

Engerdal kontrollutvalg 2019 - 2023

Dato: 06.03.2023 10:00

Sted: Tørrgadden, kommunehuset

Notat:

Eventuelle forfall meldes sekretæren på mobil evt.

på e-post .

Varamedlemmer skal ikke møte uten særskilt innkalling.

<Sted> 27.02.2023

For leder i Engerdal kontrollutvalg 2019 - 2023, Thor Haugen

Saksliste

Møteinnkalling

Møteinnkalling Engerdal kontrollutvalg 2019 - 2023 06.03.2023	3
---	---

Saker til behandling

1/23 Sak En-1/23 Godkjenning av innkalling/saksliste	5
2/23 Sak En-2/23 Godkjenning av protokoll 21.11.22	6
3/23 Sak En-3/23 Forvaltningsrevisjon - Styring, drift og kompetanse i pleie- og omsorgstjenesten	20
4/23 Sak En-4/23 Interimrapport regnskapsrevisjon regnskapsåret 2022	90
5/23 Sak En-5/23 Orientering fra kommunedirektør og ordfører	96
6/23 Sak En-6/23 Faktaundersøkelse rettet mot anskaffelser fra leverandør	97
7/23 Sak En-7/23 Benchmarking - Revisjon Øst IKS	108
8/23 Sak En-8/23 Statusrapport revisjon 2. halvår 2022	109
9/23 Sak En-9/23 Vurdering av oppdragsansvarlig forvaltningsrevisors (FR) uavhengighet	114
10/23 Sak En-10/23 Vurdering av oppdragsansvarlig regnskapsrevisors (RR) sin uavhengighet	118
11/23 Sak En-11/23 Vurdering av KU's påseansvar for regnskaps- og forvaltningsrevisjon for 2022	123
12/23 Sak En-12/23 Kontrollutvalgets årsrapport 2022	144
13/23 Sak En-13/23 Eventuelt	158
14/23 Sak En-14/23 Referatsaker	159

MØTEINNKALLING

Engerdal kontrollutvalg 2019 - 2023

Dato: 06.03.2023 kl. 10:00
Sted: Tørrgadden, kommunehuset
Arkivsak: 21/00003

INNKALLING TIL MØTE I KONTROLLUTVALGET

Sted:	Kommunehuset, Tørrgadden
Tid:	Mandag 6.3.23 kl. 10.00.

Kontrollutvalgets medlemmer:	Thor Haugen (A) – leder May Britt Solbakken – nestleder Monica Bye Spånberg Morten Solbakken (A) Belia Marianne Søbak
Innkalt varamedlem	
Forfall:	Forfall må meldes så snart som mulig til telefon 95 13 31 87 eller Kristin.moe@konsek-ost.no
Ordfører:	Ordfører Terje Langfloen
Revisor:	Revisjon Øst IKS v./oppdr.ansv. RR Tommy Pettersen/Rolf Berg, oppdr.ansv.FR Lina Høgås-Olsen/Magnus Michalelsen/Jo Erik Skjeggstad
Kopi av innkallingen sendes:	Kommunedirektør Geir Sverdrup, ordfører Terje Langfloen post@rev-ost.no
Kopi av saklisten sendes på e-post til:	Varamedlemmene (til orientering). Varamedlemmene møter ikke uten nærmere innkalling.
Sekretær:	Utvalgssekretær Kristin Moe
Invitert til sak:	Kommunedirektør og ordfører til sak 5/23 Revisjon Øst IKS sak 3/23, 4/23, 6/23, 7/23 og 8/23

Hele saklisten med vedlegg legges på	https://www.konsek-ost.no/kontrollutvalgene/engerdal-kommune/ og på kommunens hjemmeside.
---	---

Thor Haugen (sign.)
kontrollutvalgets leder

27.2.23
Kristin Moe
utvalgssekretær

SAKSKART		
1/23	21/00140-21	Sak En-1/23 Godkjenning av innkalling/saksliste
2/23	21/00140-22	Sak En-2/23 Godkjenning av protokoll 21.11.22
3/23	23/00002-1	Sak En-3/23 Forvaltningsrevisjon - Styring, drift og kompetanse i pleie- og omsorgstjenesten
4/23	21/00004-58	Sak En-4/23 Interimrapport regnskapsrevisjon regnskapsåret 2022
5/23	21/00019-13	Sak En-5/23 Orientering fra kommunedirektør og ordfører
6/23	21/00018-17	Sak En-6/23 Faktaundersøkelse rettet mot anskaffelser fra leverandør
7/23	21/00004-54	Sak En-7/23 Benchmarking - Revisjon Øst IKS
8/23	21/00004-55	Sak En-8/23 Statusrapport revisjon 2. halvår 2022
9/23	21/00004-56	Sak En-9/23 Vurdering av oppdragsansvarlig forvaltningsrevisors (FR) uavhengighet
10/23	21/00004-57	Sak En-10/23 Vurdering av oppdragsansvarlig regnskapsrevisors (RR) sin uavhengighet
11/23	21/00004-59	Sak En-11/23 Vurdering av KU's påseansvar for regnskaps- og forvaltningsrevisjon for 2022
12/23	21/00028-10	Sak En-12/23 Kontrollutvalgets årsrapport 2022
13/23	21/00016-17	Sak En-13/23 Eventuelt
14/23	21/00022-14	Sak En-14/23 Referatsaker

Arkivsak-dok. 21/00140-21
Saksbehandler Gunvor Kristin Moe

Saksgang
Engerdal kontrollutvalg 2019 - 2023

Møtedato
06.03.2023

SAK EN-1/23 GODKJENNING AV INNKALLING/SAKSLISTE

Forslag til vedtak/innstilling:

Innkalling og saksliste godkjennes

Vedlegg:

Ingen

Saksframstilling:

Arkivsak-dok. 21/00140-22
Saksbehandler Gunvor Kristin Moe

Saksgang
Engerdal kontrollutvalg 2019 - 2023

Møtedato
06.03.2023

SAK EN-2/23 GODKJENNING AV PROTOKOLL 21.11.22

Forslag til vedtak/innstilling:

Protokoll fra 21.11.22 godkjennes

Vedlegg:

Protokoll 21.11.22

Saksframstilling:

MØTEPROTOKOLL

Engerdal kontrollutvalg 2019 - 2023

Dato: 21.11.2022 kl. 10:00
Sted: Tørrgadden
Arkivsak: 21/00003

Tilstede: Thor Haugen (Arbeiderpartiet -KS), May Britt Solbakken (), Morten Solbakken (Arbeiderpartiet -KS), Monica Bye Spånberg (), Belia Marianne Søbak (H)

**Møtende
varamedlemmer:**

Forfall:

Andre: Daglig leder Revisjon Øst IKS Morten A.B. Birkelid deltok på Teams på sak 33/22, regnskapsrevisor Hanne Mette Rusten og My Hanh Thi Tran deltok på sak 34-35/22

Protokollfører: Utvalgssekretær Kristin Moe

SAKSKART			Side
Saker til behandling			
31/22	21/00140-17	Sak En-31/22 Godkjenning innkalling/sakliste	3
32/22	21/00140-18	Sak En-32/22 Godkjenning av protokoll 19.9.22	4
33/22	21/00018-12	Sak En-33/22 Henvendelse til kontrollutvalget	5
34/22	21/00011-21	Sak En-34/22 Orientering om revisjonsstrategien 2022	6
35/22	21/00004-52	Sak En-35/22 Plan om forenklet etterlevelseskontroll (FELK)	7

36/22	21/00019-11	Sak En-36/22 Orientering	8
37/22	21/00027-8	Sak En-37/22 Kontrollutvalgets årsplan 2023	9
38/22	21/00018-11	Sak En-38/22 Møtekalender 2023	10
39/22	21/00016-15	Sak En-39/22 Eventuelt	11
40/22	21/00022-12	Sak En-40/22 Referatsaker	12

, [Click here to enter a date.](#)

Thor Haugen

Saker til behandling

31/22 Sak En-31/22 Godkjenning innkalling/sakliste

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Engerdal kontrollutvalg 2019 - 2023	21.11.2022	31/22

Forslag til vedtak/innstilling:

Innkalling/sakliste godkjennes

Møtebehandling

Votering

Det ble ikke fremmet annet forslag til vedtak, vedtaket var enstemmig.

