følgende måte:

1. *Medarbeideren* fyller ut skjema som ligger som vedlegg. Utfylt skjema sendes nærmeste overordnede.
2. *Leder* gjennomgår meldingen og sender skjema videre via post eller e-post til helseforetaket.
3. Kommunen og helseforetakene registrerer den uønskede samhandlingshendelsen og sender skjemaet videre til aktuell instans for behandling. Meldingen skal behandles fortløpende og søkes være ferdigbehandlet i løpet av 4 uker.
Det gis tilbakemelding også til innsender(melder).
4. Ved uenighet tas saken opp i lokal tvisteløsningsnemd.

Berørte avdelinger/enheter må sørge for å involvere ansatte i egen organisasjon slik at årsaksforhold blir klarlagt, informasjon blir gitt for å forebygge gjentagelse og tiltak blir iverksatt.

Kommunen og helseforetakene registrerer meldingene.

Dersom klage fra pasient eller avviksmelding vedrørende konkret pasientbehandling også oppfattes som et samhandlingsproblem, skal hendelsen meldes på vanlig måte til Fylkesmannen.

Proseduren er utarbeidet med «Rutine for melding og håndtering av uønskede samhandlingshendelser mellom kommunene og Helgelandssykehuset HF» som grunnlag.



Nesna Kommune

Melding om avvik mellom kommunene og helseforetakene

| | | | | | | | |
|--|---------------------------------|--|---------------------------------------|------------------------------|--|-------|-------|
| Dato: | | | | | | | |
| Innsender | | | | | | | |
| Navn | | | Tittel | | | | |
| Arbeidssted | | | Tlf | | e-post | | |
| Signatur nærmeste leder: | | | | | | | |
| For kommunehelsetjenesten (fyll ut navn på kommune og kryss av for hvor hendelsen fant sted / ble oppdaget) | | | | | | | |
| Navn på kommune | Sykehjem | Lege- kontor | Ambulanse -tjeneste | Hjemme- tjeneste | Administra- tivt nivå | Annet | |
| For avdeling/enhet i Helgelandssykehuset HF (fyll ut navn på avdeling/enhet og kryss av for hvor hendelsen fant sted / ble oppdaget) | | | | | | | |
| Navn på avd./enhet | Somatisk avdeling | Psykiatrisk avdeling | Laboratorium /u.s.enhet | Ambulans e-tjeneste | DMS | DPS | Annet |
| Beskriv kort avviket | | | | | | | |
| Hva er, etter din oppfatning, årsak til hendelsen? | | | | | | | |
| Er hendelsen også meldt som "pasienthendelse" til behandlende enhet i kommune eller sykehuset, Helsetilsynet i fylket, kvalitetsutvalget i sykehuset eller klientutvalget i kommunen? (sett kryss) Ja Nei | | | | | | | |
| Hvis ja, til hvilken enhet? <small>anonymisert kopi vedleggs(sett kryss)</small> | Behandlende enhet i kommunen | Behandlende enhet i Helgelandssykeh uset HF | Helsetilsynet i fylket | Klientutvalget i kommunen | Kvalitetsut valget i Helgelands sykehuset HF | | |
| Behandling av avviket (for mottaker av skjemaet) | | | | | | | |
| Dato for mottatt melding: | | | Dato for sendt bekreftelse på mottak: | | | | |
| Tilleggsdokumentasjon innhentet | | | Ja | | Nei | | |
| Møte med involvert avdeling / enhet | | | Ja | | Nei | | |
| Resultat av saksbehandling: | | | | | | | |
| (kryss av) | | | | | | | |



Nesna Kommune

| Utarbeide ny prosedyre | Klargjøring av eksisterende prosedyre | Utarbeide ny retningslinje | Klargjøring av eksisterende retningslinje | Møte mellom parter | Annet |
|-----------------------------|---------------------------------------|----------------------------|---|--------------------|-------|
| Behandling avsluttet | | | | | |
| Dato: | | Signatur (lesbar): | | | |
| Kommentar | | | | | |

OPPFØLGINGSRAPPORT

ARBEIDS- UTKAST

Til: Kommunestyret i Nesna
Fra: Kontrollutvalget i Nesna
Dato: (versjon 16.02.2021)

Vedrørende:

Iverksettelse av vedtak i kommunestyresak 55/16.

Vedr.: Forvaltningsrevisjonsrapporten: «Samhandlingsreformen»

Innhold:

1. Kort historikk
2. Administrasjonens iverksettelse av KST-vedtak 55/16 punkt 2
3. Administrasjonens iverksettelse av KST-vedtak 55/16 punkt 3
4. Administrasjonens iverksettelse av KST-vedtak 55/16 punkt 4
5. Oppsummering av administrasjonens iverksettelse

1. Kort historikk:

Rapporten fra forvaltningsrevisjonen er utarbeidet av Deloitte AS etter bestilling fra KU. Rapporten kan leses på nettstedet «www.ihkus.no» under hjemmesiden til KU-Nesna

KU oversendte rapporten til kommunestyret som behandlet den i sak 55/16 den 14.12.2016.

Kommunestyret fattet da vedtak med følgende innhold:

- KST tar FR-rapporten til etterretning.
- KST ber rådmannen imøtekomme rapportens anbefalinger.
- Arbeidet med ny plan for helse og omsorg intensiveres slik at den kan vedtas i KST juni 2017.
- Rådmannen starter prosess med å opprette egen kommunal akutt døgnplass i Nesna kommune.

Kommuneloven (KL) krever følgende håndtering når ovennevnte vedtak er fattet:

- Rådmannen skal påse at vedtak fattet av folkevalgte organer blir iverksatt (kommunelov § 13-1, 4.ledd).
- Kontrollutvalget skal påse at vedtak som kommunestyret treffer ved behandlingen av revisjonsrapporter, blir fulgt opp (kommunelov § 23-2, bokstav e).
- Kontrollutvalget skal rapportere til kommunestyret om vedtaket er fulgt opp (KU-forskrift § 5).

Det er vedtakets andre, tredje og fjerde strekpunkt som krever iverksettelse.

KU startet oppfølging den 01.03.2018 av rådmannens iverksettelse av KST-vedtaket.

2. Administrasjonens iverksettelse av KST-vedtak 55/16 punkt 2

Revisor gir i rapportens kapittel 5 anbefalinger i 6 punkter som fremgår nedenfor.

Den første tilbakemeldte status fra administrasjonen ble mottatt i brev datert 24.01.2018 der rådmannen henviser til at anbefalingene nedenfor omfattes av tjenesteavtalene 1-11 mellom Nesna kommune og Helgelandssykehuset HF, og videre ble det opplyst at tjenesteavtalene ble siste gang revidert i 2016.

Administrasjonens daværende tilbakemelding gir lite informasjon i forhold til anbefalingene, og oppfølgingen har derfor fortsatt med tilbakemeldinger som refereres nedenfor til den enkelte anbefaling.

Anbefaling nr. 1:

Sikre at den planlagte planen for helse og omsorg blir utarbeidet, og at denne inneholder konkrete mål og planer som kan bidra til å sikre mer systematikk i arbeidet med blant annet rehabilitering og forebygging innen helse- og omsorgstjenestene i kommunen som helhet.

I vedlegg til mail datert 10.05.2019 fra rådmann opplyses følgende:

Ergoterapeut arbeider i samhandling med hjemmesykepleien tjenesteyting til hjemmeboende ift rehabilitering f.eks. knyttet til hjelpemidler. Hjemmesykepleiens tjenesteyting ovenfor enkeltindivider omfatter også rehabilitering og forebygging.

For beboere på sykehjemmet ivaretas dette av pleiepersonellet i samråd med kommunens fysioterapitjeneste. Innbyggere søker og får innvilget rehabiliterings opphold ved sykehjemmet ved behov. Rutiner for samhandling og kommunikasjon med eksterne aktører foreligger.

Det er etablert gode samhandlingsrutiner mellom legetjenesten og de øvrige tjenesteytende enheter innen pleie og omsorg. F.eks. etableringen av Tverrfaglig Tiltaksteam (TT) med ukentlige møter der ulike tema, også rehabilitering drøftes på individnivå.

Revisjon av helse og omsorgsplan for Nesna Kommune antas å være aktuell når det gjelder systemisk dokumentasjon og skriftliggjøring av rutiner. Rutinebeskrivelser.

I vedlegg til mail datert 19.11.2020 fra rådmann opplyses følgende:

Kontrollutvalget ber om ytterligere opplysninger:

«Vedrørende helse- og omsorgsplanen er det relevant å få opplyst når det vil bli innarbeidet «...konkrete mål og planer som kan bidra til å sikre mer systematikk i arbeidet med blant annet rehabilitering og forebygging innen helse- og omsorgstjenestene i kommunen som helhet» i planen for helse og omsorg», og videre er det relevant å få opplyst når planen for helse og omsorg vil bli rullert.»

Nesna kommunes planstrategi har vært på høring og skal legges fram for kommunestyret i november 2020. I dokumentet slik det foreligger nå, foreslår rådmannen å rullere helse- og omsorgsplanen i 2022. Endringer kan skje helt til planstrategien er vedtatt.

Oppfølgingsrapportens vurdering av iverksettelsen:

FR-rapportens kapittel 3.3.2 gir følgende vurdering:

Undersøkelsen viser at Nesna kommune ikke jobber tilstrekkelig systematisk med forebyggende arbeid innenfor sykehjemstjenesten og hjemmetjenestene. Kommunens ansvar for forebyggende arbeid er tydeliggjort gjennom avtale med helseforetaket, men dette er ikke fulgt opp eller operasjonalisert gjennom at kommunen har utarbeidet mål eller planer for helse- og omsorgsområdet som helhet, og under dette det forebyggende arbeidet. På tidspunktet for revisjonen har kommunen heller ikke en person ansatt som folkehelsekoordinator. Revisjonen mener det er uheldig at stillingen som folkehelsekoordinator står ubesatt. Folkehelsekoordinatoren fyller en viktig funksjon for å sikre koordinering og satsing på oppfølgingen av samhandlingsreformen i samsvar med intensjonen med denne. Revisjonen mener også det er en forutsetning for å kunne jobbe systematisk med forebyggende arbeid innenfor helse og omsorg at kommunen etablerer mål for dette arbeidet, og følger opp målene gjennom konkrete planer og tiltak. Revisjonen mener kommunen ikke følger opp intensjonene i samhandlingsreformen når det gjelder systematisk forebyggende arbeid innenfor helse- og omsorgstjenestene. Kommunen bør vurdere å nedfelle mål knyttet til for eksempel arbeid med hverdagsrehabilitering og andre forebyggende tiltak i plan for helse og omsorg, jf. kommuneloven § 5 krav til kommunal planlegging.

Revisjonen mener også at kommunen bør systematisere arbeidet med forebyggende tiltak, særlig innenfor opp trening og rehabilitering, for å sikre at de bidrar til å forebygge sykehus- og institusjonsopphold.

Helse- og omsorgsplan 2017-2025 er vedtatt og det nærmeste en kan finne i planen i forhold til anbefaling nr. 1 er følgende:

(planens side 5 uttrykker overordnet mål for helse-/omsorgstjenestene):

Nesna kommune skal gi innbyggerne trygge, helhetlige og verdige helse- og omsorgstjenester

(planens side 39 og 45 uttrykker følgende tiltak):

Tiltak Hverdagsrehabilitering

- Det gis rom for arbeid med hverdagsrehabilitering i det daglige arbeidet hos pasientene.
- Ansatte gis nødvendig kompetanse

(planens side 52 uttrykker følgende tiltak):

Tiltak Rehabilitering og habilitering

- Kompetansehevende tiltak om ReHab iverksettes.
- ReHab området prioriteres i alle tjenester i kommunen.
- Utarbeide plan for rehabilitering i kommunen.
- Vurdere koordinator for individuell plan, jfr Helse – og omsorgstjenesteloven kapittel 7 - § 7.3
- Opprette et tverrfaglig team knyttet til ReHab området.

Planen for helse og omsorg er utarbeidet. Det fremgår blant annet av den vedtatte helse- og omsorgsplanen fra 2017 at det skal utarbeides en plan for rehabilitering. Administrasjonen har ikke meldt tilbake at slik plan er utarbeidet.

Den vedtatte Helse- og omsorgsplan gir ingen konkrete mål og planer som kan bidra til å sikre mer systematikk i arbeidet med bl.a. rehabilitering og forebygging innen helse- og omsorgstjenesten.

Administrasjonen opplyser at det i kommunens planstrategi ligger forslag fra rådmannen om å rullere helse- og omsorgsplanen i 2022. Det bekreftes ikke fra administrasjonen at «rulleringen» i 2022 av planen vil inneholde konkrete mål og planer som kan bidra til å sikre mer systematikk i arbeidet med blant annet rehabilitering og forebygging innen helse- og omsorgstjenestene i kommunen som helhet.

Anbefaling nr. 1 er ikke iverksatt.

2. Systematiserer arbeidet med kompetanseheving innenfor enhetene i helse og omsorg, både når det gjelder generell kompetanseheving og bruk av fagsystemer.

I vedlegg til mail datert 10.05.2019 fra rådmann opplyses følgende:

I forbindelse med kommunens organisasjonsutvikling prosjekt vil også kompetanseheving legges fokus på i forbindelse med kompetansekartlegging og kompetansebehov.

Et større arbeid er påbegynt i Styringsgruppa for MTT oppnevnt av kommunestyret 06.2018.

Dette har overføringsverdier til de øvrige tjenesteytende enheter i kommunen. Også i pleie og omsorg. Rekruttering til fagstillinger er imidlertid utfordrende, men er lagt fokus på i kommunens organisasjonsutviklings prosjekt.

Opplæring i fagsystemer er knyttet til CosDoc i vår kommune. Det etableres nå samarbeid med nabokommunene (HALD+ muligens Lurøy og Træna) ift digital plattform. Lokalt planlegges nå innføring av CosDoc også i enhet MTT i henhold til Fylkesmannens tilsynsrapport av 2018.

Dette arbeidet er påbegynt men antas å være tid og ressurskrevende.

I vedlegg til mail datert 27.04.2020 fra rådmann opplyses følgende:

Administrasjonen planlegger å ta i bruk den digitale læringsplattformen KS læring for alle kommunens ansatte. I denne finnes det mulighet til å integrere e-læringsystemer for fagsystemet cosdoc, i tillegg til kurs fra for eksempel FHI og Helsedirektoratet. Plattformen gjør det mulig å tilpasse opplærings- og kursrekker til enkeltansatte, samt få rapporter på om de ansatte har gjennomført pålagte kurs.

I samarbeid med RKKYH søker kommunen nå kompetanse og innovasjonsmidler fra fylkesmannen i Nordland. Disse midlene skal ved tildeling brukes både til videreutdanning for enkeltansatte og til felles kompetansetiltak innenfor Ytre Helgeland kommunene. Det er også

søkt midler fra fylkesmannen for etablering av et lærende nettverk for tjenester for utviklingshemmede på Ytre Helgeland.

I vedlegg til mail datert 19.11.2020 fra rådmann opplyses følgende:

Kontrollutvalget ber om ytterligere opplysninger:

«Det vil bl.a. være relevant å få tilbakemelding på hva gjennomføring av kommunens overordnede kompetanseplan pr 2016 resulterte i. Videre synes det å være relevant i forhold til anbefalingen å få noe nærmere kunnskap om hva som er selve systematikken i kompetanseheving innenfor enhetene helse og omsorg»

Det jobbes kontinuerlig med kompetanseplaner. Innenfor helse og omsorg er det igangsatt kompetansehevende tiltak i form av kursing på alle nivå. Det dreier seg om kursing i systemer som eksempelvis CosDoc, og ledelsesutvikling for ledere.

Oppfølgingsrapportens vurdering av iverksettelsen:

FR-rapportens kapittel 3.4.2 gir blant annet følgende vurdering:

Revisjonen mener det er positivt at kommunen legger til rette for kompetanseheving for å sikre god kompetanse til å ivareta lovpålagte tjenester, men vil likevel påpeke at arbeidet med kompetanseheving innenfor helse og omsorg burde vært bedre systematisert. Det er for eksempel ikke utarbeidet kompetanseplaner for den enkelte enhet innenfor tjenestene, og tilbud om videreutdanning og kompetanseheving forutsetter at den enkelte medarbeider tar kontakt og søker om dette.

Revisjonen mener det er viktig at kommunen sikrer at kompetansen på egne fagsystemer er tilstrekkelig blant ansatte som skal benytte systemene, slik at de får dokumentert arbeidet sitt tilstrekkelig, og slik at vedtak blir fattet korrekt. Riktig bruk av systemer er en forutsetning for at tjenestene skal ha kontroll med at de oppfyller krav til tjenesteutførelse og oppfølging av enkeltbrukere av tjenestene, at de kan følge opp og evaluere gjennomførte tiltak, og er også et viktig element i rådmannens kommunale internkontroll.

Administrasjonen opplyser at det jobbes kontinuerlig med kompetanseplaner. Innenfor helse og omsorg er det igangsatt kompetansehevende tiltak i form av kursing på alle nivå. Det dreier seg om kursing i systemer som eksempelvis CosDoc, og ledelsesutvikling for ledere.