Vedtak

Innkalling/sakliste godkjennes

[Lagre]

32/22 Sak En-32/22 Godkjenning av protokoll 19.9.22

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Engerdal kontrollutvalg 2019 - 2023	21.11.2022	32/22

Forslag til vedtak/innstilling:

Protokoll fra 19.9.22 godkjennes

Møtebehandling

Votering

Det ble ikke fremmet annet forslag til vedtak, vedtaket var enstemmig.

Vedtak

Protokoll fra 19.9.22 godkjennes

[Lagre]

33/22 Sak En-33/22 Henvendelse til kontrollutvalget

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Engerdal kontrollutvalg 2019 - 2023	21.11.2022	33/22

Forslag til vedtak/innstilling:

Saken legges fram uten forslag til vedtak

Møtebehandling

Thor Haugen ble erklært inhabil i videre behandling av saken, og fratrådte møtet.

Forslag fra kontrollutvalget:

- Møtet ble lukket under behandling av saken jf. Kom.I. § 11-5 2. ledd og off.lova § 24
- Kontrollutvalget har mottatt en henvendelse av 19.9.22
- Kontrollutvalget ber Revisjon Øst IKS undersøke de spørsmål og påstander som er reist. Undersøkelsen vil ha fokus på om lov om offentlige anskaffelser er etterlevd
- Arbeidet starter i januar 2023 og ferdigstilles i mars 2023
- **Kontrollutvalget ber kommunestyret om en tilleggsbevilgning på inntil kr 55 000**

Votering

Det ble ikke fremmet annet forslag til vedtak, vedtaket var enstemmig

Vedtak

- Møtet ble lukket under behandling av saken jf. Kom.I. § 11-5 2. ledd og off.lova § 24
- Kontrollutvalget har mottatt en henvendelse av 19.9.22
- Kontrollutvalget ber Revisjon Øst IKS undersøke de spørsmål og påstander som er reist. Undersøkelsen vil ha fokus på om lov om offentlige anskaffelser er etterlevd
- Arbeidet starter i januar 2023 og ferdigstilles i mars 2023
- **Kontrollutvalget ber kommunestyret om en tilleggsbevilgning på inntil kr 55 000**

[Lagre]

34/22 Sak En-34/22 Orientering om revisjonsstrategien 2022

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Engerdal kontrollutvalg 2019 - 2023	21.11.2022	34/22

Forslag til vedtak/innstilling:

- Møtet ble lukket under den del av saken som gjaldt presentasjon av
- vesentlighet, identifiserte risikofaktorer jf. offentlighetsloven § 24 og kommuneloven § 11-5 3. ledd.
- Kontrollutvalget tar orienteringen om revisjonsstrategien for revisjonsåret 2022 til orientering.

Møtebehandling

Regnskapsrevisor Hanne Mette Rusten og My Hanh Thi Tran presenterte revisjonsstrategien i møtet. Presentasjonen sendes til sekretær etter møtet, som videresender denne ut til medlemmene.

Votering

Det ble ikke fremmet annet forslag til vedtak, vedtaket var enstemmig.

Vedtak

- Møtet ble lukket under den del av saken som gjaldt presentasjon av
- vesentlighet, identifiserte risikofaktorer jf. offentlighetsloven § 24 og kommuneloven § 11-5 3. ledd.
- Kontrollutvalget tar orienteringen om revisjonsstrategien for revisjonsåret 2022 til orientering.

[Lagre]

35/22 Sak En-35/22 Plan om forenklet etterlevelseskontroll (FELK)

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Engerdal kontrollutvalg 2019 - 2023	21.11.2022	35/22

Forslag til vedtak/innstilling:

Kontrollutvalget tar «Plan for etterlevelseskontroll 2022» til orientering

Møtebehandling

Plan om forenklet etterlevelseskontroll ble presentert av regnskapsrevisorene Hanne Mette Rusten og My Hanh Thi Tran.

Votering

Det ble ikke fremmet annet forslag til vedtak, vedtaket var enstemmig

Vedtak

Kontrollutvalget tar «Plan for etterlevelseskontroll 2022» til orientering

[Lagre]

36/22 Sak En-36/22 Orientering

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Engerdal kontrollutvalg 2019 - 2023	21.11.2022	36/22

Forslag til vedtak/innstilling:

Kontrollutvalget tar kommunedirektørens redegjørelse til orientering

Møtebehandling

Votering

Vedtak

Saken går ut.

[Lagre]

37/22 Sak En-37/22 Kontrollutvalgets årsplan 2023

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Engerdal kontrollutvalg 2019 - 2023	21.11.2022	37/22

Forslag til vedtak/innstilling:

Kontrollutvalget vedtar den foreslåtte årsplanen og sender den til kommunestyret for orientering.

Møtebehandling

Votering

Det ble ikke fremmet annet forslag til vedtak, vedtaket var enstemmig.

Vedtak

Kontrollutvalget vedtar den foreslåtte årsplanen og sender den til kommunestyret for orientering

[Lagre]

38/22 Sak En-38/22 Møtekalender 2023

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Engerdal kontrollutvalg 2019 - 2023	21.11.2022	38/22

Forslag til vedtak/innstilling:

Kontrollutvalget vedtar vedlagte møteplan for 2023.

Møtebehandling

Votering

Det ble ikke fremmet annet forslag til vedtak, vedtaket var enstemmig.

Vedtak

Kontrollutvalget vedtar vedlagte møteplan for 2023.

[Lagre]

39/22 Sak En-39/22 Eventuelt

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Engerdal kontrollutvalg 2019 - 2023	21.11.2022	39/22

Forslag til vedtak/innstilling:

Saken legges fram uten forslag til vedtak

Møtebehandling

Votering

Vedtak

[Lagre]

40/22 Sak En-40/22 Referatsaker

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Engerdal kontrollutvalg 2019 - 2023	21.11.2022	40/22

Forslag til vedtak/innstilling:

Referatsaker tas til orientering

Møtebehandling

Det ble ikke fremmet annet forslag til vedtak, vedtaket var enstemmig.