Det synes relevant at kursing i fagsystemet CosDoc har fokus. Det fremstår imidlertid fortsatt som uklart om det foregår et systematisk arbeide med kompetanseheving innen helse og omsorg, eksempelvis om

- ønsket helsefaglig kompetanse
- kritisk kompetanse innen ulike fagfelt
- lovpålagt kompetanse

er kartlagt og dekket blant de ansatte.

Det fremstår som uklart om anbefaling nr. 2 er iverksatt.

3. Foretar nødvendige avklaringer rundt bruken av KAD-plasser for sikre at dette lovpålagte tilbudet kan benyttes i samsvar med intensjonen i samhandlingsreformen.

I vedlegg til mail datert 10.05.2019 fra rådmann opplyses følgende:

KAD plasser kjøpes i dag v/Helseparken Mo i Rana. Kommunestyret vedtok 12.2019. at denne ene KAD plassen vurderes oppsagt og etableres ved Nesna Sykehjem. Dette er nå fysisk mulig da kommunestyret også vedtok å redusere antall sykehjemsplasser til 20. Tiltaket er imidlertid ikke iverksatt, og plassen er juridisk ikke sagt opp med Helseparken. Sykepleierdekningen i kommunen antas å dekke kravet om sykepleiertilgjengelighet i henhold til forskrift om KAD plass.

KAD plass for ROP (rus og psykiatri) er planlagt etablert i tilknytning til Kvilhaugveien Boligtun også med tanke på døgnbasert personaltilgjengelighet. Kommunen har Psykiatrisk sykepleier i tjeneste, og det er inngått samarbeid med Leirfjord, Dønna, og Herøy og kommunal stilling som Psykolog er utlyst. Tjenesten er lovpålagt fra 2020 og vil bidra til styrking av den kommunale psykiatritjenesten. Også etableringen av KAD for ROP.

I vedlegg til mail datert 19.11.2020 fra rådmann opplyses følgende:

Kontrollutvalget ber om ytterligere opplysninger:

«Det er relevant å få en oppdatert status vedr KAD-plass, herunder også om status i kommunens forberedelser dersom lokal KAD-plass er etablert/blir etablert»

Avtalen om leie av KAD-plass er sagt opp, med ett års oppsigelse. Det skal etableres en egen KAD-plass på det nye sykehjemmet. Forutsetningen for å få dette til er døgndekning av sykepleier. Dette arbeidet er i rute, og skal være klart ved oppsigelsens utløp ved årsslutt.

Oppfølgingsrapportens vurdering av iverksettelsen:

FR-rapportens kapittel 3.6.2 gir blant annet følgende vurdering:

Undersøkelsene viser at kommunen gjennom vertskommunesamarbeid opprettet KAD-plasser i samsvar med kravene i samhandlingsreformen. Samtidig fremgår det også av undersøkelsen at kommunen har utfordringer knyttet til å få benyttet KAD-plassene i samsvar med intensjonen i samhandlingsreformen. Plassene har for eksempel ikke vært benyttet så langt i 2016.

Med utgangspunkt i dagens situasjon med god kapasitet ved sykehjemmet, medfører den manglende bruken av kommunens KAD-plasser etter revisjonens vurdering ikke en umiddelbar risiko for at kommunen ikke er i stand til å overholde samhandlingsreformens intensjoner om å forebygge sykehusopphold. Samtidig mener revisjonen at kommunen bør gjøre nødvendige avklaringer rundt bruken av disse plassene for å sikre at dette lovpålagte tilbudet kan benyttes i samsvar med intensjonen i samhandlingsreformen.

Administrasjonen opplyser at avtalen om leie av KAD-plass er sagt opp, med ett års oppsigelse. Det skal etableres en egen KAD-plass på det nye sykehjemmet. Forutsetningen for å få dette til er døgndekning av sykepleier. Dette arbeidet er i rute, og skal være klart ved oppsigelsens utløp ved årsslutt.

Anbefaling nr. 3 synes å bli iverksatt.

4. Vurderer å opprette skriftlige rutiner for arbeidet i helse- og omsorgstjenestene som er omfattet av krav i samhandlingsreformen, for å supplere retningslinjer for samhandling i avtaleverket med helseforetaket og sikre klar ansvarsdeling innad i kommunen.

I vedlegg til mail datert 10.05.2019 fra rådmann opplyses følgende:

Det er etablert rutiner, også skriftlige med Helelandssykehuset i forhold til samhandlingsreformen. Digitale løsninger foreligger og anvendes: fagsystemet DIPS.

Ansvarsdelingen internt mellom enhetene er avklart og ivaretas bl.a. ved de ukentlige møtene i TT.

I vedlegg til mail datert 27.04.2020 fra rådmann opplyses følgende:

(ubesvart)

I vedlegg til mail datert 19.11.2020 fra rådmann opplyses følgende:

Kontrollutvalget ber om ytterligere opplysninger:

«Det er relevant å få formaliseringen rundt ansvarsdelingen noe nærmere belyst»

1. Tverrfaglig tiltaksteam

Hver tirsdag avholdes det tverrfaglig tiltaksteam hvor tilsynslege, virksomhetsleder ved sykehjem og virksomhetsleder hjemmetjenester er faste medlemmer. Ved behov innhentes ofte avdelingssykepleiere/sykepleiere med kjennskap til pasienten/brukeren, samt pasientens fastlege, psykisk helse, ergoterapi, miljøterapeutiske tjenester ved behov.

Alle søknader behandles i dette fora. Den som innvilger tjenesten skriver vedtak. Dette vil si, behandles tjenester som ligger under hjemmetjenestene, er det leder hjemmetjenesten som skriver referat/vedtak i EPJ. Dersom det er søknad om tjenester i institusjon, er det leder på sykehjem som skriver referat/vedtak i EPJ.

Det refereres alltid i pasientens journal dersom den er drøftet på TT.

2. E-meldinger:

Det foreligger prosedyre (datert 03.08.18) i Compilo som alle ansatte har tilgang på. Denne beskriver tydelig ansvarsforhold for sjekking og kontroll av DIPS Communicator og E-meldinger. (vedlegg 1)

Oppfølgingsrapportens vurdering av iverksettelsen:

FR-rapportens kapittel 4.3.2 gir blant annet følgende vurdering:

Undersøkelsen viser at det er lagt til rette for samhandling mellom kommunen og helseforetaket gjennom felles samarbeidsavtale og tilhørende tjenesteavtaler. Til sammen reflekterer de 11 tjenesteavtalene kravene som stilles til samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak i helse- og omsorgstjenestelovens § 6-2. De etablerte avtalene, samhandlingsarenaene og kommunikasjonsflyten fremstår for revisjonen som hensiktsmessige for å bidra til å sikre

tilstrekkelig oppfølging av pasienter før, under og etter sykehusopphold i samsvar med intensjonene i samhandlingsreformen. Likevel mener revisjonen kommunen kan vurdere å opprette skriftlige rutiner, for å supplere retningslinjer for samhandling i avtaleverket og sikre klar ansvarsdeling innad i kommunen. Dette vil redusere sårbarhet og risiko for glipper i samhandling, for eksempel ved skifte av nøkkelpersonell.

Administrasjonen opplyser at det er utarbeidet

- «Prosedyre ved sjekking av Dips og e-meldinger» (udatert),
- «Prosedyre ved håndtering av e-meldinger mellom sykehus og kommune» (udatert),
- «Rutine for melding og håndtering av uønskede samhandlingshendelser mellom kommunene og sykehusene» (udatert).

Prosedyrene og rutinen synes å gi relevant supplement til samhandlingsavtaler samt å gi relevante ansvarsavklaringer i kommunen for de forhold som prosedyrene og rutinen omhandler.

Anbefaling nr. 4 synes å være iverksatt.

5. Vurderer å gå i dialog med sykehuset om hvordan informasjonsutveksling knyttet til utskriving av pasienter kan systemiseres og forbedres ytterligere.

I vedlegg til mail datert 10.05.2019 fra rådmann opplyses følgende:

Slik kommunikasjon er etablert ved jevnlig samarbeidsmøter mellom Helgelandssykehuset kommunen. Dette foregår på alle nivå i kommunen. Rådmann, rådgiver, enhetsledere og kommunelege. Bl.a. med 3 delte møtedager i regi av Helgelandssykehuset der noen av de kommunale deltakerne deltar på ett eller flere møter samme dag.

I vedlegg til mail datert 27.04.2020 fra rådmann opplyses følgende:

Rutinene rundt mottak og håndtering av e-meldinger er etablert og følges opp i vedtaksteamets ukentlige møter. Det er fortsatt noen uklarheter rundt ivaretagelse og oppfølging av fagsystemenes integrasjon med e-meldingssystemet. Det er behov for å opprette klare ansvarsgrupper for fagsystemene i virksomhetene, og sikre god systemoppfølging fra IT siden.

I vedlegg til mail datert 19.11.2020 fra rådmann opplyses følgende:

Kontrollutvalget ber om ytterligere opplysninger:

«Det er relevant å få opplyst noe mer konkret om dialogen med sykehuset – og rutinene rundt mottak og håndtering av e-meldinger – gir/har gitt forbedret informasjon med utskriving av pasienter»

- Det blir avholdt årlige samarbeidsmøter mellom sykehusene og kommunene. Siste møtet ble avholdt i 2019. Møtet for 2020 ble avlyst grunnet Covid 19.
- Det oppleves at rutinene rundt e-mld i stor grad blir fulgt fra sykehusets side, og at vi får helseopplysninger hvor det nevnes særskilt behov for institusjonsplass ved behov, med unntak av noen få avdelinger (her kan intensiven ved HLSH og PSYK ved NLSH nevnes). Stort sett har vi tid til å forberede mottak av pasientene, det er meget sjeldent at vi får melding om utskrivningsklare pasienter kort tid før utskriving. Det oppleves ikke svikt i tjenestetilbudet ved utskriving på Nesna sykehjem som følge av dårlig/mangelfull samhandling.
- Det er fortsatt behov for opplæring av internt personell i besvaring og håndtering av e-mld for å sikre at de ulike tjenestene besvarer e-meldinger på vegne av hverandre og ulikt.
- Det skriver avvik til sykehuset dersom det oppleves u hensiktsmessige situasjoner/avvik

Oppfølgingsrapportens vurdering av iverksettelsen:

FR-rapportens kapittel 4.3.2 gir blant annet følgende vurdering:

Meldingene fra sykehuset, både i forbindelse med innleggelser og ved utskriving av pasienter, fremstår, etter informasjon revisjonen har fått, ikke som tilstrekkelig systemisert, og kommunen opplever blant annet i noen tilfeller å få melding om utskrivningsklare pasienter kort tid før utskriving. Revisjonen mener dette kan medføre økt risiko for svikt i tjenestetilbudet ved utskriving, og mener kommunen bør vurdere å gå i dialog med sykehuset om hvordan informasjonsutveksling knyttet til både innleggelser og utskriving kan systemiseres.

Administrasjonen opplyser blant annet at det blir avholdt årlige samarbeidsmøter mellom sykehusene og kommunene, og videre at kommunen opplever at rutinene rundt e-meldinger (elektronisk kommunikasjon mellom sykehus og kommune ved innleggelse/opphold/utskriving) i stor grad blir fulgt fra sykehusets side.

Anbefaling nr. 5 synes å være iverksatt.

6. Sikrer at avvik blir meldt og fulgt opp i samsvar med kapittel 10 i samhandlingsavtalen mellom helseforetaket og kommunen.

I vedlegg til mail datert 10.05.2019 fra rådmann opplyses følgende:

System for registrering av avvik og avvikshåndtering er etablert med helseforetaket.

I vedlegg til mail datert 19.11.2020 fra rådmann opplyses følgende:

(Som vedlegg 3 til mail datert 19.11.2020 har administrasjonen vedlagt «Rutine for melding og håndtering av uønskede samhandlingshendelser mellom kommunene og sykehusene» med tilhørende meldingsskjema «Melding om avvik mellom kommunene og helseforetakene»).

Oppfølgingsrapportens vurdering av iverksettelsen:

FR-rapportens kapittel 4.4.2 gir blant annet følgende vurdering:

Det er etablert et felles skjema for å melde avvik og uønskede samhandlingshendelser mellom kommunen og helseforetaket. Samtidig går det frem i undersøkelsen at dette skjemaet ikke benyttes i tilstrekkelig grad, og at det totalt sett meldes få avvik fra helse og omsorg i kommunen. Mangelfull rapportering av avvik kan etter revisjonens vurdering øke risikoen for at avvik knyttet til informasjonsutveksling eller uønskede samhandlingshendelser ikke blir fanget opp og fulgt opp. Dette kan også bidra til at en eventuell mangelfull praksis vedvarer. Revisjonen vil understreke at kommunen bør sikre at det meldes avvik knyttet til samhandlingshendelser mellom kommunen og helseforetaket når dette forekommer, slik at praksis er i samsvar med styrende samarbeidsavtaler, og slik at man bidrar til å sikre et godt samarbeidet og god kommunikasjon til pasientens beste.

Det er heller ikke etablert system i kommunen for å sikre at retningslinjene for oppfølging av avvik etterleveres. Revisjonen mener det er viktig at kommunen legger til rette for avvikshåndtering i samsvar med kapittel 10 i samhandlingsavtalen mellom helseforetaket og kommunen slik at meldte avvik, gjennom systematisk håndtering og oppfølging, bidrar i det kontinuerlige forbedringsarbeidet mellom helseforetaket og kommunen.

Administrasjonen viser til «Rutine for melding og håndtering av uønskede samhandlingshendelser mellom kommunene og sykehusene» med tilhørende meldingsskjema. Det opplyses ikke hvordan kommunen sikrer at avvik blir meldt og hvordan meldte avvik følges opp.

Anbefaling nr. 6 har en uklar iverksettelse.

3. Administrasjonens iverksettelse av KST-vedtak 55/16 punkt 3

Kommunestyret fattet følgende vedtak:

Arbeidet med ny plan for helse og omsorg intensiveres slik at den kan vedtas i KST juni 2017.

I brev datert 21.04.2018 informerer rådmannen følgende:

Planen ble vedtatt i K-sak 46/17 den 27.09.2017.

Oppfølgingsrapportens vurdering av iverksettelsen:

Administrasjonen opplyser at planen ble vedtatt i K-sak 46/17 den 27.09.2017.

KST-vedtak 55/16 punkt 3 er iverksatt.

4. Administrasjonens iverksettelse av KST-vedtak 55/16 punkt 4

Kommunestyret fattet følgende vedtak:

Rådmannen starter prosess med å opprette egen kommunal akutt døgnplass i Nesna kommune.

I vedlegg til mail datert 19.11.2020 fra rådmann opplyses følgende (jfr. anbefaling nr. 2 ovenfor):

Avtalen om leie av KAD-plass er sagt opp, med ett års oppsigelse. Det skal etableres en egen KAD-plass på det nye sykehjemmet. Forutsetningen for å få dette til er døgndekning av sykepleier. Dette arbeidet er i rute, og skal være klart ved oppsigelsens utløp ved årsslutt.

Oppfølgingsrapportens vurdering av iverksettelsen:

Administrasjonen opplyser at avtalen om leie av KAD-plass er sagt opp, med ett års oppsigelse. Det skal etableres en egen KAD-plass på det nye sykehjemmet. Forutsetningen for å få dette til er døgndekning av sykepleier. Dette arbeidet er i rute, og skal være klart ved oppsigelsens utløp ved årsslutt.

KST-vedtak 55/16 punkt 4 er iverksatt.

5. Oppsummering av administrasjonens iverksettelse

Basert på skriftlige tilbakemeldinger fra administrasjonen kan følgende status oppsummeres:

Iverksettelse av KST-vedtak 55/16 punkt 2:

FR-rapportens anbefaling nr. 1:

Sikre at den planlagte planen for helse og omsorg blir utarbeidet, og at denne inneholder konkrete mål og planer som kan bidra til å sikre mer systematikk i arbeidet med blant annet rehabilitering og forebygging innen helse- og omsorgstjenestene i kommunen som helhet.

Planen for helse og omsorg er utarbeidet. Det fremgår blant annet av den vedtatte helse- og omsorgsplanen fra 2017 at det skal utarbeides en plan for rehabilitering. Administrasjonen har ikke meldt tilbake at slik plan er utarbeidet.

Den vedtatte Helse- og omsorgsplan gir ingen konkrete mål og planer som kan bidra til å sikre mer systematikk i arbeidet med bl.a. rehabilitering og forebygging innen helse- og omsorgstjenesten.

Administrasjonen opplyser at det i kommunens planstrategi ligger forslag fra rådmannen om å rullere helse- og omsorgsplanen i 2022. Det bekreftes ikke fra administrasjonen at «rulleringen» i 2022 av planen vil inneholde konkrete mål og planer som kan bidra til å sikre mer systematikk i arbeidet med blant annet rehabilitering og forebygging innen helse- og omsorgstjenestene i kommunen som helhet.

Anbefaling nr. 1 er ikke iverksatt.

FR-rapportens anbefaling nr. 2:

Systematiserer arbeidet med kompetanseheving innenfor enhetene i helse og omsorg, både når det gjelder generell kompetanseheving og bruk av fagsystemer.

Administrasjonen opplyser at det jobbes kontinuerlig med kompetanseplaner. Innenfor helse og omsorg er det igangsatt kompetansehevende tiltak i form av kursing på alle nivå. Det dreier seg om kursing i systemer som eksempelvis CosDoc, og ledelsesutvikling for ledere.