Votering

Vedtak

Referatsaker tas til orientering

[Lagre]

Arkivsak-dok. 23/00002-1
Saksbehandler Gunvor Kristin Moe

Saksgang
Engerdal kontrollutvalg 2019 - 2023

Møtedato
06.03.2023

SAK EN-3/23 FORVALTNINGSREVISJON - STYRING, DRIFT OG KOMPETANSE I PLEIE- OG OMSORGSTJENESTEN

Forslag til vedtak/innstilling:

1. Kontrollutvalget tar forvaltningsrapport om **Styring, drift og kompetanse i pleie- og omsorgstjenesten** til orientering.
2. Saken oversendes kommunestyret med følgende forslag til vedtak:
 - a. Kommunestyret tar forvaltningsrapport **Styring, drift og kompetanse i pleie- og omsorgstjenesten** til orientering.
 - b. Kommunestyret ber kommunedirektøren følge opp rapportens anbefalinger
3. Kontrollutvalget innhenter tilbakemelding fra kommunedirektøren om hvordan anbefalingene er fulgt opp innen 1.10.23.

Vedlegg:

Forvaltningsrevisjonsrapport

Saksframstilling:

I henhold til kommuneloven § 23-2, punkt c, skal kontrollutvalget påse at det blir gjennomført forvaltningsrevisjon i kommunen. Forvaltningsrevisjon innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak (§ 23-3, første ledd).

I kontrollutvalgsmøte 1. mars 2021 ble det gjort følgende vedtak i sak 3/21(utdrag fra vedtaket):

Kontrollutvalget bestiller av Revisjon Øst IKS en prosjektplan for gjennomføring av forvaltningsrevisjonsprosjekt nr. 4 og 13, «Kompetanse i kommunens organisasjon» og «Styring og drift av pleie- og omsorgstjenesten». Disse 2 prosjektene slås sammen til ett.

Formål med forvaltningsrevisjonen er:

Å undersøke om Engerdal kommune har styringssystemer i pleie- og omsorgssektoren som sikrer tilstrekkelig kompetanse i sektoren og en forsvarlig drift.

Problemstillinger

1. *Har kommunen hensiktsmessige styringssystemer for å sikre måloppnåelse og forsvarlige tjenester i pleie- og omsorgssektoren?*
2. *Arbeider kommunen systematisk for å sikre nødvendig kompetanse innen pleie- og omsorgssektoren*
3. *Sikrer styringssystemet og arbeidet med kompetanseutvikling måloppnåelse og en forsvarlig drift av pleie- og omsorgssektoren?*

Forvaltningsrevisjonen avgrenses til å gjelde tjenestene forebyggende rehabilitering, institusjons-tjenester, habilitering/avlastning og legetjenesten. Dersom vi ser behov for vesentlige justeringer av problemstillingene underveis i prosjektet vil dette gjøres i dialog med kontrollutvalget.

Revisors anbefalinger

Med bakgrunn i de vurderinger og konklusjoner som er gjort gir revisjonen kommunen anbefalinger. Disse har de delt inn etter problemstillingene i forvaltningsrevisjonen. Når det gjelder **helse- og omsorgstjenestenes styringssystem** anbefaler de at kommunen vurderer å:

1. Gjennomføre en samlet analyse av sannsynligheten for at regelverk og målsettinger innen helse- og omsorgstjenestene ikke følges. Analysen må kunne danne grunnlag for utforming og dimensjonering av styringssystemet.
2. Innføre rutiner for:
 - Systematiske kartlegginger og vurdering av risiko i tjenestene.
 - Utvikling og iverksetting av internkontrolltiltak.
3. Tydeliggjøre kommunens egne målsettinger for tjenestene og gjøre disse mer tilgjengelige. Kommunens egne målsettinger er en viktig del av oversikten over gjeldende rammevilkår og bør være lett tilgjengelige i styringssystemet.
4. Utvikle styringssystemet slik at det kan skaffe tilveie mer informasjon som kan benyttes til systematisk planlegging av en forsvarlig tjeneste. Styringssystemet bør kunne generere data vedrørende avvik, informasjon fra risikovurderinger, tilbakemeldinger fra brukere, innspill fra medarbeiderne, evaluering av kompetanse/kompetansetiltak, nasjonal statistikk og utvikling av egne tjenestedata sett opp mot andre og mot kommunens målsettinger.
5. Utarbeide en samlet oversikt over/beskrivelse av hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenestene. Det bør også vurderes å gi de ansatte i tjenestene opplæring i forbedringsarbeid.

6. Vurdere hvordan styringssystemet kan legge til rette for at ansatte får enklere tilgang til nødvendig informasjon. I denne forbindelse bør det også gis opplæring i bruk av tjenestenes styringssystem.

I tilknytning til **systematisk arbeid for å sikre nødvendig kompetanse** bør kommunen vurdere:

7. Tiltak for å sikre en grundigere og mer koordinert opplæring av nytilsatte. Det bør også vurderes å innføre mer formaliserte rutiner for oppfølging av nytilsatte i prøvetiden.
8. Tiltak som gjør at det avsettes nok tid og legges bedre til rette for deltagelse i kompetansetiltak for de ansatte. Vi mener at tjenestene kan ha mer fokus på intern opplæring, både i interne møter/grupper og som arbeidsplassbasert opplæring. Det kan eventuelt utvikles rutiner for dette.
9. Å følge opp bestemmelsene i kommunens strategiske kompetanseplan når det gjelder å:
 - Utarbeide enkle kompetanseplaner for hver virksomhet.
 - Evaluere de gjennomførte opplæringstiltakene.
 - Evaluering og revidering av den strategiske kompetanseplanen.

Når det gjelder det å **sikre en forsvarlig drift av tjenestene** mener revisjonen at kommunen bør vurdere:

10. Hvordan kommunen kan sikre forsvarlige tjenester i perioder med mye fravær.
11. Hvordan ansattes kunnskap og erfaring, samt erfaringer fra enkeltbrukere/pårørende, kan systematiseres i større grad, og ses i sammenheng med andre typer tjenesteinformasjon i et system for kvalitetsforbedring.
12. Å gjennomføre en samlet evaluering av helse- og omsorgstjenestene årlig, som blant annet rapporterer på måloppnåelse når det gjelder kvalitet i tjenestene og etterlevelse av kravene i helse- og omsorgslovgivningen. En slik samlet evaluering vil være et godt grunnlag for rapportering til de folkevalgte.
13. Å innføre rutiner for en årlig evaluering av styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene. Revisor mener det i denne forbindelse bør utarbeides egne rapporter som beskriver resultatet og hva som er gjort av endringer for å sikre at systemet er godt nok.

Viser for øvrig til vedlagte rapport.



FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT

Styring, drift og kompetanse i helse- og omsorgstjenestene

.....
ENGERDAL KOMMUNE 2022/2023

Postboks 84, 2341 Løten
Telefon: 62 43 58 00
<https://www.revisjon-ost.no>
E-post: post@rev-ost.no
Org. nr.: 974 644 576 MVA

Forord – om rapporten

Denne rapporten er bygget opp pedagogisk med et kort sammendrag som går gjennom hovedfunnene og konklusjonen i forvaltningsrevisjonsprosjektet i første kapittel.



Vi har valgt å benytte en «trafikklysmode» for å illustrere hva vi mener er i henhold til krav på området, det som er godkjent med merknad, og det som ikke er i henhold til krav på området. Hver vurdering blir merket med henholdsvis grønt, gul/oransje og rødt.

Vi gjør oppmerksom på at vurderinger med gul/oransje og rødt vil følge av beskrivelser av de mangler og/eller forbedringsmomenter vi mener at tjenesten har. For

leseren vil det derfor være nyttig å lese gjennom vurderingene som fremgår av underkapitlene for hver problemstilling, i tillegg til den informasjonen leseren får i sammendraget.

Rapporten er for øvrig utarbeidet med et digitalt tilsnitt og innehar lenker til ulike seksjoner av rapporten. Dette skal gjøre det enklere for leseren å navigere i rapportens innhold. Det er også lenket til de kilder som er digitalt tilgjengelige, for en mer interaktiv opplevelse av rapporten.

Rapporten er bygget opp etter NKRFs krav til sluttrapport i Standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001). Dette innebærer minstekravene til

- sammendrag (kap. 1),
- informasjon om bestillingen (kap. 2),
- problemstillingene (kap. 5-7),
- valg av metoder og vurdering av datagrunnlag (kap. 4),
- revisjonskriterier (vedlegg A),
- presentasjon av data (kap. 5-7),
- vurderinger (kap. 5-7),
- konklusjon (kap. 8),
- anbefalinger (kap. 9),
- referanser (kap. 11) og
- kommunedirektørens uttalelse (kap. 10).

I tråd med RSK 001, ønsker vi å fremheve at vi vektlegger at forvaltningsrevisjoner skal «bidra til et godt beslutningsgrunnlag for de folkevalgte styring og kontroll, og å bidra til læring».

Vi vil takke kontrollutvalget for oppgaven, og administrasjonen for tilrettelegging for en best mulig og effektiv gjennomføring av forvaltningsrevisjonsprosjektet. Vi håper at leseren finner nytte i rapporten og vil benytte denne videre i forbindelse med en trygg og god forvaltning av tjenesteområdet.

Løten, den 27. februar 2023

Magnus Michaelsen

Magnus Michaelsen
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Jo Erik Skjeggstad

Jo Erik Skjeggstad
Utøvende forvaltningsrevisor

Innholdsfortegnelse

1	Sammendrag	4
2	Bakgrunn for prosjektet	8
2.1	Kort om styring, drift og kompetanse i helse- og omsorgstjenestene	8
3	Revisjonskriterier.....	9
4	Metode for revisjonen.....	9
5	Problemstilling 1 – Styringssystem for helse og omsorgstjenestene.....	11
5.1	Revisjonskriterier for problemstilling 1	11
5.2	Innhentet data.....	11
5.3	Revisors vurdering.....	20
6	Problemstilling 2 – Kompetanse- og kompetanseutvikling.....	26
6.1	Revisjonskriterier for problemstilling 2	26
6.2	Innhentet data.....	26
6.3	Revisors vurdering.....	32
7	Problemstilling 3 – Måloppnåelse og forsvarlig drift av helse og omsorgstjenestene	37
7.1	Revisjonskriterier for problemstilling 3	37
7.2	Innhentet data.....	37
7.3	Revisors vurdering.....	43
8	Konklusjon	48
9	Anbefalinger	51
10	Kommunedirektørens uttalelse.....	53
11	Referanser	55
11.1	Internettreferanser	55
	Vedlegg A: Revisjonskriterier	56

1 Sammendrag

Formålet med denne forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke om Engerdal kommune har styringssystemer i pleie- og omsorgstjenestene som sikrer tilstrekkelig kompetanse i tjenestene og en forsvarlig drift. Formålet er belyst gjennom å besvare følgende problemstillinger:

1. Har kommunen hensiktsmessige styringssystemer for å sikre måloppnåelse og forsvarlige tjenester i helse- og omsorgstjenestene?
2. Arbeider kommunen systematisk for å sikre nødvendig kompetanse innen helse- og omsorgstjenestene?
3. Sikrer styringssystemet og arbeidet med kompetanseutvikling måloppnåelse og en forsvarlig drift av helse- og omsorgstjenestene?

I forbindelse med forvaltningsrevisjonen er det utledet revisjonskriterier fra lovverk, veiledere til lovverket og premisser for helse- og omsorgstjenestene som ligger i kommunens eget planverk. Grunnlagsdata til forvaltningsrevisjonen er innhentet ved dokumentgjennomgang, intervjuer og en spørreundersøkelse rettet mot ansatte i helse- og omsorgstjenestene. I det følgende oppsummeres konklusjonene for den enkelte problemstilling.

Har kommunen hensiktsmessige styringssystemer for å sikre måloppnåelse og forsvarlige tjenester i helse- og omsorgstjenestene?

Vi mener kommunen delvis har hensiktsmessige styringssystemer for å sikre måloppnåelse og forsvarlige tjenester i helse- og omsorgstjenestene. Det finnes flere elementer av god styring rundt om i tjenesten. Utfordringen er imidlertid at en mangler enkelte grunnleggende elementer som skal til for å sikre et helhetlig og godt styringssystem. Systemet bør også dokumenteres i større grad. Områder hvor vi mener det er potensiale for forbedring, kan oppsummeres som følger:

- Det mangler en samlet og dokumentert analyse av sannsynligheten for at regelverk og målsettinger innen helse- og omsorgstjenestene ikke følges, og dermed hvilke risiko-områder som styringssystemet må følge opp. Det gjennomføres ikke systematisk kartlegging og vurdering av risiko i tjenestene. Vi mener videre at tjenestene med fordel kan jobbe mer systematisk med utvikling og iverksetting av rutiner/internkontrolltiltak, samt distribusjon av informasjon til de ansatte i denne forbindelse.
- Styringssystemet gir i liten grad oversikt over, og beskriver målsettinger for tjenestene. Det samme gjelder også beskrivelser av oppgaver, aktiviteter og organisering. Vi mener også at styringssystemet bør utvikles for å skaffe tilveie et bredere spekter at styringsinformasjon som kan benyttes til systematisk planlegging av en forsvarlig tjeneste.
- I spørreundersøkelsen til de ansatte har vi fått tilbakemelding om at en del er usikre på om de får nødvendig informasjon om endringer i regelverk, reglementer, faglige anbefalinger og veiledere. Det er også meldt om behov for opplæring i bruk av Netpower som er en viktig del av styringssystemet. I spørreundersøkelsen er det også signaler som tyder på at ledelsen bør være enda mer tilstede, og enda mer tydelige med hensyn til oppfølging av oppgavene.

Arbeider kommunen systematisk for å sikre nødvendig kompetanse innen helse- og omsorgstjenestene?

Vi kan konkludere med at kommunen arbeider systematisk for å sikre nødvendig kompetanse innen helse- og omsorgstjenestene. Det finnes likevel områder som kan forbedres. Områder hvor vi mener det er potensiale for forbedring, kan oppsummeres som følger:

- Det er en utfordring å få avsatt tid og å få skaffet vikarer slik at ansatte kan delta i kompetansetiltak. Vi mener at kommunen bør vurdere hvordan en kan legge bedre til rette for dette slik at en unngår at ansatte mangler nødvendig kompetanse. Fra de ansatte i tjenestene har vi fått tilbakemelding på at det bør legges bedre til rette for opplæring av nytilsatte. Det etterlyses også rutiner som sikrer en god oppfølging i prøvetiden. Tilbakemeldingene er ellers at det avsettes for lite tid til intern opplæring. Arbeidsplassbasert opplæring er en av læringsarenaene som kommunens strategiske kompetanseplan legger opp til, men de ansatte i tjenestene opplever ikke at dette er en læringsmetode som brukes i særlig grad.
- Det er bestemmelser i kommunens strategiske kompetanseplan som kan følges bedre opp. Dette gjelder blant annet utarbeidelse av egne lokale kompetanseplaner, evaluering av kompetansetiltakene og rullering av selve planen. Ellers kan vi ikke se at helse- og omsorgstjenestene har fastsatt et system eller faste rutiner som sikrer et planmessig arbeid med kvalitetsforbedringer. En oversikt eller beskrivelse av tjenestenes system for kvalitetsforbedringer er et krav i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene. Vi kan heller ikke se at det har vært satset på opplæring i forbedringsarbeid for de ansatte i tjenestene, noe som er anbefalt i veilederen til nevnte forskrift.