Det synes relevant at kursing i fagsystemet CosDoc har fokus. Det fremstår imidlertid fortsatt som uklart om det foregår et systematisk arbeide med kompetanseheving innen helse og omsorg, eksempelvis om

- ønsket helsefaglig kompetanse
- kritisk kompetanse innen ulike fagfelt
- lovpålagt kompetanse

er kartlagt og dekket blant de ansatte.

Det fremstår som uklart om anbefaling nr. 2 er iverksatt.

FR-rapportens anbefaling nr. 3:

Foretar nødvendige avklaringer rundt bruken av KAD-plasser for sikre at dette lovpålagte tilbudet kan benyttes i samsvar med intensjonen i samhandlingsreformen.

Administrasjonen opplyser at avtalen om leie av KAD-plass er sagt opp, med ett års oppsigelse. Det skal etableres en egen KAD-plass på det nye sykehjemmet. Forutsetningen for å få dette til er døgndekning av sykepleier. Dette arbeidet er i rute, og skal være klart ved oppsigelsens utløp ved årsslutt.

Anbefaling nr. 3 synes å bli iverksatt.

FR-rapportens anbefaling nr. 4:

Vurderer å opprette skriftlige rutiner for arbeidet i helse- og omsorgstjenestene som er omfattet av krav i samhandlingsreformen, for å supplere retningslinjer for samhandling i avtaleverket med helseforetaket og sikre klar ansvarsdeling innad i kommunen.

Administrasjonen opplyser at det er utarbeidet

- «Prosedyre ved sjekking av Dips og e-meldinger» (udatert),
- «Prosedyre ved håndtering av e-meldinger mellom sykehus og kommune» (udatert),
- «Rutine for melding og håndtering av uønskede samhandlingshendelser mellom kommunene og sykehusene» (udatert).

Prosedyrene og rutinen synes å gi relevant supplement til samhandlingsavtaler samt å gi relevante ansvarsavklaringer i kommunen for de forhold som prosedyrene og rutinen omhandler.

Anbefaling nr. 4 synes å være iverksatt.

FR-rapportens anbefaling nr. 5:

Vurderer å gå i dialog med sykehuset om hvordan informasjonsutveksling knyttet til utskriving av pasienter kan systemiseres og forbedres ytterligere.

Administrasjonen opplyser blant annet at det blir avholdt årlige samarbeidsmøter mellom sykehusene og kommunene, og videre at kommunen opplever at rutinen rundt e-meldinger (elektronisk kommunikasjon mellom sykehus og kommune ved innleggelse/opphold/utskriving) i stor grad blir fulgt fra sykehusets side.

Anbefaling nr. 5 synes å være iverksatt.

FR-rapportens anbefaling nr. 6:

Sikrer at avvik blir meldt og fulgt opp i samsvar med kapittel 10 i samhandlingsavtalen mellom helseforetaket og kommunen.

Administrasjonen viser til «Rutine for melding og håndtering av uønskede samhandlingshendelser mellom kommunene og sykehusene» med tilhørende meldingsskjema. Det opplyses ikke hvordan kommunen sikrer at avvik blir meldt og hvordan meldte avvik følges opp.

Anbefaling nr. 6 har en uklar iverksettelse.

Iverksettelse av KST-vedtak 55/16 punkt 3:

Kommunestyret fattet følgende vedtak i punkt 3:

Arbeidet med ny plan for helse og omsorg intensiveres slik at den kan vedtas i KST juni 2017.

Administrasjonen opplyser at planen ble vedtatt i K-sak 46/17 den 27.09.2017.

KST-vedtak 55/16 punkt 3 er iverksatt.

Iverksettelse av KST-vedtak 55/16 punkt 4:

Kommunestyret fattet følgende vedtak i punkt 4:

Rådmannen starter prosess med å opprette egen kommunal akutt døgnplass i Nesna kommune.

Administrasjonen opplyser at avtalen om leie av KAD-plass er sagt opp, med ett års oppsigelse. Det skal etableres en egen KAD-plass på det nye sykehjemmet. Forutsetningen for å få dette til er døgndekning av sykepleier. Dette arbeidet er i rute, og skal være klart ved oppsigelsens utløp ved årsslutt.

KST-vedtak 55/16 punkt 4 er iverksatt.

SAKSFREMLEGG

KU-NESNA
Møte 25.02.2021

Sak 008/21 Oppfølging av KST-vedtak 03/17 (FR-miljøterapeutisk avdeling)

Dokumenter:

- Dokumentet «Oppdatert status, KST sak 03/17» (vedlegg til mail fra rådmann datert 19.11.2020)
- Arbeidsutkast til oppfølgingsrapport, versjon 17.02.2021 (vedr. iverksettelse av vedtak i kommunestyresak 03/17)

Saksorientering:

Denne saken omhandler oppfølging av rådmannens iverksettelse av det vedtak som kommunestyret fattet da forvaltningsrevisjonsrapport «Ressursbruk og arbeidsmiljø innen Miljøterapeutiske tjenester» ble sluttbehandlet i KST-sak 03/17. Forvaltningsrevisjonsrapporten kan leses nederst på hjemmesiden til KU-Nesna under nettstedet www.ihkus.no.

KU behandlet saken forrige gang i møte den 14.05.2020 (sak 015/20) og fattet da følgende vedtak:

KU-sekretær bes innhente ny status i saken og legge dette frem for kontrollutvalget i møte den 10.09.2020.

Ved behandlingen av saken forrige gang ba KU også om følgende:

I tillegg til videre oppfølging av det som fremgår av forelopig utkast til oppfølgingsrapport, ber KU også om ny status vedr. følgende momenter:

- vedr. anbefaling nr. 1:
 - det bes om å få tilsendt gjeldende
 - a) rutiner og retningslinjer for budsjettprosesser til bruk på både overordnet nivå og virksomhetsnivå.
 - b) rutiner og retningslinjer for budsjettoppfølging og rapportering fra virksomhetene til sentraladministrasjonen i kommunen.
 - c) rutiner for å gjennomføre systematiske risikoanalyser knyttet til budsjettetterlevelse.
- vedr. anbefaling nr. 6:
 - det bes om tidsplan for utarbeidelse «... av rutiner som sikrer at tillitsvalgte i MTT blir involvert i utarbeidelse av arbeidsplaner. i samsvar med arbeidsmiljøloven § 10-3.»

Ny status ble mottatt fra rådmann 19.11.2020, og svarene er innarbeidet i vedlagte arbeidsutkast til oppfølgingsrapport. Oppfølgingsrapportens kapittel 3 gir en oppsummering av administrasjonens iverksettelse.

Den videre håndtering av saken kan gjøres på flere måter, eksempelvis:

- A. KU fortsetter oppfølgingen av administrasjonens iverksettelse ved å be KU-sekretær presentere oppdatert oppfølgingsrapport eksempelvis til møte 18.11.2021.
- B. KU vedtar å avslutte oppfølgingen, med den status iverksettelsen har pr. i dag. Oppfølgingsrapporten oversendes til kommunestyret, og det anbefales da at rapporten omredigeres til kun å omfatte kapitlene 1 og 3.

Innstilling til vedtak:

(saken legges frem uten innstilling til vedtak)



Oppdatert status, KST sak 03/17

Viser til anmodning til rådmannen av 16/06-2020 der det bes om skriftlig tilbakemelding til momentene som framgår av gule felter i oppfølgingsrapport vedr KST sak 03/17 «Ressursbruk og arbeidsmiljø innen Miljøterapeutiske tjenester»

Følgende er status for anbefaling i nr 1:

«Det er relevant å få tilsendt gjeldende

- a) rutiner og retningslinjer for budsjettprosesser til bruk på både overordnet nivå og virksomhetsnivå.*
- b) rutiner og retningslinjer for budsjettoppfølging og rapportering fra virksomhetene til sentraladministrasjonen i kommunen.*
- c) rutiner for å gjennomføre systematiske risikoanalyser knyttet til budsjettetterlevelse.»*

Rutiner og retningslinjer er ikke skriftliggjort, men beskrives og besvares i henhold til punkter over slik:

- a) Budsjettprosessen ledes av rådmannen. Økonomirådgiver lager framdriftsplan for arbeidet som sendes ut til virksomhetsledere. Lønnsbudsjettet skal være ferdig før sommerferien. Konsekvensjustert budsjett skal være ferdig, og gjennomgått sammen med strategisk ledelse før medio oktober, da låses denne delen. Det er økonomisk ramme for inneværende år, korrigert for engangsbevilgninger og vedtak om varig bevilgning i løpet av året, som er styrende for måltallet for rammene. Oktober brukes til tiltak. Balansering av budsjett og økonomiplan gjøres fra statsbudsjettet publiseres og fram til rådmannen leverer sitt budsjett til formannskapet.
- b) Svart på i redegjørelsen for økonomirapportering i forbindelse med oppfølging av sak 39/12. mal for økonomirapport tilsendt tidligere. Rapportering går til strategisk ledelse om til formannskap og kommunestyret.
- c) Risikoanalyser gjøres fortløpende i tjenesten, og virksomhetsledere er pålagt å utarbeide en prognose for budsjettetterlevelse i den månedlige økonomirapporten

Følgende er status for anbefaling nr 2:

«Det er relevant å få opplyst status i pågående arbeid med et administrativt delegasjonsreglement, lederavtale eller annet dokument som avklarer formell myndighet/ansvar i administrasjonen.»

Dette arbeidet er godt i gang, og redegjøres nærmere for i forbindelse med oppfølging av KST sak 26/18

Følgende er status for anbefaling nr 3:



Nesna Kommune

«Det er relevant å få opplyst status i det videre arbeidet med anbefaling nr.3.»

Det er anskaffet ekstern kompetanse som har i oppdrag å lukke alle avvik i fylkesmannens tilsyn, og anbefalingene fra styringsgruppa er sentrale. Det rapporteres jevnlig til kommunestyret.

Følgende er status for anbefaling nr 5:

«Det er relevant å få en mer konkret tilbakemelding på momenter som bl.a. fremgår av revisors vurderinger i FR-rapportens kapittel 4.3.2.»

Det er anskaffet ekstern kompetanse som har i oppdrag å lukke alle avvik i fylkesmannens tilsyn, og anbefalingene fra styringsgruppa er sentrale. Det rapporteres jevnlig til kommunestyret.

Følgende er status for anbefaling nr 6:

«Det bes opplyst om tidsplan for utarbeidelse «... av rutiner som sikrer at tillitsvalgte i MTT blir involvert i utarbeidelse av arbeidsplaner, i samsvar med arbeidsmiljøloven § 10-3.»

Det er anskaffet ekstern kompetanse som har i oppdrag å lukke alle avvik i fylkesmannens tilsyn, og anbefalingene fra styringsgruppa er sentrale. Det rapporteres jevnlig til kommunestyret.

Følgende er status for anbefaling nr 7:

«Det er relevant å få en mer konkret tilbakemelding på om avvikssystemet muliggjør tydeliggjøring av hva som utgjør et avvik, og i hvilken grad slik tydeliggjøring er foretatt og er tilgjengelige for brukerne av Compilo.»

Det er anskaffet ekstern kompetanse som har i oppdrag å lukke alle avvik i fylkesmannens tilsyn, og anbefalingene fra styringsgruppa er sentrale. Det rapporteres jevnlig til kommunestyret.

Lill Stabell
rådmann

OPPFØLGINGSRAPPORT

ARBEIDS- UTKAST

Til: Kommunestyret i Nesna
Fra: Kontrollutvalget i Nesna
Dato: (versjon 17.02.2021)

Vedrørende:

Iverksettelse av vedtak i kommunestyresak 03/17.

Vedr.: Forvaltningsrevisjonsrapporten: «Ressursbruk og arbeidsmiljø innen Miljøterapeutiske tjenester»

Innhold:

- 1 Kort historikk
- 2 Administrasjonens iverksettelse av KST-vedtak 3/17.
- 3 Oppsummering av administrasjonens iverksettelse

1 Kort historikk:

Rapporten fra forvaltningsrevisjonen er utarbeidet av Deloitte AS etter bestilling fra KU. Rapporten kan leses på nettstedet «www.ihkus.no» under hjemmesiden til KU-Nesna

KU oversendte rapporten til kommunestyret som behandlet den i sak 03/17 den 19.04.2017. Kommunestyret fattet da vedtak med følgende innhold:

- KST tar FR-rapporten til etterretning.
- KST ber rådmannen starte arbeidet med gjennomføring av anbefalingene i rapporten og innen 31.08.2017 rapportere status for arbeidet og tidsplan for fullføring til Kontrollutvalget.

Kommuneloven (KL) krever følgende håndtering når ovennevnte vedtak er fattet:

- Rådmannen skal påse at vedtak fattet av folkevalgte organer blir iverksatt (kommunelov § 13-1, 4.ledd).
- Kontrollutvalget skal påse at vedtak som kommunestyret treffer ved behandlingen av revisjonsrapporter, blir fulgt opp (kommunelov § 23-2, bokstav e).
- Kontrollutvalget skal rapportere til kommunestyret om vedtaket er fulgt opp (KU-forskrift § 5).

Det er vedtakets andre strekpunkt som krever iverksettelse.

KU startet oppfølging den 21.09.2017 av rådmannens iverksettelse av KST-vedtaket.

2. Administrasjonens iverksettelse av KST-vedtak 3/17

Revisor gir i forvaltningsrevisjonsrapportens kapittel 5 anbefalinger i åtte punkter.

I brev datert 01.09.2017 opplyser rådmannen følgende som en generell status for iverksettelsen av kommunestyrets vedtak:

Med bakgrunn i kommunestyrets vedtak har rådmannen satt ned en gruppe (avholdt flere møter i sommer), som jobber med å imøtekomme anbefalingene i forvaltningsrapporten, samt ta status på MTT og videre se på utfordringene som MTT måtte ha.

Videre er det slik at gruppa har følgende sammensetning; tillitsvalgt Fagforbundet, plasstillitsvalgt Fagforbundet, tillitsvalgt Utdanningsforbundet, tillitsvalgt Delta, fungerende leder MTT, verneombud MTT og to personer fra administrasjonen.

Det er per nå enighet i gruppen om å starte en prosess for å imøtekomme anbefalingene i forvaltningsrapporten samt ta status på tjenesten og jobbe med utfordringer som tjenesten har. Gruppa jobber godt sammen og har satt søkelys på arbeidsmiljøet i tjenesten. Målet for gruppa er å komme med en tilbakemelding til rådmannen om inngripende endringer i tjenesten i løpet av høsten. Forslaget fra gruppa vil inneholde ny organisering, ny turnus, ny kompetanseplan og innhold i det tilbudet som gis.

I brev datert 21.12.2017 supplerer rådmannen med følgende i forhold ovennevnte status gitt pr. 01.09.2017:

Tilbakemeldingen fra arbeidsgruppen per nå er at de ikke rekker å komme med tilbakemelding til rådmannen før 31.12., fordi gruppa har måttet prioritere å få på plass midlertidige turnusendringer og bemanne vakanser og vikariater. Rådmannen støtter denne vurderingen, fordi det arbeidet er nyttig erfaring for det videre arbeid med hensyn til et godt innblikk i tjenesten. Tilbakemeldingen gis rådmannen 28.2.18, og blir deretter videre rapportert til ordfører og Kontrollutvalget.

Rådmannen oppretter nå et *bruketvalg* for MTT, om lag samme opplegg som for sykehjemmet. Bakgrunnen er Helse- og omsorgstjenesteloven (1.1.2012) kap. 3, § 3-10; *«Kommunen skal sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattes av loven her, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaring og synspunkter.»*

Videre er det slik at Rådet for funksjonshemmede ivaretar brukernes (pårørendes) interesser og vil ha uttale- og forslagsrett hva angår endringer i tjenesten som har vesentlig betydning for den enkelte bruker. Hvis arbeidsgruppen foreslår vesentlige endringer innenfor MTT tjenesten vil dette bli forelagt rådet som sak.

I vedlegg til mail datert 10.05.2019 opplyser rådmannen følgende om status for iverksettelsen av kommunestyrets vedtak i sak 03/17:

Flytteprosessen fra Havnetunet har vært brukt tid på, og vært vellykket. Dette i samhandling pårørende, bruker og personale. Brukerens tjenester organiseres fortsatt fra MTT, og nødvendig helsehjelp ivaretas av samhandling hjemmesykepleien/MTT. Bl.a. organisert i Nesna Kommunes tverrfaglige tiltaksteam. For øvrig blir boligsituasjonen nærmere beskrevet senere i dette dokumentet. Brukerens pårørende/verger medvirker i tjenestetilbudet i møter m.v. Nå aktuelt ifb med flytteprosessen.

- Styringsgruppa for MTT.

I kommunestyremøte i juni 2018 ble det besluttet å opprette en styringsgruppe som skulle se på enheten MTT. Styringsgruppa ble besluttet ledet av ordfører. Rådgiver, tillitsvalgte, leder MTT samt en pårørende/verge representant.

Styringsgruppa konstituerte seg i august 2018 og har hatt månedlige møter, i noen grad oftere. Kommunestyret vedtok i desember 2018 at tjenestene for utviklingshemmede skilles ut i en egen tjenesteytende enhet, mens de øvrige nåværende brukerne/pasientene (først og fremst knyttet til Rus og psykiatri) ROP får sin egen styringsgruppe. Dette i tråd med styringsgruppas anbefalinger.

Denne nye styringsgruppen får stort sett samme medlemmer som den øvrige, med unntak av Psykiatrisk sykepleier, leder av hjemmesykepleien og en annen pårørende/verge. Konstituerende møte styringsgruppa for ROP ble avholdt 28.02.19.

- **Organisering av tjenesten og daglig drift**

Ansvar for daglig drift har vært og er leder av MTT. Nå konstituert leder Berit Karlsen. Det faglige ansvaret har vært og er delt mellom Boledere og Koordinator hos hver enkelt bruker. Begge disse er miljøterapeuter. Leder av MTT deltar også i den faglige planlegging og gjennomføring av miljøterapeutiske tiltak, herunder også opplæring av personale.

Det avholdes jevnlig «husmøter» ca hver 4-6 uke hos hver bruker, ofte med pårørende tilstede der boleder/koordinator og leder MTT deltar. Rådgiver Helse og Omsorg har også deltatt på enkeltmøter, der både tiltaksplaner og ukeplaner oppdateres.

Også andre aktuelle forhold tas opp i dette møtet, bl.a. helsesituasjonen for hver enkelt bruker. Dette i dialog med pårørende/verger som med jevne mellomrom er tilstede.

- **Tiltaksteam**

Fra januar 2019 har Nesna Kommune etablert et tverrfaglig tiltaksteam med ukentlige møter. Der møtes i utgangspunktet enhetsledere for «de tre store» døgnbaserte omsorgstjenestene i Nesna. Hjemmesykepleie, Sykehjem og MTT. Rådgiver helse/omsorg møter også fast. Lege, ergoterapeut, helsesøster, psyk- sykepleier, spesial pedagog møter ved behov.

Hensikten og målsettingen med å etablere et slikt forum er bl.a. å få tverrfaglige innspill på tvers av de tjenesteytende enhetene. Erfaringsmessig har forholdene i Nesna over år medført at de ulike tjenesteytende enhetene ikke har hatt tilstrekkelig oversikt tjenestetilbud utover egen enhet.

Videre å øke saksbehandlingskompetansen og å sikre kvaliteten på tjenesteytingen.

Målsettingen er at tiltaksteamet øker samhandlingen mellom enhetene, og at man får en enhetlig saksbehandling som forvaltningsorgan.

Erfaringene så langt viser en økt forståelse og en økt trygghetsopplevelse hos lederne i enhetene.

Ansvar kartlegging av behov hos brukere og pasienter er i enhetene. Enhetsleder er ansvarlig for å fatte vedtakene ihht lov og forskrift, og rådgiver helse/omsorg har et overordnet ansvar for internkontroll m/vedtak.

Status til den enkelte anbefaling i rapporten:

Anbefaling nr.1:

Vurderer å utarbeide:

- a) rutiner og retningslinjer for budsjettprosesser til bruk på både overordnet nivå og virksomhetsnivå.**
- b) rutiner og retningslinjer for budsjettoppfølging og rapportering fra virksomhetene til sentraladministrasjonen i kommunen.**
- c) rutiner for å gjennomføre systematiske risikoanalyser knyttet til budsjettetterlevelse.**

I brev datert 21.12.2017 opplyser rådmannen følgende:

- Budsjettrutiner og retningslinjer, budsjettoppfølging, rapporteringsrutiner og systematiske avviksanalyser er etablert i organisasjonen for mange år siden.

I brev datert 27.04.2018 opplyser rådmannen følgende:

Denne anbefalingen i sin helhet blir ivaretatt av kommunens økonomireglement, datert 18.4.2013. Reglementet er i disse dager under revidering.

I vedlegg til mail datert 27.04.2020 opplyser rådmannen følgende:

Budsjettprosessen 2019 var organisert som workshops med virksomhetslederne, rådmann og økonomiavdelingen.

Arbeidet med å revidere kommunens økonomireglement pågår fortsatt. Det siste året er det vektlagt å innarbeide enhetlige og standardiserte rutiner for økonomirapportering fra virksomhetene til rådmannen. Det er utarbeidet et skjema for rapportering som sikrer at rapportene har samme form og innhold over tid og fra de ulike virksomhetene. I tillegg holdes det regelmessige workshops i økonomirapportering for virksomhetslederne.

I vedlegg til mail datert 19.11.2020 opplyser rådmannen følgende:

(KU-sekretær har bedt om følgende):

«Det er relevant å få tilsendt gjeldende

- a) rutiner og retningslinjer for budsjettprosesser til bruk på både overordnet nivå og virksomhetsnivå.*
- b) rutiner og retningslinjer for budsjettoppfølging og rapportering fra virksomhetene til sentraladministrasjonen i kommunen.*
- c) rutiner for å gjennomføre systematiske risikoanalyser knyttet til budsjettetterlevelse.»*

(Administrasjonen svarer følgende):

Rutiner og retningslinjer er ikke skriftliggjort, men beskrives og besvares i henhold til punkter over slik:

- a) Budsjettprosessen ledes av rådmannen. Økonomirådgiver lager framdriftsplan for arbeidet som sendes ut til virksomhetsledere. Lønnsbudsjettet skal være ferdig før sommerferien. Konsekvensjustert budsjett skal være ferdig, og gjennomgått sammen med strategisk ledelse før medio oktober, da låses denne delen. Det er økonomisk ramme for inneværende år, korrigert for engangsbevilgninger og vedtak om varig bevilgning i løpet av året, som er styrende for måltallet for rammene. Oktober brukes til tiltak. Balansering av budsjett og økonomiplan gjøres fra statsbudsjettet publiseres og fram til rådmannen leverer sitt budsjett til formannskapet.
- b) Svart på i redegjørelsen for økonomirapportering i forbindelse med oppfølging av sak 39/12. mal for økonomirapport tilsendt tidligere. Rapportering går til strategisk ledelse om til formannskap og kommunestyret.
- c) Risikoanalyser gjøres fortløpende i tjenesten, og virksomhetsledere er pålagt å utarbeide en prognose for budsjettetterlevelse i den månedlige økonomirapporten

Oppfølgingsrapportens vurdering av iverksettelsen:

FR-rapportens kapittel 3.3.2 gir blant annet følgende vurdering:

Undersøkelsen viser at Nesna kommune ikke har utarbeidet felles, skriftlige rutiner eller retningslinjer som de ulike virksomhetene kan benytte i budsjettprosesser. MTT har heller ikke utarbeidet egne rutiner eller retningslinjer til bruk i forbindelse med budsjettarbeid.

... mangel på rutiner for utarbeidelse av budsjett medfører en risiko for feil eller mangler i budsjettet, samt sårbarhet ved at man er avhengig av enkeltpersoner for å gjennomføre budsjettprosessen. Skriftlige rutiner og retningslinjer for budsjettarbeid er etter revisjonens vurdering en viktig forutsetning for å kunne utarbeide årlige budsjett på en forsvarlig måte, og vi anbefaler at kommunen vurderer å utarbeide større grad av skriftlige rutiner og retningslinjer for budsjettprosessen.

FR-rapportens kapittel 3.4.2 gir følgende vurdering:

Undersøkelsen viser at MTT hensyntar kjente, potensielle endringer i forutsetningene for tjenesten i budsjetteringen, og dokumenterer disse i verbaldelen i budsjettet. Revisjonen vil likevel påpeke at en mer systematisk tilnærming til vurdering av risiko i tjenesten kan bidra til forbedret kontroll og oversikt over hvor i tjenesten det er høyest sannsynlighet for, og konsekvens av, svikt eller feil når det kommer til budsjettetterlevelse. Mangel på systematisk risikoanalyse kan gjøre virksomheten sårbar for at årsbudsjetter ikke er tilstrekkelig realistiske i samsvar med krav i kommuneloven, og at de ikke gir et reelt bilde av de kostnader som potensielt vil kunne påløpe MTT gjennom året.

Undersøkelsen viser videre at MTT ikke har tilstrekkelig oversikt over sykefravær i tjenesten per år. For en tjeneste som MTT, som har utfordringer med høyt sykefravær, mener revisjonen det er særlig viktig at kommunen skaffer seg reell oversikt over fraværet, kartlegger i hvilken grad

årsaker er arbeidsrelaterte og iverksetter tiltak for å redusere fraværet. Sett opp mot budsjettering er dette en viktig premisse for å utarbeide realistiske budsjetter i tjenesten (jf. kommuneloven).

FR-rapportens kapittel 3.5.2 gir blant annet følgende vurdering:

For å redusere sårbarheten og risikoen for feil og mangler mener revisjonen kommunen bør vurdere å etablere større grad av skriftlige retningslinjer for økonomistyring og rapportering.

Det fremgår av forvaltningsrevisjonsrapporten at de anbefalte rutinene og retningslinjene bør skriftliggjøres, blant annet

- for å redusere sårbarhet ved at man da unngår å være avhengig av enkeltpersoner for å gjennomføre budsjettprosessen, og
- fordi skriftlige rutiner og retningslinjer for budsjettarbeid er en viktig forutsetning for å kunne utarbeide årlige budsjett på en forsvarlig måte.

Administrasjonen gir uttrykk for at det foreligger rutiner/retningslinjer for budsjettprosesser, budsjettoppfølging og rapportering fra virksomhetene til sentraladministrasjonen i kommunen samt rutiner for å gjennomføre systematiske risikoanalyser knyttet til budsjettetterlevelse. Administrasjonen opplyser imidlertid at rutinene/retningslinjene ikke er skriftliggjort.

Anbefaling nr. 1 er ikke iverksatt.

Anbefaling nr.2:

Sikrer at pågående arbeid med gjennomgang og oppdatering av delegeringsreglement blir ferdigstilt, og at ansvar og myndighet blir formelt videre delegert fra rådmann til virksomhets-/avdelingsleder.

I brev datert 21.12.2017 opplyser rådmannen følgende:

- Delegeringsreglementet ble godkjent av kommunestyret den 19.4. i år.

I brev datert 27.04.2018 opplyser rådmannen følgende:

Delegasjonsreglement, vedtatt politisk den 19.4.2017, imøtekommer denne anbefalingen.

I vedlegg til mail datert 27.04.2020 opplyser rådmannen følgende:

Nytt politisk delegeringsreglement ble vedtatt i kommunestyresak 50/19. Rådmannen har igangsatt arbeid med å videre delegere ansvar og myndighet fra rådmann til virksomhetsledere.

I vedlegg til mail datert 19.11.2020 opplyser rådmannen følgende:

(KU-sekretær har bedt om følgende):

«Det er relevant å få opplyst status i pågående arbeid med et administrativt delegasjonsreglement, lederavtale eller annet dokument som avklarer formell myndighet/ansvar i administrasjonen.»

(Administrasjonen svarer følgende):

Dette arbeidet er godt i gang, og redegjøres nærmere for i forbindelse med oppfølging av KST sak 26/18

(«Administrativt delegasjonsreglement» er ikke omtalt i rådmannens tilbakemelding vedr. KST-vedtak 26/18, derimot kan blant annet følgende leses pr. 19.11.2020: *Rådmannen skal nå i gang med å utarbeide lederavtaler og funksjonsbeskrivelser i organisasjonen.* Det fremgår ikke om dette arbeidet eksempelvis vil medføre en tydelig delegering av oppgaver knyttet til budsjettarbeid til leder av MTT.)

Oppfølgingsrapportens vurdering av iverksettelsen:

FR-rapportens kapittel 3.3.2. gir følgende vurdering:

Undersøkelsen viser videre at kommunens delegeringsreglement er under revisjon og at eksisterende delegeringer av ansvar og myndighet skal oppdateres i forbindelse med dette. Gjeldende delegeringsreglement er fra 2004, og mangler tydelig delegering av oppgaver knyttet til budsjettarbeid til leder av MTT. Revisjonen mener det er viktig at kommunen sikrer at det påbegynte arbeidet med å oppdatere gjeldende delegeringsreglement blir fullført, og at ansvar og myndighet knyttet til ledelses- og budsjettoppgaver i MTT blir formelt videre delegert fra rådmann til leder for virksomheten.

Arbeidet med et administrativt delegasjonsreglement - eller annen formell videre delegering av ansvar og myndighet fra rådmann til virksomhets-/avdelingsleder - er ikke påstartet. Administrasjonen

opplyser imidlertid at arbeidet med å utarbeide lederavtaler og funksjonsbeskrivelser i organisasjonen nå skal i gang. Det fremgår ikke fra administrasjonens tilbakemelding om dette arbeidet eksempelvis vil medføre en tydelig delegering av oppgaver knyttet til budsjettarbeid til leder av MTT slik det nevnes i forvaltningsrevisjonsrapportens vurderinger som et grunnlag for anbefaling nr.2.
Anbefaling nr. 2 er ikke iverksatt.

Anbefaling nr. 3:

Sikrer at:

- a) *Oppgaver for og plassering i organisasjonen av alle nye funksjoner blir tilstrekkelig avklart.*
- b) *All relevant informasjon knyttet til nye funksjoner, herunder prosedyrer for boleder for fordeling/tildeling av ekstravakter, blir tydelig kommunisert til tillitsvalgte og medarbeidere.*

I brev datert 21.12.2017 opplyser rådmannen følgende:

- Arbeidsgruppa har satt seg inn i organisasjonens funksjoner, men er ikke kommet til en anbefaling i forhold til struktur.
- Det som finnes av beskrivelser og prosedyrer knyttet til funksjoner er kommunisert til tillitsvalgte. Det er identifisert et behov for presisering og revidering av beskrivelsene. Arbeidsgruppen kommer på et senere tidspunkt med sine anbefalinger. Videre er det gjennomført en kartlegging av de ansatte som ønsker ekstravakter og som er ufrivillig deltid.

I brev datert 27.04.2018 opplyser rådmannen følgende:

Se kommentar under pkt. 6.

I vedlegg til mail datert 27.04.2020 opplyser rådmannen følgende:

Styringsgruppa for psykisk utviklingshemmede la frem sin sluttrapport for kommunestyret i desember (kommestyresak 91/19). Prosessen med å implementere styringsgruppas anbefalinger i organisasjoner en påbegynt.

I vedlegg til mail datert 19.11.2020 opplyser rådmannen følgende:

(KU-sekretær har bedt om følgende):

«Det er relevant å få opplyst status i det videre arbeidet med anbefaling nr.3.»

(Administrasjonen svarer følgende):

Det er anskaffet ekstern kompetanse som har i oppdrag å lukke alle avvik i fylkesmannens tilsyn, og anbefalingene fra styringsgruppa er sentrale. Det rapporteres jevnlig til kommunestyret.

Oppfølgingsrapportens vurdering av iverksettelsen:

Administrasjonen opplyser at det er anskaffet ekstern kompetanse som har i oppdrag å lukke alle avvik i fylkesmannens tilsyn, og anbefalingene fra styringsgruppa er sentrale. Det rapporteres jevnlig til kommunestyret.

Det er ukjent for denne oppfølgingsrapport om lukking av avvik etter Fylkesmannens tilsyn samtidig vil medføre iverksettelse av kommunestyrets vedtak i sak 3/17 med hensyn til anbefaling nr. 3.

Anbefaling nr. 3 har en ukjent iverksettelse.

Anbefaling nr.4:

Skaffer seg reell oversikt over sykefravær i MTT.

I brev datert 21.12.2017 opplyser rådmannen følgende:

- Testforsøk så langt viser at alt fungerer i MinVakt, men at Agresso ikke vil integrere dataene. Sannsynligvis må det kjøpes/aktiveres et programtillegg i Agresso. Fraværsmelding via MinVakt vil gi kommunen som helhet en mye bedre fraværsoversikt.

I brev datert 27.04.2018 opplyser rådmannen følgende:

Kommunen er fremdeles i prosess for å registrere elektronisk alt fravær, herunder sykefravær, for alle ansatte i kommunen. Fravær registreres forløpende i minVakt, men dataene må eksporteres derfra og importeres i Agresso før det kan foreligge en komplett og eksakt fraværsoversikt. Per i dag er det signert en avtale med Triangel (minVakt) om eksport av data for fravær, og kommunen er i prosess med Evry (Agresso) om import av fraværdata.

I vedlegg til mail datert 27.04.2020 opplyser rådmannen følgende:

Fravær føres elektroniske i Min vakt. Integrasjonen med agresso fungerer nå tilfredsstillende.

Oppfølgingsrapportens vurdering av iverksettelsen:

FR-rapportens kapittel 3.4.2. gir følgende vurdering:

Undersøkelsen viser videre at MTT ikke har tilstrekkelig oversikt over sykefravær i tjenesten per år. For en tjeneste som MTT, som har utfordringer med høyt sykefravær, mener revisjonen det er særlig viktig at kommunen skaffer seg reell oversikt over fraværet, kartlegger i hvilken grad årsaker er arbeidsrelaterte og iverksetter tiltak for å redusere fraværet. Sett opp mot budsjettering er dette en viktig premis for å utarbeide realistiske budsjetter i tjenesten (jf. kommuneloven).

Administrasjonen opplyser at fravær føres elektroniske i Min vakt, og videre at integrasjonen med agresso nå fungerer tilfredsstillende.

Det fremstår som uklart i hvilken grad de elektroniske hjelpemidlene «Min vakt» og «Agresso» også gir mulighet til å kartlegge i hvilken grad årsaker til sykefravær er arbeidsrelaterte slik at relevante tiltak for å redusere fraværet kan identifiseres og iverksettes.