Sikrer styringssystemet og arbeidet med kompetanseutvikling måloppnåelse og en forsvarlig drift av helse- og omsorgstjenestene?

Vår konklusjon er at styringssystemet og arbeidet med kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenestene i tilfredsstillende grad sikrer måloppnåelse og en forsvarlig drift av tjenestene. Det finnes områder hvor det er behov for forbedring, og de områdene hvor vi mener det er potensial til forbedring kan oppsummeres som følger:

- Risikoen for ikke å ha lovpålagt kompetanse på plass i et omfang som sikrer forsvarlige helse- og omsorgstjenester øker ved fravær. Det er ikke alltid at de ansatte i tjenestene opplever at de er mange nok på jobb til å sikre forsvarlige tjenester. Tilbakemeldingene fra de ansatte tilsier ellers at helse- og omsorgstjenestene bør ha enda større fokus på bruk av medarbeidernes kunnskap og erfaringer i forbedringsarbeidet, og tydeliggjøre når og hvordan de ansatte kan bidra. Det å samle og dokumentere forbedringsforslag på ett sted, kan bidra til å tydeliggjøre de ansattes medvirkning og til å gi tjenestene bedre oversikt.
- Helse- og omsorgstjenestene har til dels begrensede muligheter til å innhente erfaringer fra brukere/pasienter og pårørende for forbedringsarbeid. Erfaringer fra enkeltbruker/pasient og enkeltpårørende er en viktig kilde for brukererfaringer for tjenestene i Engerdal. Denne typen erfaringer blir etter hva vi kan forstå ikke dokumentert og/eller systematisert, eller at de ses i sammenheng med andre typer tjenesteinformasjon i et system for kvalitetsforbedring.
- Selv om det gjøres evalueringer i deler av helse- og omsorgstjenestene kan vi ikke se at det gjøres noen samlet evaluering som rapporterer på måloppnåelse når det gjelder kvalitet i tjenestene og etterlevelse av kravene i helse- og omsorgslovgivningen. En slik samlet evaluering vil være et viktig

grunnlag for å vurdere styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene. Styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene blir ikke evaluert årlig, slik Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene stiller krav om. Dette er grunnleggende, og en viktig dokumentasjon på at styringssystemet er egnet til å sikre forsvarlige helse- og omsorgstjenester i henhold til lov og forskrift.

Våre anbefalinger

Med bakgrunn i de vurderinger og konklusjoner som er gjort gir vi kommunen anbefalinger. Disse har vi delt inn etter problemstillingene i forvaltningsrevisjonen. Når det gjelder **helse- og omsorgstjenestenes styringssystem** anbefaler vi at kommunen vurderer å:

1. Gjennomføre en samlet analyse av sannsynligheten for at regelverk og målsettinger innen helse- og omsorgstjenestene ikke følges. Analysen må kunne danne grunnlag for utforming og dimensjonering av styringssystemet.
2. Innføre rutiner for:
 - Systematiske kartlegginger og vurdering av risiko i tjenestene.
 - Utvikling og iverksetting av internkontrolltiltak.
3. Tydeliggjøre kommunens egne målsettinger for tjenestene og gjøre disse mer tilgjengelige. Kommunens egne målsettinger er en viktig del av oversikten over gjeldende rammevilkår og bør være lett tilgjengelige i styringssystemet.
4. Utvikle styringssystemet slik at det kan skaffe tilveie mer informasjon som kan benyttes til systematisk planlegging av en forsvarlig tjeneste. Styringssystemet bør kunne generere data vedrørende avvik, informasjon fra risikovurderinger, tilbakemeldinger fra brukere, innspill fra medarbeiderne, evaluering av kompetanse/kompetansetiltak, nasjonal statistikk og utvikling av egne tjenestedata sett opp mot andre og mot kommunens målsettinger.
5. Utarbeide en samlet oversikt over/beskrivelse av hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenestene. Det bør også vurderes å gi de ansatte i tjenestene opplæring i forbedringsarbeid.
6. Vurdere hvordan styringssystemet kan legge til rette for at ansatte får enklere tilgang til nødvendig informasjon. I denne forbindelse bør det også gis opplæring i bruk av tjenestenes styringssystem.

I tilknytning til **systematisk arbeid for å sikre nødvendig kompetanse** bør kommunen vurdere:

7. Tiltak for å sikre en grundigere og mer koordinert opplæring av nytilsatte. Det bør også vurderes å innføre mer formaliserte rutiner for oppfølging av nytilsatte i prøvetiden.
8. Tiltak som gjør at det avsettes nok tid og legges bedre til rette for deltagelse i kompetansetiltak for de ansatte. Vi mener at tjenestene kan ha mer fokus på intern opplæring, både i interne møter/grupper og som arbeidsplassbasert opplæring. Det kan eventuelt utvikles rutiner for dette.
9. Å følge opp bestemmelsene i kommunens strategiske kompetanseplan når det gjelder å:
 - Utarbeide enkle kompetanseplaner for hver virksomhet.
 - Evaluere de gjennomførte opplæringstiltakene.
 - Evaluering og revidering av den strategiske kompetanseplanen.

Når det gjelder det å **sikre en forsvarlig drift av tjenestene** mener vi at kommunen bør vurdere:

10. Hvordan kommunen kan sikre forsvarlige tjenester i perioder med mye fravær.
11. Hvordan ansattes kunnskap og erfaring, samt erfaringer fra enkelt-brukere/pårørende, kan systematiseres i større grad, og ses i sammenheng med andre typer tjenesteinformasjon i et system for kvalitetsforbedring.
12. Å gjennomføre en samlet evaluering av helse- og omsorgstjenestene årlig, som blant annet rapporterer på måloppnåelse når det gjelder kvalitet i tjenestene og etterlevelse av kravene i helse- og omsorgslovgivningen. En slik samlet evaluering vil være et godt grunnlag for rapportering til de folkevalgte.
13. Å innføre rutiner for en årlig evaluering av styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene. Vi mener det i denne forbindelse bør utarbeides egne rapporter som beskriver resultatet og hva som er gjort av endringer for å sikre at systemet er godt nok.

2 Bakgrunn for prosjektet

I henhold til kommuneloven § 23-2, punkt c, skal kontrollutvalget påse at det blir gjennomført forvaltningsrevisjon i kommunen. Forvaltningsrevisjon innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak (§ 23-3, første ledd).

Kontrollutvalget i Engerdal vedtok i møte 31.05.2021 sak 23/21 å bestille en forvaltningsrevisjon rettet mot styring, drift og kompetanse i kommunens pleie og omsorgstjenesten. Vedtaket lød som følger:

Kontrollutvalget tar prosjektplan «Styring, drift og kompetanse PLO» til orientering, og bestiller på bakgrunn av denne gjennomføring av en forvaltningsrevisjon innenfor en ramme på 250 timer. Oppstart er planlagt høsten 2021 med ferdigstilling høsten 2022.