Anbefaling nr. 4 har en uklar iverksettelse.

Anbefaling nr.5:

Legger til rette fora og arenaer for systematisk medvirkning fra ansatte i MTT i saker som angår eget arbeidsmiljø.

I brev datert 21.12.2017 opplyser rådmannen følgende:

- Bedriftshelsetjenesten er involvert, og de jobber sammens med avdelingen og personalsjef for å definere roller og medvirkning. Tillitsvalgte og verneombud involveres i prosessen, og arbeidet henger sammen med det generelle arbeidet rundt medvirkning i organisasjonen.

I brev datert 27.04.2018 opplyser rådmannen følgende:

Se kommentar under pkt. 6.

I vedlegg til mail datert 27.04.2020 opplyser rådmannen følgende:

Se punkt 3.

I vedlegg til mail datert 19.11.2020 opplyser rådmannen følgende:

(KU-sekretær har bedt om følgende):

«Det er relevant å få en mer konkret tilbakemelding på momenter som bl.a. fremgår av revisors vurderinger i FR-rapportens kapittel 4.3.2.»

(Administrasjonen svarer følgende):

Det er anskaffet ekstern kompetanse som har i oppdrag å lukke alle avvik i fylkesmannens tilsyn, og anbefalingene fra styringsgruppa er sentrale. Det rapporteres jevnlig til kommunestyret.

Oppfølgingsrapportens vurdering av iverksettelsen:

Administrasjonen opplyser at det er anskaffet ekstern kompetanse som har i oppdrag å lukke alle avvik i fylkesmannens tilsyn, og anbefalingene fra styringsgruppa er sentrale. Det rapporteres jevnlig til kommunestyret.

Det er ukjent for denne oppfølgingsrapport om lukking av avvik etter Fylkesmannens tilsyn samtidig vil medføre iverksettelse av kommunestyrets vedtak i sak 3/17 med hensyn til anbefaling nr. 5.

Anbefaling nr. 5 har en ukjent iverksettelse.

Anbefaling nr.6:

Utarbeider rutiner som sikrer at tillitsvalgte i MTT blir involvert i utarbeidelse av arbeidsplaner, i samsvar med arbeidsmiljøloven § 10-3.

I brev datert 21.12.2017 opplyser rådmannen følgende:

- I arbeidsgruppa møter bl.a. Fagforbundet, Delta og Utdanningsforbundet. De har også deltatt i utarbeidelse av turnuser og ansettelse i MTT. I løpet av høsten har vi oppdaterte turnuser og bemannet slik at MTT per tiden er uten vakanser. Dog har de en midlertidighet knyttet til seg, fordi vi avventer gruppas anbefalinger om fremtidige endringer i turnusstruktur.

I brev datert 27.04.2018 opplyser rådmannen følgende:

I mai 2017 ble det nedsatt en arbeidsgruppe for å jobbe med utfordringer i MTT, og imøtekomme anbefalinger i forvaltningsrapporten om ressursbruk og arbeidsmiljø i Miljøterapeutiske tjenester. Helse- og Sikkerhet har også vært deltakende i arbeidet med kartlegging av risiko og rutiner for risikovurdering av arbeid i private hjem (brukeres boliger). Per i dag har arbeidsgruppa ikke sluttført sitt arbeid, men har kommet til enighet om nødvendige grunnleggende tiltak i MTT, for å sikre forsvarlig drift. Mest sentralt i dette er enighet om omorganisering av dagens administrative ressurser i virksomheten, revidere kompetanseplanen, samt omlegging av arbeidsplaner/turnus for å få flere større stillinger i MTT. Omorganisering av de administrative ressursene innebærer blant annet å flytte noen faglige administrative funksjoner fra boligene og samle disse i én sentral faglig stilling.

I vedlegg til mail datert 27.04.2020 opplyser rådmannen følgende:

Det er gjennomført og igangsatt drøftinger med hovedtillitsvalgte rundt arbeidstid etter arbeidsmiljølovens § 10-3.

I vedlegg til mail datert 19.11.2020 opplyser rådmannen følgende:

(KU-sekretær har bedt om følgende):

«Det bes opplyst om tidsplan for utarbeidelse «... av rutiner som sikrer at tillitsvalgte i MTT blir involvert i utarbeidelse av arbeidsplaner, i samsvar med arbeidsmiljøloven § 10-3.»

(Administrasjonen svarer følgende):

Det er anskaffet ekstern kompetanse som har i oppdrag å lukke alle avvik i fylkesmannens tilsyn, og anbefalingene fra styringsgruppa er sentrale. Det rapporteres jevnlig til kommunestyret.

Oppfølgingsrapportens vurdering av iverksettelsen:

Administrasjonen opplyser at det er anskaffet ekstern kompetanse som har i oppdrag å lukke alle avvik i fylkesmannens tilsyn, og anbefalingene fra styringsgruppa er sentrale. Det rapporteres jevnlig til kommunestyret.

Det er ukjent for denne oppfølgingsrapport om lukking av avvik etter Fylkesmannens tilsyn samtidig vil medføre iverksettelse av kommunestyrets vedtak i sak 3/17 med hensyn til anbefaling nr. 6.

Anbefaling nr. 6 har en ukjent iverksettelse.

Anbefaling nr.7:

Sikrer at det blir etablert et gjennomgående avvikssystem i MTT som tydeliggjør hva som utgjør et avvik, hvordan avvik skal meldes, samt hvordan det blir arbeidet for å følge opp og lukke avvik.

I brev datert 21.12.2017 opplyser rådmannen følgende:

- Avvikssystemet Compilo ble innført i april i år, og det jobbes fortløpende med opplæring og implementering. Avvikssystemet er i drift og ivaretar hele organisasjonen etter gjeldende lover og regler.

I brev datert 27.04.2018 opplyser rådmannen følgende:

Se kommentar under pkt. 8.

I vedlegg til mail datert 27.04.2020 opplyser rådmannen følgende:

Alle avvik føres nå i avvikssystemet compilo og følges opp av virksomhetsleder. Alle ansatte har tilbud om en- til-en opplæring i bruk av compilo gjennom kommunens servicetorg. Det er vil også bli gjennomført felles kurs.

I vedlegg til mail datert 19.11.2020 opplyser rådmannen følgende:

(KU-sekretær har bedt om følgende):

«Det er relevant å få en mer konkret tilbakemelding på om avvikssystemet muliggjør tydeliggjøring av hva som utgjør et avvik, og i hvilken grad slik tydeliggjøring er foretatt og er tilgjengelige for brukerne av Compilo.»

(Administrasjonen svarer følgende):

Det er anskaffet ekstern kompetanse som har i oppdrag å lukke alle avvik i fylkesmannens tilsyn, og anbefalingene fra styringsgruppa er sentrale. Det rapporteres jevnlig til kommunestyret.

Oppfølgingsrapportens vurdering av iverksettelsen:

Administrasjonen opplyser at det er anskaffet ekstern kompetanse som har i oppdrag å lukke alle avvik i fylkesmannens tilsyn, og anbefalingene fra styringsgruppa er sentrale. Det rapporteres jevnlig til kommunestyret.

Det er ukjent for denne oppfølgingsrapport om lukking av avvik etter Fylkesmannens tilsyn samtidig vil medføre iverksettelse av kommunestyrets vedtak i sak 3/17 med hensyn til anbefaling nr. 7.

Anbefaling nr. 7 har en ukjent iverksettelse.

Anbefaling nr.8:

Etablerer system og rutiner for varsling om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen, i samsvar med arbeidsmiljøloven § 3-6.

I brev datert 21.12.2017 opplyser rådmannen følgende:

- Personalsjefen har utformet forslag til varslingsplakat og rutiner, som skal behandles i førstkommende AMU-møte i september. Videre skal rutinene og plakaten behandles i IDF, ledermøte og eventuelt politisk behandling. I praksis vil varsling gjøres i Compilo etter gjeldende lover og regler.

I brev datert 27.04.2018 opplyser rådmannen følgende:

Avvikssystemet «Compilo» har vært i drift siden april 2017. Det ivaretar avviks- og varslingshåndtering. Rutiner for bruk er etablert, og det har vært opplæring i alle avdelinger. Imidlertid vil det være nødvendig med et kontinuerlig fokus på avviksrapportering og varsling i noen tid fremover, inntil dette er en innarbeidet en tilfredsstillende praksis i alle avdelinger og virksomheter i kommunen.

I vedlegg til mail datert 27.04.2020 opplyser rådmannen følgende:

Varslingsrutine og varslingsplakat ble vedtatt i kommunestyret i november 2017. Compilo er klargjort for å motta varsling i tråd med arbeidsmiljølovens § 3-6.

Oppfølgingsrapportens vurdering av iverksettelsen:

Administrasjonen opplyser at varslingsrutine og varslingsplakat ble vedtatt i kommunestyret i november 2017, og videre at Compilo er klargjort for å motta varsling i tråd med arbeidsmiljølovens § 3-6. Det opplyses videre at rutiner for bruk er etablert, og at det har vært opplæring i alle avdelinger.

Anbefaling nr. 8 er iverksatt.

3 Oppsummering av administrasjonens iverksettelse

Basert på skriftlige tilbakemeldinger fra administrasjonen kan følgende status oppsummeres:

Iverksettelse av KST-vedtak 3/17:

FR-rapportens anbefaling nr. 1:

Vurderer å utarbeide:

- a) ***rutiner og retningslinjer for budsjettprosesser til bruk på både overordnet nivå og virksomhetsnivå.***

b) rutiner og retningslinjer for budsjettoppfølging og rapportering fra virksomhetene til sentraladministrasjonen i kommunen.

c) rutiner for å gjennomføre systematiske risikoanalyser knyttet til budsjettetterlevelse.

Det fremgår av forvaltningsrevisjonsrapporten at de anbefalte rutinene og retningslinjene bør skriftliggjøres, blant annet

- for å redusere sårbarhet ved at man da unngår å være avhengig av enkeltpersoner for å gjennomføre budsjettprosessen, og
- fordi skriftlige rutiner og retningslinjer for budsjettarbeid er en viktig forutsetning for å kunne utarbeide årlige budsjett på en forsvarlig måte.

Administrasjonen gir uttrykk for at det foreligger rutiner/retningslinjer for budsjettprosesser, budsjettoppfølging og rapportering fra virksomhetene til sentraladministrasjonen i kommunen samt rutiner for å gjennomføre systematiske risikoanalyser knyttet til budsjettetterlevelse. Administrasjonen opplyser imidlertid at rutinene/retningslinjene ikke er skriftliggjort.

Anbefaling nr. 1 er ikke iverksatt.

FR-rapportens anbefaling nr. 2:

Sikrer at pågående arbeid med gjennomgang og oppdatering av delegeringsreglement blir ferdigstilt, og at ansvar og myndighet blir formelt videredelegert fra rådmann til virksomhets-/avdelingsleder.

Arbeidet med et administrativt delegasjonsreglement - eller annen formell videredelegering av ansvar og myndighet fra rådmann til virksomhets-/avdelingsleder - er ikke påstartet. Administrasjonen opplyser imidlertid at arbeidet med å utarbeide lederavtaler og funksjonsbeskrivelser i organisasjonen nå skal i gang. Det fremgår ikke fra administrasjonens tilbakemelding om dette arbeidet eksempelvis vil medføre en tydelig delegering av oppgaver knyttet til budsjettarbeid til leder av MTT slik det nevnes i forvaltningsrevisjonsrapportens vurderinger som et grunnlag for anbefaling nr.2.

Anbefaling nr. 2 er ikke iverksatt.

FR-rapportens anbefaling nr. 3:

Sikrer at:

- a) Oppgaver for og plassering i organisasjonen av alle nye funksjoner blir tilstrekkelig avklart.***
- b) All relevant informasjon knyttet til nye funksjoner, herunder prosedyrer for boleder for fordeling/tildeling av ekstravakter, blir tydelig kommunisert til tillitsvalgte og medarbeidere.***

Administrasjonen opplyser at det er anskaffet eksternt kompetanse som har i oppdrag å lukke alle avvik i fylkesmannens tilsyn, og anbefalingene fra styringsgruppa er sentrale. Det rapporteres jevnlig til kommunestyret.

Det er ukjent for denne oppfølgingsrapport om lukking av avvik etter Fylkesmannens tilsyn samtidig vil medføre iverksettelse av kommunestyrets vedtak i sak 3/17 med hensyn til anbefaling nr. 3.

Anbefaling nr. 3 har en ukjent iverksettelse.

FR-rapportens anbefaling nr. 4:

Skaffer seg reell oversikt over sykefravær i MTT.

Administrasjonen opplyser at fravær føres elektroniske i Min vakt, og videre at integrasjonen med agresso nå fungerer tilfredsstillende.

Det fremstår som uklart i hvilken grad de elektroniske hjelpemidlene «Min vakt» og «Agresso» også gir mulighet til å kartlegge i hvilken grad årsaker til sykefravær er arbeidsrelaterte slik at relevante tiltak for å redusere fraværet kan identifiseres og iverksettes.

Anbefaling nr. 4 har en uklar iverksettelse.

FR-rapportens anbefaling nr. 5:

Legger til rette fora og arenaer for systematisk medvirkning fra ansatte i MTT i saker som angår eget arbeidsmiljø.

Administrasjonen opplyser at det er anskaffet ekstern kompetanse som har i oppdrag å lukke alle avvik i fylkesmannens tilsyn, og anbefalingene fra styringsgruppa er sentrale. Det rapporteres jevnlig til kommunestyret.

Det er ukjent for denne oppfølgingsrapport om lukking av avvik etter Fylkesmannens tilsyn samtidig vil medføre iverksettelse av kommunestyrets vedtak i sak 3/17 med hensyn til anbefaling nr. 5.

Anbefaling nr. 5 har en ukjent iverksettelse.

FR-rapportens anbefaling nr. 6:

Utarbeider rutiner som sikrer at tillitsvalgte i MTT blir involvert i utarbeidelse av arbeidsplaner, i samsvar med arbeidsmiljøloven § 10-3.

Administrasjonen opplyser at det er anskaffet ekstern kompetanse som har i oppdrag å lukke alle avvik i fylkesmannens tilsyn, og anbefalingene fra styringsgruppa er sentrale. Det rapporteres jevnlig til kommunestyret.

Det er ukjent for denne oppfølgingsrapport om lukking av avvik etter Fylkesmannens tilsyn samtidig vil medføre iverksettelse av kommunestyrets vedtak i sak 3/17 med hensyn til anbefaling nr. 6.

Anbefaling nr. 6 har en ukjent iverksettelse.

FR-rapportens anbefaling nr. 7:

Sikrer at det blir etablert et gjennomgående avvikssystem i MTT som tydeliggjør hva som utgjør et avvik, hvordan avvik skal meldes, samt hvordan det blir arbeidet for å følge opp og lukke avvik.

Administrasjonen opplyser at det er anskaffet ekstern kompetanse som har i oppdrag å lukke alle avvik i fylkesmannens tilsyn, og anbefalingene fra styringsgruppa er sentrale. Det rapporteres jevnlig til kommunestyret.

Det er ukjent for denne oppfølgingsrapport om lukking av avvik etter Fylkesmannens tilsyn samtidig vil medføre iverksettelse av kommunestyrets vedtak i sak 3/17 med hensyn til anbefaling nr. 7.

Anbefaling nr. 7 har en ukjent iverksettelse.

FR-rapportens anbefaling nr. 8:

Etablerer system og rutiner for varslingsrutine og varslingsplakat ble vedtatt i samsvar med arbeidsmiljøloven § 3-6.

Administrasjonen opplyser at varslingsrutine og varslingsplakat ble vedtatt i kommunestyret i november 2017, og videre at Compilo er klaggjort for å motta varslings i tråd med arbeidsmiljølovens § 3-6. Det opplyses videre at rutiner for bruk er etablert, og at det har vært opplæring i alle avdelinger.

Anbefaling nr. 8 er iverksatt.

SAKSFREMLEGG

KU-NESNA
Møte 25.02.2021

Sak 009/21 Oppfølging av KST-vedtak 26/18 (FR- internkontroll)

Dokumenter:

- «Tilsvar brev fra kontrollutvalget», mottatt 10.09.2019 fra rådmann
- «Vedr. KU-sak 004/20 den 13.02.2020», mottatt 28.04.2020 fra rådmann
- Dokumentet «Oppdatert status, KST sak 26/18» (vedlegg til mail fra rådmann datert 19.11.2020)
- Utdrag fra forvaltningsrevisjonsrapport innen «Internkontroll»:
 - sidene 3 og 4: «Sammendrag»,
 - sidene 30 og 31: «Konklusjon og anbefalinger»

Saksorientering:

Denne saken omhandler oppfølging av rådmannens iverksettelse av det vedtak som kommunestyret fattet da forvaltningsrevisjonsrapport «Internkontroll» ble sluttbehandlet i KST-sak 26/18.

Forvaltningsrevisjonsrapporten kan leses på hjemmesiden til KU-Nesna under nettstedet www.ihkus.no. Vedlagt følger utdrag fra forvaltningsrevisjonsrapportens side 3, 4 samt side 30, 31.