Tema og fokusområder for forvaltningsrevisjonen er fastsatt i dialog med kontrollutvalget. Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke om Engerdal kommune har styringssystemer i pleie- og omsorgstjenestene som sikrer tilstrekkelig kompetanse i tjenestene og en forsvarlig drift.

Dette er belyst ved å besvare følgende problemstillinger:

1. Har kommunen hensiktsmessige styringssystemer for å sikre måloppnåelse og forsvarlige tjenester i helse- og omsorgstjenestene?
2. Arbeider kommunen systematisk for å sikre nødvendig kompetanse innen helse- og omsorgstjenestene?
3. Sikrer styringssystemet og arbeidet med kompetanseutvikling måloppnåelse og en forsvarlig drift av helse- og omsorgstjenestene?

Forvaltningsrevisjonen er for øvrig avgrenset til å gjelde tjenestene Forebyggende rehabilitering, Institusjonstjenester, Habilitering/avlastning og legetjenester.

2.1 Kort om styring, drift og kompetanse i helse- og omsorgstjenestene

Endringer i befolknings sammensetning, innbyggertall, ressursituasjon og innbyggernes forventninger stiller krav til utvikling og fornying i kommunene. Det er derfor nødvendig med kontinuerlig nytenkning, utvikling og innovasjon. Det er forventninger om at kommunene skal levere tjenester av god kvalitet og at de skal være effektive. Samtidig konkurrerer kommunen med andre arbeidsgivere om kompetente ansatte. For å lykkes må kommunene satse systematisk og strategisk på kompetanse og kompetanseutvikling i egen organisasjon. Kompetanse kan tilflytte kommunen både gjennom rekruttering og kompetansehevende tiltak. Engerdal kommune har sine spesielle utfordringer i denne sammenheng som en mindre kommune, der befolkningens gjennomsnittsalder er økende og en ikke har noe særlig med tilflytting.

Innen helse og omsorg er kompetanse tett knyttet til hva som til enhver tid anses som forsvarlige tjenester. I kommentarer til helsepersonell-loven heter det at begrepet forsvarlighet er en rettslig standard, hvis innhold kan variere over tid, og for det enkelte helsepersonell innebærer forsvarlighetskravet å opptre i samsvar med de til enhver tid gjeldende faglige normer og lovbestemte krav til yrkesutøvelsen. Som arbeidsgiver har Engerdal kommune plikt til å tilrettelegge for dette, blant annet i form av kompetanseutvikling. Kompetanse og kompetanseutvikling er således avgjørende for å oppnå forsvarlig drift og er en viktig faktor å ta hensyn til i styringen av helse- og omsorgstjenestene.

Det stilles strenge krav til styring og drift av helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Dette for å sikre forsvarlige tjenester. Vanlige verktøy til styring av helse- og omsorgstjenestene i kommunene er elektroniske kvalitetssystemer, system for internkontroll, avviksregistrering samt oppfølging og rapportering på målsettinger for tjenestene. Denne forvaltningsrevisjonen berører både styringssystemene og arbeidet med kompetanseutvikling.

3 Revisjonskriterier

På bakgrunn av problemstillingene i forvaltningsrevisjonen skal det etableres revisjonskriterier. Disse danner grunnlaget for hva innsamlede data skal vurderes opp mot. Kriteriene skal begrunnes i/utledes av autoritative kilder innenfor det reviderte området. Autoritative kilder kan være lover, forskrifter, forarbeider, rettspraksis, politiske vedtak/mål/føringer, administrative retningslinjer/mål/føringer, statlige føringer/veiledere, andre myndigheters praksis, teori og reelle hensyn som vurderinger av hva som er rimelig/formålstjenlig/effektivt. I dette prosjektet er revisjonskriteriene utledet fra følgende kilder:

- Kommuneloven
- Helse- og omsorgstjenesteloven med forskrifter
- Veiledere og anbefalinger fra departementer og KS
- Kommunens planverk.

Fullstendig utledning av revisjonskriterier finnes i vedlegg A til rapporten.

4 Metode for revisjonen

Informasjon som belyser problemstillingene er innhentet gjennom dokumentstudier, intervjuer og spørreundersøkelser. Styringssystemet er i noen grad dokumentert. Vi har hatt behov for å gjennomføre intervjuer, blant annet for å få beskrevet de deler av styringssystemet som ikke er dokumentert. Spørreundersøkelsen er gjennomført for å kartlegge hvordan styringssystemet fungerer. Vi har vurdert valgt metode som tilstrekkelig for å besvare problemstillingene.

Dokumentstudier

Undersøkelsen har blant annet omfattet gjennomgang og vurdering av relevant dokumentasjon opp mot fastsatte revisjonskriterier, som i denne sammenheng er:

- Oversikt og oppbygging av kvalitetssystemet Netpower
- Rutinebeskrivelser
- Stillingsbeskrivelser
- Sjekklistor
- Årshjul
- Intern rapportering
- Rapporter fra ulike prosjekter/gjennomganger
- Resultater fra lokal intern revisjon/internkontrollgjennomganger

Dokumenter som er grunnlag for våre vurderinger er omtalt i de relevante datakapitlene.

Intervjuer

Det ble innledningsvis gjennomført et oppstartsmøte (25.05.2022) der kommunalsjefen for oppvekst og helse/velferd og tre av virksomhetslederne deltok. Formålet med møtet var, i tillegg til å informere kommuneadministrasjonen om forvaltningsrevisjonen, å innhente mer overordnet informasjon og

sentrale dokumenter tilknyttet styring, drift og kompetanse i helse- og omsorgstjenestene. Det er videre i perioden november 2022 til februar 2022, gjennomført kvalitative intervjuer med ledere og tillitsvalgte i sektor for velferd og oppvekst. Disse er:

- Kommunalsjef for oppvekst og helse/velferd (sektorleder helse og mestring fra 01.01.23)
- Virksomhetsleder Institusjonstjenester
- Virksomhetsleder Forebyggende rehabilitering
- Virksomhetsleder Habilitering/avlastning og legetjenester
- Hovedtillitsvalgt NSF
- Plasstillitsvalgt Fagforbundet

Intervjuene er gjennomført enkeltvis og det er utarbeidet temalister som ble sendt de ulike respondentene før intervjuet. Det er også utarbeidet intervjuguider som er benyttet under selve intervjuene.

Spørreundersøkelser

Det er gjennomført en spørreundersøkelse rettet mot ansatte i helse- og omsorgstjenestene. Undersøkelsen ble gjennomført i perioden 9. desember 2022 til 5. januar 2023. Det ble sendt to påminnelser til de som ikke hadde svart ved det enkelte påminnelsestidspunkt. Undersøkelsen har vært avklart med den som har vært oppnevnt som vår kontakt i kommunen i forbindelse med forvaltningsrevisjonen. Vår kontaktperson ble oppfordret til å sende ut et e-postvarsel til alle respondentene i starten av undersøkelsen. Undersøkelsen hadde til sammen 13 spørsmål, hvorav 3 spørsmål inneholdt en del påstander som det skulle tas stilling til. De fleste spørsmålene var avkryssningsspørsmål. 4 av spørsmålene var åpne slik at de ansatte kunne gi egne beskrivelser. De fleste har svart på alle avkryssningsspørsmålene, og antall besvarelser (N) på disse varierer fra 32 til 34. De åpne spørsmålene er det langt færre som har svar på og antall besvarelser (N) ligger her fra 4 til 17.