Forvaltningsrevisjonsrapporten «Internkontroll» ble behandlet av KU den 06.06.2018 i sak 016/18, og rapporten ble deretter oversendt til kommunestyret som behandlet den i møte 20.06.2018, sak 26/18. Kommunestyret fattet følgende vedtak:

Kommunestyret tar forvaltningsrevisjonsrapporten «Internkontroll» til orientering og ber rådmannen imøtekomme rapportens anbefalinger.

I arbeidet med oppfølging av forvaltningsrevisjon av internkontroll skal følgende områder først prioriteres: Organisasjonsmodell (antall forvaltningsnivåer), funksjonsbeskrivelser (først for ledere) og lederavtaler. Dette sees i sammenheng med organisasjonsutviklingsarbeidet som er en del av samfunnsdelen av kommuneplan.

KU har tidligere fulgt opp administrasjonens iverksettelse av KST-vedtak 26/18 i møte 19.09.2019 (KU-sak 025/19, jfr. vedlagte dokument «Tilsvar brev fra kontrollutvalget» mottatt 10.09.2019), i møte 13.02.2020 (KU-sak 004/20) der KU fikk en muntlig orientering samt i møte 14.05.2020 (KU-sak 016/18, jfr. vedlagte dokument «Vedr. KU-sak 004/20 den 13.02.2020», mottatt 28.04.2020). I sistnevnte møte ble følgende vedtatt:

Kontrollutvalget ber om ny skriftlig status fra rådmannen til møte den 10.09.2020 samt en muntlig orientering i møtet.

Vedlagt følger skriftlig tilbakemelding fra rådmannen mottatt pr. mail 19.11.2020. Rådmannen er invitert til å starte anmodet orientering kl. 10.00.

I og med at kommunens internkontroll er avgjørende i forhold til kommunens evne til å styre sin virksomhet, kan det være naturlig at KU følger dette arbeidet nokså tett. Det kan således være hensiktsmessig å be om en ny, oppdatert status i arbeidet med iverksettelsen av KST-vedtak 26/18 eksempelvis i KUs møte 06.05.2021.

Innstilling til vedtak:

(saken legges frem uten innstilling til vedtak)



Tilsvar brev fra kontrollutvalget, Anmodning om status i iverksettelsen av kommunestyrevedtak 26/18

Status så langt:

Arbeidet med Organisasjonsutviklingen er godt i gang. Vi har besluttet å jobbe etter prosjektmodellen. Det er opprettet en prosjektgruppe bestående av strategisk ledelse (4 stk) to fra virksomhetsledergruppa og to fra tillitsvalgts apparatet. Referansegruppa består av alle virksomhetsledere, alle hovedtillitsvalgte og strategisk ledelse. Styringsgruppa består av strategisk ledelse.

Prosjektgruppa jobber nå med organisasjonskartet. Målsettinga for dette arbeidet er å legge rammene for hvordan organisasjonen skal se ut i framtiden. Det ligger noen forutsetninger til grunn i arbeidet. Disse forutsetningene er bestemt, og er ikke gjenstand for diskusjon. Disse er:

- For å være leder skal du ha både fag-, personal- og økonomiansvar
- Ledere på øverste ledernivå skal ikke være virksomhetsleder eller ha lederansvar for enkeltansatte på laveste nivå

Arbeidsmetode: prosjektgruppa møtes hyppig og jobber med organisasjonskartet. Arbeidet tas inn i referansegruppa for forankring. Det jobbes hovedsakelig etter consensus- prinsippet, men det er styringsgruppa som tar den formelle avgjørelsen når forslag til nytt organisasjonskart skal legges fram.

Framdriftsplan:

Trinn 1: forslag til nytt organisasjonskart legges fram for kommunestyret i desember, eller i første møte i 2020.

Flaskehals: det finnes en politisk ledet arbeidsgruppe som jobber med lignende problemstilling innen MTT. For å få et komplett bilde av hele organisasjonen er rådmannen avhengig av å få overlevert rapport med tilhørende anbefalinger fra denne gruppa. Videre må det gjøres en selvstendig vurdering av hvordan evt anbefalinger fra denne gruppa kan følges opp, og hvordan det passer inn i helhetstenkinga som OU- prosjektet har gjort. Disse parallelle prosessene er ikke uproblematiske i et helhetsperspektiv.

Trinn 2: arbeidsprosessesser innen alle sektorer skal analyseres. Deretter skal ansvarsforhold tydeliggjøres. Dernest skal funksjonsbeskrivelser og stillingsbeskrivelser utformes. Som en naturlig utvikling i organisasjonsutviklingsarbeidet, og som et ledd i å etablere og sikre eierskap til nye rutiner i en ny organisasjon, vil lederavtaler utarbeides til slutt.

Trinn 3: organisasjonsutviklingsarbeidet evalueres. Årshjul og andre rutiner utarbeides.

Oppsummert:



Nesna Kommune

Det forventes at arbeidet på trinn 2 vil pågå hele 2020. Det vurderes som svært viktig å bruke tilstrekkelig med tid for å sikre tilstrekkelig forankring i hele organisasjonen.

Lill Stabell
Rådmann



Vedr. KU-sak 004/20 den 13.02.2020 (oppf. av KST-vedtak 26/18, FR- internkontroll):

Det anmodes om følgende – jfr. vedlagte protokoll fra KUs møte 13.02.2020:

1. Bebudet milepælsplan bes tilsendt.
2. Det bes om en skriftlig orientering fra rådmannen til møte om status i forhold til milepælsplanen.

Det er planlagt at hele 2020 skal brukes på denne prosessen. Det er fokus på ny arbeidsform. Det er opprettet lederteam med tre virksomhetsledere på hvert team, på tvers av sektorer. Her skal det alltid diskuteres lederspørsmål samt hva som forventes av fellestjenesten. Det skal avholdes møte minimum hver annen uke, og det skal skrives referat fra møtene. Ulike lederteam har fått i oppgave å utrede hva som skal til for å lykkes på ulike områder, med involvering og medbestemmelse som viktige stikkord. Det som har høyest prioritet er tjenestene som skal inn på det nye helsehuset, og vedtatt omorganisering av voksenopplæring. Fristen for dette var satt til 1. juni, med jevnlig rapportering og mellomevaluering medio mars. Flere milepæler vil framkomme i prosessen.

Etter at Corona inntok landet har disse prosessene stoppet opp, og tiden har blitt brukt til planlegging og håndtering av krisen på et mest mulig operativt nivå. Strategisk ledelse jobber nå med en plan for å få i gang igjen disse prosessene. Av flere grunner har rådmannen bestemt at det nå skal nedsettes arbeidsgrupper med ansatte, tillitsvalgte og annet nøkkelpersonell som skal jobbe med flere konkrete tema som skal drøftes videre i lederteam og virksomhetsledermøter som en del av den videre saksbehandlingen. Alt dette må selvsagt gjøres på en smittevernmessig tilfredsstillende måte.

3. Det bes om at den en skriftlig orienteringen om milepælsplanen suppleres med en muntlig orientering i møtet.

Lill Stabell

Rådmann



Oppdatert status, KST sak 26/18

Viser til anmodning til rådmannen av 16/06-2020 der det bes om skriftlig tilbakemelding til momentene som framgår av gule felter i oppfølgingsrapport vedr KST sak 26/18 «Forvaltningsrevisjon innen internkontroll»

Kontrollutvalget ber om ny skriftlig status fra rådmannen.

Det har blitt jobbet med organisasjonsutvikling mer eller mindre intensivt over lang tid. Vi hadde et avbrekk når pandemien var et faktum. Med unntak av de månedene der krisehåndtering hadde all fokus, så er dette arbeidet nå en pågående prosess.

Organisasjonsmodellen har nå utkrystallisert seg. Det skal fortsatt være to forvaltningsnivåer i Nesna kommune. Øverste forvaltningsnivå består av rådmannen, assisterende rådmann (som er virksomhetsleder for tekniske tjenester) og personalleder. På nederste forvaltningsnivå er det åtte virksomheter (skole, barnehage, familietjenesten, NAV, sykehjem, hjemmetjeneste, fellestjenesten og tekniske tjenester). Rådgiver-funksjonene fases ut, og virksomhetene styrkes ved saksbehandler innen helse og omsorg, og saksbehandleroppgaver og oppgaver knyttet til tilsynsansvaret for skole og barnehage kombineres med virksomhetslederansvar for familietjenesten. Dette har bred tilslutning både hos virksomhetsledere og hovedtillitsvalgte.

Rådmannen skal nå i gang med å utarbeide lederavtaler og funksjonsbeskrivelser i organisasjonen. Dette arbeidet startes sammen med virksomhetsledere for forankring. Det er startet et lederutviklingsprogram for virksomhetslederne, og tilbakemeldingene på dette er udelt positive. Som et ledd i dette har vi fokus på lederverktøy. Her har internkontroll-system blitt løftet fram som et viktig ledelsesverktøy, og det er et sterkt ønske om kursing og annen opplæring knyttet til virksomhetenes oppfølging av dette.

Første ledd i arbeidet er å formulere mål for virksomhetene som nedfelles i økonomiplandokumentet. Virksomhetslederne er forpliktet til å vurdere risiko for manglende måloppnåelse. Videre skal det rapporteres systematisk på dette i henhold til kommunelovens bestemmelser om internkontroll. Økonomirapporten er verktøyet som skal brukes til slik rapportering. Økonomirapporten kommer til å endre navn fra årsskiftet, og vil deretter hete systematisk rapportering. Rapporten kommer til å være todelt. Den ene delen er økonomirapport slik vi kjenner den i dag. Den andre delen er rapportering om internkontroll. Rapporten kan også utvides til å omfatte annen rapportering dersom rådmannen finner det nødvendig. Dette vil danne grunnlaget for rådmannens rapport til kommunestyret i henhold til kommunelovens § 25-2.

Rådmannen vurderer det slik at nå ligger det til rette for at virksomhetslederne selv utvikler sine internkontrollsystemer som et ledd i rådmannens internkontroll, og at det etterleves og dokumenteres på de områdene det mangler i dag.

Det understrekes også at internkontroll ligger i alt det vi gjør, hver eneste dag, og er en prosess som aldri blir ferdigstilt.



Nesna Kommune

Lill Stabell
Rådmann

Sammendrag

Deloitte har gjennomført en forvaltningsrevisjon av internkontroll i Nesna kommune. Prosjektet ble bestilt av kontrollutvalget i Nesna kommune i sak 30/17 21.9.2017.

Formålet med denne forvaltningsrevisjonen har vært å vurdere det pågående arbeidet i kommunen med å etablere internkontroll for å gjøre en vurdering av om arbeidet i tilstrekkelig grad sikrer at kommunen etablerer et system som er i henhold til regelverk og beste praksis på området. I oppdraget har vi benyttet dokumentanalyse og intervju som metoder for å innhente informasjon til rapportens datagrunnlag. Deloitte har intervjuet fem utvalgte personer fra kommunen som er involvert i arbeidet med internkontroll.

Revisjonen mener det er positivt at øverste administrative ledelse det siste året har arbeidet med å få på plass et elektronisk internkontrollsystem. Revisjonens inntrykk er imidlertid at arbeidet med internkontroll i kommunen for det meste har omhandlet teknisk innføringen av kvalitetssystemet Compilo, men at systemet i begrenset grad er tatt i bruk i praksis.

Internkontroll er mye mer enn etablering av et kvalitetssystem. Kommunen har per i dag ikke utarbeidet en tydelig målstruktur, ikke tatt i bruk lederavtaler, ikke tilstrekkelig oversikt over kompetanse- og opplæringsbehov og ikke implementert administrativt delegeringsreglement. Revisjonen mener dette innebærer at Nesna kommune per i dag ikke har etablert et tilfredsstillende kontrollmiljø. Revisjonen vil imidlertid fremheve at det er positivt at konstituert rådmann har satt i gang et arbeid med organisasjonsutvikling som skal sørge for at kommunen får rettet opp mangler knyttet til roller og ansvar.

Når det gjelder kartlegging og vurdering av risiko viser undersøkelsen at kommunen ikke jobber systematisk med å avdekke risikoer som ikke er knyttet til beredskaps- eller HMS-arbeidet. I det videre arbeidet må kommunen legge til grunn en forståelse av risiko som går utover beredskap og HMS. Det er videre viktig å etablere rutiner som omhandler risikokartlegging og -vurdering for å kartlegge fare for svikt og mangler både på aggregert nivå og på operasjonelt nivå i kommunen.

Revisjonen registrerer at den vedtatte lederavtalen konkretiserer hvordan kommunikasjonen mellom ledere og rådmann skal foregå, men per i dag er denne ikke tatt i bruk, og kommunikasjonen mellom rådmann og avdelingsledere har i perioder ikke vært tilstrekkelig strukturert. Det er positivt at kommunens øverste administrative ledelse har etablert en møtestruktur som legger opp til deling av erfaring mellom avdelingslederne og bedre samhandling mellom disse, men det kan med fordel etableres faste punkt på agendaen som sikrer at status i enhetene blir gjennomgått og eventuelle risikoområder blir rapportert. Undersøkelsen viser også at kommunen ikke har etablert tilstrekkelige arenaer for samhandling mellom ulike enheter i kommunen, og kommunen bør derfor ha en gjennomgang av hvordan dette kan sikres og iverksette nødvendige tiltak.

Revisjonen merker seg at kommunen har etablert systemer for å sikre at ansatte mottar nødvendig informasjon gjennom leselister i Compilo, men vil samtidig understreke at denne informasjonen må følges tilstrekkelig opp gjennom informasjon i personalmøter og gjennom opplæring. Det er videre positivt at kommunen har lagt til rette for at ledelsen kan sende ut nødvendig informasjon til alle ansatte via e-post. Kommunen bør samtidig sikre at personalmøter blir gjennomført jevnlig, at de har en struktur som sikrer at vesentlig informasjon blir gjennomgått og at ansatte blir involvert.

Det er revisjonens vurdering at Nesna kommune ikke har etablert tilstrekkelige rutiner for oppfølging av om internkontrollen fungerer som forutsatt. Ledelsens gjennomgang har vært avgrenset til å omhandle personvern og informasjonssikkerhet og kommunen har derfor ikke et system som gir et tilstrekkelig og overordnet bilde av status med hensyn til hvordan internkontrollen fungerer og hvilke behov det eventuelt er for justering av internkontrollen.

Når det gjelder avvik er det positivt at er det fra kommunens ledelse blir arbeidet for å rette oppmerksomhet mot det å melde avvik i organisasjonen. Det er viktig at dette blir gjort med jevne mellomrom for å sikre at avvik blir meldt. Videre er det viktig at kommunens ledelse følger opp at kommunens avviksrutiner blir fulgt i organisasjonen.

Samlet sett er det vår vurdering at internkontrollen i Nesna kommune per i dag fremstår som dels umoden og dels utstrukturert, men vi registrerer at det er iverksatt prosesser som kan bidra til økt modenhet i internkontrollen. Nærmere beskrivelser av vurderingen av modenhet i forhold til internkontroll, og våre forslag til tiltak, går frem av kapittel 8 i rapporten.

8. Konklusjon og anbefalinger

Revisjonen mener det er positivt at øverste administrative ledelse det siste året har arbeidet med å få på plass et elektronisk internkontrollsystem. Revisjonens inntrykk er imidlertid at arbeidet med internkontroll i kommunen for det meste har omhandlet teknisk innføring av kvalitetssystemet Compilo, men at systemet i begrenset grad er tatt i bruk i det praktiske internkontrollarbeidet. Internkontroll er imidlertid mye mer enn etablering av et kvalitetssystem og nedenfor går vi igjennom viktige elementer i internkontrollen som vi mener bør være på plass.

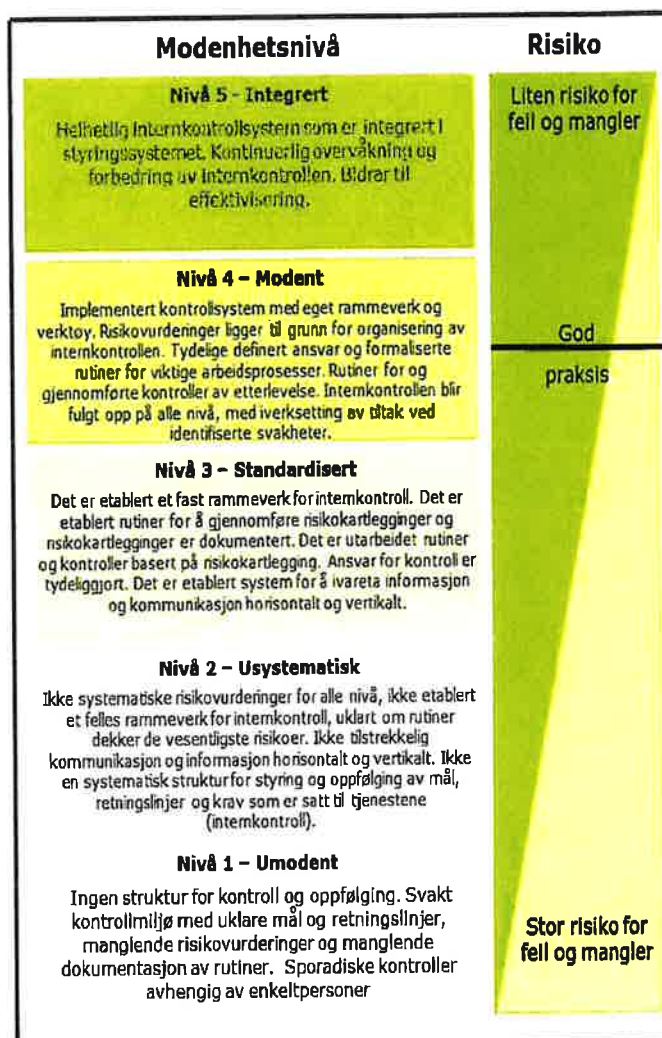
Deloitte mener at den overordnede internkontrollen i Nesna kommune på revisjonstidspunktet ikke er tilfredsstillende. Det er vesentlige mangler i internkontrollsystemet som medvirker til at det ikke er etablert en overordnet internkontroll i samsvar med COSO sine anbefalinger. Manglende overordnet internkontroll gjør at administrasjonen i Nesna kommune etter Deloitte vurdering ikke i tilstrekkelig grad er gjenstand for betryggende kontroll i samsvar med kommuneloven § 23 nr. 2. Denne vurderingen er basert på følgende identifiserte mangler i internkontrollen:

- Revisjonen mener at Nesna kommune per i dag ikke har etablert et tilfredsstillende *kontrollmiljø*. Dette er fordi kommunen per i dag ikke har utarbeidet en tydelig målstruktur, ikke har tatt i bruk lederavtaler, ikke har tilstrekkelig oversikt over kompetanse og opplæringsbehov, ikke har sikret at ansatte har fått opplæring i rutinene i Compilo og ikke har plassert ansvar i kommunens administrative delegeringsreglement.
- Det er ikke etablert et tilstrekkelig system for å gjennomføre *risikovurderinger* verken på overordnet aggregert nivå eller på operativt nivå i kommunen. Det arbeides heller ikke systematisk med å *kartlegge risikoer* som ikke er knyttet til beredskaps- eller HMS-arbeidet. Dette medfører at kommunen verken på overordnet eller operativt nivå har systematisk oversikt over risikoer og kan sette i verk risikoreducerende tiltak på en systematisk måte. Dette vil si at en ikke har trygghet for at kommunen sikrer at ressursene prioriteres til områder hvor sannsynligheten for og konsekvensen av svikt, feil og mangler er størst.
- Det er Deloitte vurdering at det ikke er etablert tilstrekkelig med *kontrollaktiviteter* i form av felles rutiner for viktige arbeidsprosesser. Deloitte mener det er viktig å sikre rutiner for alle vesentlige arbeidsprosesser og at prioritering av arbeidet med utarbeidelse av slike rutiner bør være basert på risikovurderinger. Det må sikres at alle avdelinger har systemer for kvalitetssikring og egenkontroll. Løpende egenkontroll kan resultere i viktig informasjon som bør rapporteres oppover i organisasjonen.
- Det er positivt at praksis med ledermøter er reetablert, men vedtatt lederavtale som bl.a. konkretiserer hvordan kommunikasjonen mellom ledere og rådmann skal foregå er ikke tatt i bruk. Det er heller ikke sikret at det blir gjennomført personalmøter jevnlig og at vesentlig informasjon blir gjennomgått og at ansatte blir involvert. Deloitte mener derfor at det ikke har vært tilfredsstillende *informasjon og kommunikasjon* mellom de ulike myndighetsnivåene, knyttet til internkontroll frem til i dag. Mangelen av et helhetlig rammeverk med felles føringer for internkontroll gjør at kommunikasjonen rundt internkontroll har vært for fragmentert.
- Når det gjelder *oppfølging av internkontrollen* mener revisjonen at Nesna kommune ikke har etablert eller satt i verk tilstrekkelige tiltak for å etablere rutiner for oppfølging av om internkontrollen fungerer som forutsatt. Ledelsens gjennomgang har vært avgrenset til å omhandle personvern og informasjonssikkerhet, og det er ikke etablert et system som gir et tilstrekkelig og overordnet bilde av status til med hensyn til hvordan internkontrollen fungerer og behov for eventuelle justeringer.

For å oppsummere status for internkontrollen i Nesna kommune kan dette illustreres ved bruk av en modenhetsskala. Basert på undersøkelsen mener Deloitte at den overordnede internkontrollen i kommunen på revisjonstidspunktet er på mellom nivå 1 og 2. Med dette mener vi at det er noen viktige komponenter for internkontrollen som er på plass, men det er ikke gjennomgående standardisert og implementert. Internkontrollen fremstår derfor som i hovedsak umoden, men til dels usystematisk.

Det er samtidig Deloitte's vurdering at det er positivt at kommunen har fått på plass et elektronisk kvalitetssystem. Kommunen har satt i gang viktige prosesser, med utvikling av et eget administrativt delegeringsreglement og etablering av lederavtaler, men disse prosessene er ikke fullførte. Det er videre positivt at ledermøtene er reetablert og at det er igangsatt et arbeid med organisasjonsutvikling for å tydeliggjøre roller og ansvar.

Årsaken til at modenheten ikke klassifisert som nivå 3 er at det p.t. ikke er etablert et standardisert rammeverk for internkontroll med felles føringer for alle tjenestene. Utvikling av et felles overordnet rammeverk og implementering av dette i tjenestene vil etter Deloitte's vurdering være viktig for å utvikle internkontrollen ytterligere.



På bakgrunn av revisjonens vurderinger vil Deloitte anbefale Nesna kommune å gjennomføre følgende tiltak:

- 1) Fordele ansvar og myndighet i organisasjonen på en tydelig måte, blant annet gjennom implementering av administrativt delegeringsreglement og lederavtaler
- 2) Etablere en tydelig målstruktur i organisasjonen
- 3) Etablere system og rutiner for gjennomføring av risikokartlegginger og -vurderinger både på aggregert nivå og på operasjonelt nivå i kommunen
- 4) Sikre at det, basert på risikovurderinger, blir etablert rutiner for vesentlige arbeidsprosesser
- 5) Etablere system for å holde oversikt over kompetanse- og opplæringsbehov i organisasjonen
- 6) Etablere rutiner for ledelsens gjennomgang for å sikre overordnet oversikt over hvordan internkontrollen i kommunen fungerer
- 7) Sikre at alle avdelinger i kommunen tar i bruk kvalitetssystemet Compilo

SAKSFREMLEGG

KU-NESNA
Møte 25.02.2021

Sak 010/21 Oppfølging av KST-vedtak 49/19 (vedr. FR-saksforberedelse og vedtaksoppfølging)

Dokumenter:

- Brev datert 06.10.2020 fra KU-sekr. til rådmann («Anmodning om status i iverksettelsen av kommunestyrets vedtak i sak 49/19»)
- Dokumentet «Oppdatert status, KST sak 49/19» (vedlegg til mail fra rådmann datert 19.11.2020)

Saksorientering:

Denne saken omhandler oppfølging av rådmannens iverksettelse av det vedtak som kommunestyret fattet da forvaltningsrevisjonsrapport «Saksforberedelse og vedtaksoppfølging» ble sluttbehandlet i KST-sak 49/19. Forvaltningsrevisjonsrapporten kan leses nederst på hjemmesiden til KU-Nesna under nettstedet www.ihkus.no.

KU har ikke tidligere fulgt opp administrasjonens iverksettelse og oppfølgingsarbeidet startet med vedlagte brev datert 06.10.2020 til rådmannen.

Vedlagt følger også rådmannens svar til anmodning om status i iverksettelsen.

Det kan være hensiktsmessig at det til neste møte innhentes oppdatert status dersom det er behov for supplerende informasjon fra rådmannen. Videre kan det være hensiktsmessig at KU-sekretær utarbeider utkast til oppfølgingsrapport blant annet for å få avstemt rådmannens tilbakemeldinger med forvaltningsrevisjonsrapportens anbefalinger og intensjonene bak anbefalingene.

Innstilling til vedtak:

Kontrollutvalget tar rådmannens status pr. 19.11.2020 til orientering, og ber KU-sekretær til møtet den 06.05.2021 utarbeide utkast til oppfølgingsrapport samt innhente supplerende informasjon fra rådmannen ved behov.

Til:

Nesna kommune
v/rådmann

postmottak@nesna.kommune.no

lill.stabell@nesna.kommune.no

Deres ref.:

Vår ref.:

Korgen, den:
06.10.2020

Anmodning om status i iverksettelsen av kommunestyrets vedtak i sak 49/19 (forvaltningsrevisjonsrapporten «Saksforberedelse og vedtaksoppfølging»)

Kontrollutvalget fikk i 2019 gjennomført en forvaltningsrevisjon innen temaet «Saksforberedelse og vedtaksoppfølging». Rapport fra forvaltningsrevisjonen ble behandlet av kommunestyret den 20.11.2019 i sak 49/19. Kommunestyret fattet da følgende vedtak:

Kommunestyret tar forvaltningsrevisjonsrapporten «Saksforberedelse og vedtaksoppfølging» til orientering og ber rådmannen imøtekomme rapportens anbefalinger.

Rapporten anbefalte kommunen å iverksette følgende tiltak:

1. Vurderer å utarbeide skriftlige rutiner som tydeliggjør:
 - a) hvilke momenter, forhold og vurderinger som skal inngå i saksfremlegg fra administrasjonen til politisk nivå, og
 - b) gjeldende praksis for kvalitetssikring av saksfremlegg.
2. Vurderer å gjennomføre opplæring blant relevante ansatte og ledere knyttet til utarbeidelse av saksfremlegg i politiske saker.
3. Vurderer å ytterligere etablere system og rutiner for å sikre at saksutredninger blir ferdigstilt så raskt som mulig og innen eventuelle frister som er satt.
4. Sikrer at alle relevante vedtak fattet i kommunestyret før desember 2018 er registrert og fulgt opp.
5. Etter noe tid evaluerer den praksisen som er etablert for rapportering på vedtaksoppfølging, og setter inn eventuelle nødvendige tiltak for å sikre at rapporteringen gir politikerne nok informasjon til å kunne foreta justeringer/korrigeringer ved behov.

Kontrollutvalget skal i henhold til forskrift om kommunelov § 5 påse at kommunestyrets vedtak om forvaltningsrevisjoner blir fulgt opp.

På denne bakgrunn bes om en skriftlig tilbakemelding på status i arbeidet med å imøtekomme rapportens anbefalinger.

Skriftlig status bes oversendt til undertegnede pr. mail innen 06.11.2020.

Ta gjerne kontakt dersom det praktiske spørsmål eller lignende til denne anmodning.

Med vennlig hilsen

sign.

Knut Soleglad
kontrollutvalgssekretær



Oppdatert status, KST sak 49/19

Viser til anmodning til rådmannen av 06/10-2020 der det bes om skriftlig tilbakemelding til momentene som framgår av gule felter i oppfølgingsrapport vedr KST sak 49/19 «Saksforberedelse og vedtaksoppfølging»

Kontrollutvalget ber om ny skriftlig status fra rådmannen.

«Rapporten anbefalte kommunen å iverksette følgende tiltak:

1. *Vurderer å utarbeide skriftlige rutiner som tydeliggjør:*
 - a) *Hvilke momenter, forhold og vurderinger som skal inngå i saksframlegg fra administrasjonen til politisk nivå, og*
 - b) *Gjeldende praksis for kvalitetssikring av saksframlegg.*
2. *Vurderer å gjennomføre opplæring blant relevante ansatte og ledere knyttet til utarbeidelse av saksframlegg til politiske saker.*
3. *Vurderer å ytterligere etableres system og rutiner for å sikre at saksutredninger blir ferdigstilt så raskt som mulig og innen eventuelle frister som er satt.*
4. *Sikrer at alle relevante vedtak fattet i kommunestyret før desember 2018 er registrert og fulgt opp.*
5. *Etter noe tid evaluerer den praksisen som er etablert for rapportering på vedtaksoppfølging, og setter inn eventuelle nødvendige tiltak for å sikre at rapporteringen gir politikerne nok informasjon til å kunne foreta justeringer/korrigeringer ved behov.»*

1a) Det er utarbeidet skriftlige rutiner som tydeliggjør hva som skal inngå i saksframlegget, hvordan saken skal bygges opp, og hvor drøftinger skal gjøres. Malen er justeres fortløpende når rådmannen vurderer det som nødvendig. Se vedlegg 1

1b) Gjeldende praksis for kvalitetssikring håndheves i hver enkelt sak og foregår slik: Saksbehandler sender saken til rådmannen for godkjenning i saksbehandlingssystemet (ESA). Rådmannen gjennomgår saken og enten godkjenner saken og sender den videre til produksjon, eller rådmannen godkjenner ikke saken, og saken sendes tilbake til saksbehandler. Dersom saken ikke godkjennes, går rådmannen gjennom saken sammen med saksbehandler, og nødvendige justeringer gjøres i fellesskap. Målet for denne dialogen er læring og kompetanseheving.

2. Det gjennomføres opplæring ved behov. Opplæringen er tilpasset hver enkelt saksbehandlers behov, og skjer kontinuerlig. Noen saksbehandlere trenger lite eller ingen oppfølging, og andre trenger hjelp og støtte i hver enkelt sak som produseres. Dette vurderes som akseptabelt.

3. Dette vurderes kontinuerlig. Hittil har ikke rådmannen valgt å iverksette konkrete tiltak for dette.

4. Det er laget en oversikt over alle vedtak fattet i kommunestyret tilbake til 2015. Det utarbeides nå en strategi for å systematisk gjennomgå disse vedtakene. Vedtakene skal kategoriseres til gjennomførte, ikke ferdige og ikke relevante vedtak. Arbeidet skal bunne ut i en sak til



Nesna Kommune

kommunestyret. Dersom kommunestyret må oppheve eller justere, eller ta stilling til hvorvidt temaet er relevant eller ikke, vil det være anledning til det i denne saken.

5. Praksisen evalueres jevnlig, og er en prosess som vil være nødvendig å ha kontinuerlig, både administrativt og politisk.

Lill Stabell
Rådmann



Nesna Kommune

Vedlegg 1

Referanser i saken

Her skal det listes opp gjeldene regelverk, lovverk, veiledere m.m. som er relevant for denne saken.

Trenger ikke være vedlagt

Linker til nettsider fungerer bra

Bakgrunn

Her siteres vedtaket som er hjemmel, eller annen begrunnelse for, hvorfor saken fremmes.

Sitat skal være innskutt tekst, i "hermetegn", kursiv og i blokk format.

Dersom det er utdrag fra et større vedtak må det markeres med ... der det begynner og slutter

Eks:

Kommunestyret fattet den 04/10-16 følgende vedtak:

- "1. Kommunestyret tar saken til orientering.*
- 2. Kommunestyret vedtar å bygge noe nytt ett eller annet sted i kommunen. Plasseringen skal være slik som situasjonskartet vedlagt saken viser.*
- 3. Kommunestyret ber rådmannen utrede nærmere ett eller annet. Saken presenteres i første kommunestyremøte etter jul neste år, senest innen påske i år."*

Saksutredning

I all hovedsak oppstilling eller beskrivelse av fakta i saken.

Ingen vurderinger skal gjøres her.

Underoverskrifter fungerer bra, unngå fet skrift som underoverskrift. De obligatoriske overskriftene må komme tydelig fram.

Vurdering

Her vurderes fakta.

Drøfting av mulighetene som finnes i saken, fordeler og ulemper

Drøftingen skal lede fram til hvorfor rådmannen innstilles slik

Rådmannens forslag til vedtak

Forslag til vedtak

Vedlegg

SAKSFREMLEGG

KU-NESNA
Møte 25.02.2021

Sak 011/21 Vedr. henvendelse fra John Brattli (vedr. KST-vedtak 64/17)

Dokumenter:

- Dokumentet «Oppdatert status, KST sak 64/17» (vedlegg til mail fra rådmann datert 19.11.2020)

Saksorientering:

KU behandlet en henvendelse fra John Brattli under «Eventuelt» i møte den 14.05.2020. Henvendelsen omhandlet iverksettelsen av følgende del av vedtak i kommunestyresak 64/17:

Rådmannen/administrasjonen bes iverksette følgende tiltak:

- Tverrfaglig rehabiliteringsteam bestående av fysioterapeut, ergoterapeut og hjemmesykepleier for kartlegging og tidlig opptrening av aktuelle brukere i eget hjem.
- Søke tilskudd via Kompetanseløfte for nødvendig kompetanse- og fagutvikling.
- Søke tilskudd for tjenesteutvikling med mål å styrke feltet habilitering og rehabilitering.

På ovennevnte bakgrunn vedtok KU følgende:

Kontrollutvalget ber rådmannen om skriftlig tilbakemelding på hva som er gjennomført og hva som gjenstår å gjennomføre i angjeldende del av kommunestyrevedtak 64/17. Dersom det gjenstår tiltak å gjennomføre, bes om begrunnelse for dette.

Svar bes oversendt til KU-sekretær innen 01.09.2020.

Svar fra rådmannen forelå 19.11.2020, jfr. vedlagte dokument.