Undersøkelsen er sendt ut til alle ledere og ansatte ved virksomhetsområdene for Institusjon, Forebyggende rehabilitering og Habilitering, avlastning og legetjenester. Til sammen gjelder dette 68 respondenter. Det er mottatt til sammen 34 svar noe som gir en svarprosent på 50 %. Fordelingen av svar fra de ulike virksomhetene fordeler seg med 44 % fra Institusjonstjenestene, 29 % fra Forebyggende rehabilitering og 27 % fra Habilitering, avlastning og legetjenester. Av de som svarte på undersøkelsen var 50 % ansatt i heltidsstilling, 41 % i deltidsstilling og 9 % var ansatt som vikar. I undersøkelsen ble det også stilt spørsmål om hva slags utdanningsnivå den enkelte hadde. Av de som har svart var det 15 % ufaglærte. 44 % som har fag/helsefagarbeider bakgrunn, 25 % som har universitets-/høgskoleutdanning på bachelornivå og 6 % som har universitets-/høgskoleutdanning på masternivå. De som har svart på undersøkelsen fordeler seg, etter vår vurdering, ganske jevnt med hensyn til virksomhetsområde, stillingsstørrelse/stilling og de ulike utdanningsgruppene.

Verifisering av innhentet data

Data som er innhentet via intervju og dokumentstudier er verifisert. Intervjuer verifiseres av intervjupersonene og data hentet fra ulike dokumenter er verifisert i forbindelse med at foreløpig rapport er sendt kommunedirektøren til uttalelse. Prosjektet er ellers gjennomført i samsvar med NKRF¹ sin standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001).

¹ NKRF- forbundet for kontroll og revisjon i kommunene (tidligere Norges Kommunerevisorforbund).

5 Problemstilling 1 – Styringssystem for helse og omsorgstjenestene

Har Engerdal kommune hensiktsmessige styringssystemer for å sikre måloppnåelse og forsvarlige tjenester i helse- og omsorgstjenestene?

5.1 Revisjonskriterier for problemstilling 1

Følgende er en tabell med de kriterier vi har benyttet for å besvare problemstillingen og våre vurderinger av disse. Kriteriene er gjengitt i kortform. For en full utledning av revisjonskriteriene, se [vedlegg A](#). Tabellen er interaktiv og leseren kan gå rett til den enkelte vurdering ved å trykke på det enkelte kriteriet. Vurderingene er knyttet til de data som er samlet inn og som blir gjengitt i kapitlene nedenfor. Vi gjør derfor leseren oppmerksom på at vurderingene må sees opp imot de innhentede data i prosjektet.

- [Kriterie 1](#) Det må være gjort en konkret analyse og vurdering av sannsynligheten for at regelverk og målsettinger innen helse- og omsorgstjenestene ikke følges, og styringssystemet må utformes og dokumenteres med bakgrunn i vurderingen.
- [Kriterie 2](#) Kommunen bør ha felles struktur, maler og standarder for internkontrollarbeid/kvalitetsarbeid.
- [Kriterie 3](#) Styringssystemet må bidra til å skaffe oversikt over de rammevilkårene som til enhver tid gjelder for virksomheten, det må skaffes tilveie tilstrekkelig informasjon og kunnskap som kan benyttes til planlegging av en forsvarlig tjeneste, og det må planlegges hvordan denne informasjonen skal gjøres kjent i virksomheten.
- [Kriterie 4](#) I forbindelse med planlegging av virksomheten må styringssystemet sikre oversikt over:
 - Og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering.
 - Ansvars-, oppgave- og myndighetsfordeling.
 - Hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring.
- [Kriterie 5](#) Styringssystemet må sikre at helse- og omsorgstjenestene har oversikt over:
 - Områder hvor det er risiko for svikt, og det må planlegges hvordan en reduserer risiko
 - Medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring.
 - Avvik.
- [Kriterie 6](#) I den daglige drift må styringssystemet sikre at:
 - Oppgaver, organisering og planer er kjent i organisasjonen og gjennomføres.
 - Det finnes tilstrekkelig kunnskap og kompetanse blant de ansatte.
 - Det utvikles og iverksettes nødvendige internkontrolltiltak.
 - Medarbeiderne medvirker.
 - Brukerne medvirker.

5.2 Innhentet data

5.2.1 Data fra dokumenter

Innhold i kvalitetssystemet Netpower: Vi har fått oversendt en oversikt over hvilke kategorier og dokumenter som ligger inne i systemet høsten 2022. Kvalitetssystemet er inndelt i kategoriene felles helse, apotek, legemiddelhåndtering, lokal internrevisjon, smittevern, tvungen helsehjelp, brannvern og stillingsbeskrivelser. I tillegg finnes dokumentasjon som gjelder for virksomhetsområdet forebyggende og rehabilitering, legetjenesten og stab/administrasjon.

Typen dokumenter som ligger inne i Netpower er prosedyrer, tjenestebeskrivelser, rutiner, retningslinjer/instruksjoner, sjekklister, skjemaer, maler, stillingsbeskrivelser, fullmaktsskjema, brosjyrer og tiltaksplaner. Her ligger også pandemiplan og smittevernplan for kommunen. Ett dokument som er spesielt relevant for denne forvaltningsrevisjonen er rutinen for lokal internrevisjon. Høsten 2022 lå det til sammen 148 dokumenter som gjelder helse- og omsorgstjenestene i Netpower. 80 av disse dokumentene var felles for helse- og omsorgstjenestene. I tillegg hadde virksomhetsområdet Forebyggende rehabilitering lagt inn 36 dokumenter som gjaldt spesielt for deres virksomhet, legetjenesten hadde 13 egne dokumenter og stab/administrasjon hadde 13 egne dokumenter.

Rutine for lokal internrevisjon – helse og velferd: beskriver bakgrunn, formål og omfang, ansvar og fremgangsmåte for gjennomgang og vurdering av spesifikke emner (fagområder/pasientrettet aktivitet). Det heter i beskrivelsen at lokal internrevisjon er en del av arbeidet med kvalitetsforbedring i den enkelte virksomhet, og en del av styringssystemet når det gjelder internkontroll. Gjennomgangen skal bidra til faglig forsvarlige tjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Det er presisert at det er enhetsleder som har det overordnede ansvaret for internkontrollen og som skal sammenstille resultatene fra de enkelte virksomhetene. Virksomhetsleder har ansvar for at internrevisjonen blir gjennomført, rapportering til enhetsleder og iverksetting av tiltak etter gjennomgangene. Fagsykepleier har ansvaret for å utføre kartleggingsarbeidet.

Det heter videre at lokal internrevisjon skal gjennomføres hvert halvår, med prioritering av ulike emner etter eget oppsett. Kartleggingen gjennomføres i utgangspunktet ved gjennomgang av dokumentasjon i pasientjournaler (Profil) på 3 tilfeldige målpersoner ved hver kontroll.

De ulike emnene som skal gjennomgås er overganger i pasientforløp, dokumentasjon av helsehjelp, fallforebygging, smertebehandling, vurdering av samtykke-kompetanse, ernæringsarbeid, legemiddelhåndtering, tvungen helsehjelp og bruk av tvang og makt. For hvert av de ulike emnene er det utarbeidet egne skjemaer som skal bidra til å dokumentere gjennomgangen. Resultatene rapporteres til kommunalsjefen på eget skjema som oppsummerer resultatene fra de ulike temaene samt forslag til forbedringstiltak.