Innstilling til vedtak:

(saken legges frem uten innstilling til vedtak)



Oppdatert status, KST sak 64/17

Viser til anmodning til rådmannen av 16/06-2020 med referanse til følgende del av vedtak i kommunestyresak 64/17:

Rådmannen/administrasjonen bes iverksette følgende tiltak:

- Tverrfaglig rehabiliteringsteam bestående av fysioterapeut, ergoterapeut og hjemmesykepleier for kartlegging og tidlig opptrening av aktuelle brukere i eget hjem.
- Søke tilskudd via Kompetanseløfte for nødvendig kompetanse- og fagutvikling.
- Søke tilskudd for tjenesteutvikling med mål å styrke feltet habilitering og rehabilitering.

Kontrollutvalget ber om ny skriftlig status fra rådmannen.

Siden dette vedtaket ble fattet i kommunestyret i 2017 har det vært turnover på alle ledere på alle nivå innen helse og omsorgssektoren, samt rådmannen selv. Fokus nå er å produsere tjenester av best mulig kvalitet innenfor begrensede og sterkt minkende økonomiske rammebetingelser i Nesna kommune.

Oppfølging av disse konkrete vedtakene gjøres i forbindelse med sak 49/18 «saksforberedelse og vedtaksoppfølging»

Lill Stabell
rådmann

SAKSFREMLEGG

KU-NESNA
Møte 25.02.2021

Sak 012/21 Vedr. henvendelse fra Truls Dahl

Dokumenter:

- Brev datert 15.12.2020 fra KU v/sekretær til Truls Dahl, «Vedrørende henvendelser til kontrollutvalget i Nesna kommune»
- Brev datert 15.12.2020 fra KU-sekretær til rådmann, «Anmodning til rådmannen vedrørende KU-sak 037/20» (vedr. henvendelse fra Truls Dahl)
- Dokumentet «Redegjørelse for kontrollutvalget om saker tilknyttet Truls Dahl 12.02.2021» fra rådmannen (vedlegg til mail fra rådmann datert 19.11.2020)

Saksorientering:

KU behandlet henvendelse fra Truls Dahl i forrige møte den 19.11.2020 (KU-sak 037/20) der følgende vedtak ble fattet:

1. Kontrollutvalget vedtar å lukke møtet i henhold til kommunelov § 11-5.
2. Kontrollutvalget ber sekretær lage brevutkast til Dahl og til rådmann. Utkastene sendes pr. mail til kontrollutvalgets medlemmer for kommentarer og endelig godkjenning før brevene sendes til mottaker.

Vedlagt følger KUs godkjente brev til Dahl og til rådmannen.

Vedlagt følger også rådmannens svar på KUs anmodning.

Innstilling til vedtak:

(saken legges frem uten innstilling til vedtak)

Til:

Truls Dahl

emailadresse

truls.dahl@outlook.com

Deres ref.:

Vår ref.:

Korgen, den:

15.12.2020

Vedrørende henvendelser til kontrollutvalget i Nesna kommune

Det vises til dine henvendelser til kontrollutvalget.

Kontrollutvalget forstår det slik at din sak i forhold til kommunen har funnet sin løsning, og at du i kjølvannet av dette ber kontrollutvalget om følgende:

1. «Jeg ber om at kommunens håndtering av min habilitetsinnsigelse behandles av kontrollutvalget» (jfr. ditt brev datert 24.09.2020 til Nesna kommune v/kontrollutvalget).
2. «Jeg vil med dette også varsle at jeg ønsker at kontrollutvalget gjør en total gjennomgang av hele saken» (jfr. din mail datert 07.10.2020 til KU-sekretær).

Vedr. anmodning 1 om å behandle din habilitetsinnsigelse:

Det vises her til følgende spørsmål fra KU-sekretær til deg vedrørende anmodningen om å behandle kommunens håndtering av din habilitetsinnsigelse (jfr. email datert 25.09.2020 fra KU-sekretær til Truls Dahl):

Forventer du tilbakemelding fra Sivilombudsmannen på de spørsmål, eller deler av de spørsmål du ber kontrollutvalget se nærmere på?

Spørsmålet står ubesvart.

Vedr. anmodning 2 om en total gjennomgang av hele saken:

Kontrollutvalget ser av din henvendelse at saken er omfattende, bl.a. ses at

- saken strekker seg over mange år (jfr. ditt brev datert 24.09.2020 til kontrollutvalget der det opplyses under «spørsmål» og «fasit» at byggemelding ble levert 7.juni 2010),
- at det til saken kan stilles en rekke spørsmål/problemstillinger (jfr. ditt brev datert 24.09.2020 til kontrollutvalget med 90 spørsmål som opplyses å være relevante for kontrollutvalget),
- det til saken foreligger en stor mengde dokumenter.

Kontrollutvalgets ivaretagelse av sitt ansvar skal lede til forbedringer i den kommunale forvaltningen.

For å kunne bidra på best mulig måte til forbedringer – innenfor en forsvarlig ressursbruk – er kontrollutvalgets arbeid bl.a. rettet inn mot å gjennomføre systematiske vurderinger med basis i et bredt utvalg av saker som kan gi støtte til konklusjoner om eventuelle systematisk feil/svakheter i den kommunale forvaltningen.

I helt spesielle tilfeller kan kontrollutvalget finne det hensiktsmessig å gjennomføre kontroll/granskning av et enkelt forhold eller en enkelt sak. Kontrollutvalget vurderer det foreløpig som uhensiktsmessig og uforsvarlig å bruke store ressurser på en kontroll/gjennomgang av angjeldende sak.

Kontrollutvalget vil i første omgang be rådmannen om å gi en evaluering av saken i førstkommende møte den 25.02.2021. Bakgrunnen for henvendelsen er eventuelle forbedringer i den kommunale forvaltningen.

INDRE HELGELAND KONTROLLUTVALGSSEKRETARIAT
... et interkommunalt samarbeid mellom ...
Grane – Hattfjelldal – Hemnes – Lurøy - Nesna – Rana - Vefsn

Kontrollutvalget vil med dette få takke for dine henvendelser og vil ta kontakt dersom det skulle være behov for ytterligere opplysninger utover det som fremgår vedr. anmodning 1 ovenfor. Kontrollutvalget behandlet ovennevnte to anmodninger i KU-sak 037/20 den 19.11.2020 og vedtok å sende dette brev.

Med vennlig hilsen

sign.
Knut Soleglad
kontrollutvalgssekretær

Til:

Nesna kommune

v/rådmann

postmottak@nesna.kommune.no

lill.stabell@nesna.kommune.no

Deres ref.:

Vår ref.:

Korgen, den:
15.12.2020

Anmodning til rådmannen vedrørende KU-sak 037/20 (vedr. henvendelse fra Truls Dahl)

Kontrollutvalget behandlet henvendelse fra Truls Dahl i sak 037/20 den 19.11.2020.

Fra henvendelsen fremgår at Truls Dahl ber kontrollutvalget om følgende:

- «Jeg ber om at kommunens håndtering av min habilitetsinnsigelse behandles av kontrollutvalget»
- «Jeg vil med dette også varsle at jeg ønsker at kontrollutvalget gjør en total gjennomgang av hele saken».

Kontrollutvalget ber rådmannen gi en evaluering av saken, herunder bes også orientert om

- saken har gitt læring som grunnlag til forbedringstiltak,
- eventuelle planlagte og/eller gjennomførte tiltak med bakgrunn i saken.

Rådmannen bes gi en kortfattet skriftlig orientering til førstkommende møte den 25.02.2021. Skriftlig orientering bes være mottatt av KU-sekretær senest 12.02.2021. Den skriftlige orienteringen bes bli supplert med en muntlig orientering i møtet.

Kontrollutvalget vedtok å sende dette brev til rådmannen.

Med vennlig hilsen

sign.

Knut Soleglad

kontrollutvalgssekretær

Redegjørelse for kontrollutvalget om saker tilknyttet Truls Dahl 12.02.2021

Innledning

Kontrollutvalget behandlet henvendelse fra Truls Dahl i sak 037/20 den 19.11.2020. Fra henvendelsen fremgår at Truls Dahl ber kontrollutvalget om følgende:

- «Jeg ber om at kommunens håndtering av min habilitetsinnsigelse behandles av kontrollutvalget»
- «Jeg vil med dette også varsle at jeg ønsker at kontrollutvalget gjør en total gjennomgang av hele saken».

Kontrollutvalget har bedt rådmannen gi en evaluering av saken, herunder orientere om

- saken har gitt læring som grunnlag til forbedringstiltak,
- eventuelle planlagte og/eller gjennomførte tiltak med bakgrunn i saken.

Under følger en kortfattet skriftlig gjennomgang av saken om oppføring av støttemur/gapahuk på eiendommen til Truls Dahl.

Historikk

Første byggemelding om gapahuk og støttemur (2010-2013)

Støttemur på eiendom gnr 57/261 Refsnesvegen 42 ble opprinnelig byggemeldt sammen med gapahuk i 07.06.2010. Dette ble da fremmet som en byggemelding etter gammel plan- og bygningslov 1985.

I den første byggemeldingen var støttemuren kun dokumentert gjennom en ikke-målsatt eller benevnt påtegning på situasjonskartet i byggemeldingen. Støttemuren var ikke beskrevet i følgebrev eller søknadsskjema.

Denne byggemeldingen gikk gjennom en lengre prosess, hvor tiltaket først ble avslått i vedtak av 27.09.2010. I avslaget er ikke støttemuren omtalt, kun gapahuk. Avslaget henviste til at tidligere støttemur mv. ikke var omsøkt, samt at tiltaket kunne komme i konflikt med en kommunal avløpsledning.

Avslaget ble påklaget. I klagen fra tiltakshaver omtales støttemuren som en del av byggemeldingen.

Saken ble fremmet til forberedende klagebehandling i formannskapet i møter henholdsvis 10.05.2011, 08.06.2011 og 20.06.2011. Saksfremlegg og møteprotokoller ligger i vedlegg 4 til 6.

Nesna Kommune opprettholdt avslaget i forberedende klagebehandling. I denne forberedende behandlingen av klagen ble ikke støttemuren kommentert eller vurdert av kommunen som en del av byggemelding. Etter forberedende klagebehandling ble saken liggende hos Nesna kommune, og først oversendt til Fylkesmannen i Norland 30.10.2013. (Vedlegg 8)

Fylkesmannen opphevet kommunens avslag. Fylkesmannen viste til at byggemeldingen skulle vært behandlet etter plan- og bygningsloven av 1985. (Vedlegg 9)

Saken ble tatt til ny behandling av administrasjonen.

I etterfølgende korrespondanse mellom søker og kommunen fremgår det etter hvert en enighet om at gapahuken plasseres på et annet sted på eiendommen, og tiltakshaver sendte inn kartutsnitt og tegninger av ny plassering. Korrespondansen viser også at kommunen samtykket at støttemurens høyde ble økt til 140 cm (fra opprinnelig 80 cm) og at denne skulle plasseres på et annet sted på eiendommen. Bakgrunnen for flytting av støttemuren er kommunens anførsel om at opprinnelige planlagt plassering var i strid med arealformålet LNF som i henhold til gjeldende kommuneplan omfattet deler av eiendommen.

Kommunen godkjente gapahuk og støttemur, om enn i en annen form og plassering enn det som opprinnelige fremgikk av byggemeldingen i 2010, i brev av 19.04.2013. Kommunen godkjente tiltaket som ikke-søknadspliktig etter plan- og bygningsloven av 2010.

I brev av 03.05.2013 gikk kommunen bort fra sin tidligere oppfatning om forholdet mellom formåls grensen for området satt vil LNFR og eiendomsgrensen

2016-2020 Andre byggesøknad om videreføring av støttemur

I 2016 fremmet tiltakshaver en søknad om flere tiltak på eiendommen. Av søknaden fremgår det at han også ønsket godkjenning for støttemur med den opprinnelige plasseringen som ble vist i byggemelding i 2010.

Kommune etterlyste i brev av situasjonskart og snittegninger av støttemuren, og krevde samtidig søknad om ferdigattest for det byggemeldte tiltaket.

29.03.2016 oversendte tiltakshaver ytterligere dokumentasjon og redegjørelse rundt støttemuren til kommunen, herunder også situasjonskart og snittegninger. Dette ble sendt til tidligere virksomhetsleder og tidligere kommunedirektør, sammen med brev med anførsler om at saksbehandler i kommunen var inhabil.

Denne forsendelse ble ved en inkurie ikke journalført på riktig saksbehandler. Spørsmålet om inhabilitet ble besvart av kommunen med bistand fra KS Advokatene, men dokumentasjon tilknyttet selve byggesaken ble ikke behandlet.

I perioden etter 2016 frem til 2020 består korrespondanse i saken i alle hovedsak av henvendelser fra tiltakshaver om manglende habilitet hos saksbehandler, klage på manglende saksbehandling og klage på manglende journalføring i offentlig postliste.

Tiltakshaver har gjentatte ganger etterlyst manglende behandling av sin søknad om forlengelse av støttemur. En gjennomgang av brev fra tiltakshaver fra perioden 2017 til 2020, viste at tiltakshaver refererte til forsendelser som ikke var å gjenfinne i kommunens arkivsystem. Tiltakshaver ble i september 2020 oppfordret til å sende inn de opprinnelige epostene som gikk til tidligere virksomhetsleder og tidligere rådmann. Dette er nå gjort og bekrefter manglende journalføring/saksbehandling av disse forsendelsene. Byggetillatelse for den resterende del av støttemuren er gitt 10.10.2020.

Oppsummering

Årsaken til oversittet saksbehandlingsfrist og manglende saksbehandling av byggesøknad fra Truls Dahl skyldes manglende eller feilaktig journalføring. Søknaden som ble liggende ubehandlet var ikke fremført i ordinære søknadsskjemaer; dette er heller ikke et krav i byggesøknader. Man står fritt til å fremme søknad i den form man ønsker, så fremt søknaden inneholder tilstrekkelig informasjon til at den kan tas til behandling. For en person som ikke har befatning med byggesøknader, ville det ikke

fremstå som åpenbart at det faktisk forelå en byggesøknad, og dette er etter rådmannens oppfatning sannsynligvis årsaken til at søknaden ikke ble videreformidlet til en byggesaksbehandler.

Hva gjelder habilitetsinnsigelser som ble fremført, ble disse gjennomgått av KS Advokatene. Denne konkluderte med at det ikke forelå grunnlag for å si at saksbehandler var inhabil.

Læringsmomenter

Saken understreker viktigheten av riktig journalføring og arkivering av kommunens post. Det er viktig at offisielle henvendelser til kommunen rettes til kommunens postmottak og ikke til vilkårlige ansatte i kommunen, da det er postmottaket/arkivet som har ansvaret for at journalføring. Rådmannen har til hensikt å gjennomgå rutinene på dette.

Hva gjelder anførsler om habilitet hos saksbehandler, så er det rådmannens oppfatning at dette ble håndtert på en korrekt måte med ekstern faglig støtte. Habilitetsinnsigelsen omhandlet i hovedsak anførsler at saksbehandler personlig var ansvarlig for trenering av behandlingen av byggesaken, men av det som fremgår av de journalførte dokumentene i saken er det ingen indikasjoner på at denne saksbehandleren faktisk mottok den aktuelle søknaden, ettersom den ble sendt til en annen person i administrasjonen.

SAKSFREMLEGG

KU-NESNA
Møte 25.02.2021

Sak 013/21 Nye henvendelser til KU

Dokumenter:

- Brev datert 26.11.2020 fra fra Anne Sofie Moe til kontrollutvalget i Nesna, «Spørsmål om sakspapirer som blir sendt ut for sent.»
- Brev datert 29.01.2021 fra Alme J. Halland til Nesna kommune v/kontrollutvalgets leder, «Klagesak» (**Dokumentet unntas offentlighet i henhold til Off.lova § 13 1.ledd, jfr. Forv.lov § 13 1.ledd pkt. 1. Dokumentet sendes pr. post til KUs faste medlemmer**).

Saksorientering:

Vedlagt følger to henvendelser som er direkte stilt til kontrollutvalget.

KU bes drøfte videre håndtering av henvendelsene.

KU-sekretær kan veilede i drøftingene, blant annet vedr. kommunelovens bestemmelser om KUs ansvar og oppgaver.

Innstilling til vedtak:

(saken legges frem uten innstilling til vedtak)

Anne Sofie Moe
Fjellvegen 22
8700 Nesna

Nesna den 26.11.20

Til Nesna kontrollutvalg
v. Thorvald Zahl

Spørsmål om sakspapirer som blir sendt ut for sent.

Nesna kommune følger ikke sitt eget reglement som ble vedtatt den 21.11.19..sak 50//19..

I reglementet for saksbehandling 4.4. står det; "Innkalling og saksliste, saksdokumenter sendes ut per e post SENEST en uke før møtet."
På Nesna erfarer vi at saksliste kommer senere og vedlegg utleveres i møtet. Sakspapirene er det ofte på 200 - 300 sider.

I tillegg kommer det ofte tilleggssaker 1 til 2 dager før møtene.

En slik gjennomføring gir ikke medlemmene i kommunestyret og formannskapet nok tid til å sette seg inn sakene og forberede seg forsvarlig. Det blir også lange møter og lite tid til spørsmål og debatt i møtene. Dette er en fare for demokratiet. Vi er folkevalgt, men skal ha tilstrekkelig tid til å rådføre oss med medlemmene i partiet vi representerer.

Tidsfristen er av den grunn satt til **minimum** 7 dager for at medlemmene skal ha tid nok til forberedelse.

Mvh

Anne Sofie Moe
Kommunestyrerepresentant
for Borgerlig fellesliste