Årshjul for de tre virksomhetsområdene i helse- og omsorgstjenestene angir tidspunkt for ulike gjøremål for kommunalsjefen, virksomhetsledere, fagsykepleier og øvrige ansatte. Alle tre årshjul inneholder mange av de samme oppfølgingspunktene, men det er også noen oppfølgingspunkter som er særegne for den enkelte virksomhet. Av gjøremål som kan knyttes til det å sikre faglig forsvarlige tjenester er:

- Gjennomføring av lokal internrevisjon
- Gjennomgang av avvik
- Utarbeidelse av kvalitetsrapporter og prosedyregjennomgang.
- Gjennomgang på ulike risikoområder som ernæring, legemidler, fallrisiko etc.

Det heter at avviksgjennomgangen skal rapporteres til enhetsleder etter gjennomgang. Det er videre presisert at kvalitetsrapporten skal inneholde dokumentasjon av helsehjelp, ernæring, medikamenthåndtering, fallforebygging, rehabilitering, pasientregnskap og pårørendesamtaler. I eget punkt om gjennomgang av kvalitetsrapporter heter det at disse skal inneholde en ROS analyse av mulige risikoområder som følge av mulig svikt. For 2022 er det også satt opp et allmøte med tema «Tiltak for å sikre faglig forsvarlige tjenester, kvalitet og bruker/pasientsikkerhet».

Statusrapport – Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre: Rapporten er utarbeidet med bakgrunn i Stortingsmelding 15 (2017-2018) leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre, og er Engerdal kommunens svar på hvordan en kan skape en mer aldersvennlig kommune. Overordnede mål for reformen er flere gode leveår der eldre beholder helse lenger, opplever god livskvalitet og mestring, samtidig som de får den helsehjelpen de trenger når de har behov for den. Det er videre en målsetting å hindre utslitte pårørende og at ansatte opplever å ha et godt arbeidsmiljø der de får brukt sin kompetanse og gjort en faglig god jobb. Rapporten tar for seg hvordan kommunen kan legge bedre til rette for et aldersvennlig Engerdal, aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp og sammenheng i tjenestene.

Når det gjelder et aldersvennlig Engerdal er fokus på aldersvennlige boliger og nærmiljøer, stedsutvikling og transport. I tilknytning til aktivitet og fellesskap har en sett på tiltak for forebygging av ensomhet, frivillighetsentralen som samfunnskontakt, de etablerte aktivitetene i kommunen og samisk kultur. For temaet mat og måltider har en fokusert på oppfølging av ernæring til hjemmeboende og levevaner, mulighet for utlevering av måltider, samarbeid med Fjellheimen og frivillige organisasjoner og kompetanse innen ernæring i helse og velferd. Temaet helsehjelp tar for seg hverdagsmestring, forebyggende grende- og hjemmebesøk, velferdsteknologi og fysisk trening. Når det gjelder sammenheng i tjenestene er fokus på personsentrert tilnærming, overganger og helhetlige pasientløp, felles lokal pårørendekontakt, primærkontakt, bruk av personell på tvers og system for bekymringsmeldinger. Rapporten ender opp med 20 ulike tiltak for å tilpasse helse- og omsorgstjenestene i Engerdal til de krav en vil møte i tiden fremover.

Statusrapport «Omstillingsprosjekt 2019 Helse og velferd»: I denne rapporten heter det innledningsvis at fokus i prosjektmandatet er å utrede muligheter for samordning av tjenester eller andre omstillinger for å oppnå effektivisering, og eventuelt sparing. Fokusområder med hensyn til Helse- og Velferd er demografisk utvikling/analyse, tjenestetilbud-geografisk, samordning av turnus/bemanningsplaner, velferdsteknologi, ledelsesstruktur, interkommunal legevaktordning og felles kjøkken sykehjem/Fjellheimen. Det er kun demografisk utvikling- analyse og ny organisering av ledelsesstruktur som er ferdig utredet i rapporten.

Risiko- og sårbarhetsanalyse Engerdal Helse- og omsorgssenter – Engerdal kommune: I forbindelse med vedtak om å redusere antall institusjonsplasser med 6, øke antall demensplasser fra 6 til 8 og redusere bemanningen med 7 årsverk, ble det i 2018 utarbeidet en risiko- og sårbarhetsanalyse. Bakgrunn for reduksjonen var anstrengt økonomi, at tjenestene var for omfattende og kostbar når en sammenlignet seg med andre kommuner (KOSTRA), og at den var feil dimensjonert ut fra behovet i kommunen. Det heter innledningsvis at denne ROS-analysen benytter en metodikk basert på sjekklisteridentifikasjon av uønskede hendelser og farer knyttet til en slik reduksjon, samt en vurdering av sannsynlighet og konsekvens med sammenstilling i en risikomatrix for de identifiserte hendelsene. Det er også fremmet forslag til avbøtende tiltak. Metoden er ellers presentert som første del i rapporten.

Det ble i analysen pekt på enkelte risiko-områder hvor det ville være nødvendig å gjennomføre risikoreduserende tiltak. For nedbemanning i tjenestene var dette blant annet risiko for ikke å ha tilstrekkelig med sykepleiere, akutt mangel på personell som følge av ferie, fravær og sykdom, samt dårligere arbeidsmiljø. For strukturendringer i tjenestene var to alternativer vurdert. Det ene alternativet medførte flytting av demente, noe som ble vurdert å være en risiko som utløste behov for risikoreduserende tiltak. I tillegg var økonomi med hensyn til utbygging og det at en ville mangle rom i

beredskap, risikoområder som måtte tas hensyn til. For det andre alternativet var det kun risiko knyttet til økonomi i forbindelse med utbygging som krevde risikoreducerende tiltak.

Stillingsbeskrivelser: Kommunen har stillingsbeskrivelser for virksomhetsledere, fagsykepleiere, miljøarbeidere, assistenter og miljøterapeuter. I stillingsbeskrivelsene er blant annet målsettingen for stillingen, ansvar og myndighet og arbeidsoppgavene beskrevet. Som et eksempel tar vi med noen av de arbeidsoppgavene som finnes i stillingsbeskrivelsen for fagsykepleier:

- Jevnlig oppdater virksomhetsleder om den faglige utviklingen og problemstillinger.
- Ansvar for måloppnåelse og resultater i samarbeid med virksomhetsleder.
- Bistå med innspill til kompetansebehov, læring og utvikling og gi veiledning til medarbeidere.
- Fagsykepleier skal sammen med virksomhetens ledelse arbeide for å realisere virksomhetens visjoner, mål, planer og rutiner. Fagsykepleier samarbeider om viktige faglige utfordringer for å maksimere kompetanseutvikling og effektiv internkontroll.
- Legge til rette for at pasienter og eventuelt pårørende deltar i arbeidet. Brukermedvirkning.
- Sørge for at pasienten ivaretas med tanke på vedtak, rettigheter og lovverk.
- Ansvar for å følge opp gjeldende rutiner, opplærings- og behandlingstiltak.
- I henhold til internrevisjon, levere kvalitetsrapporter til virksomhetsleder 2 ganger pr år med gjennomgang av overganger i pasientforløp, vedtak, dokumentasjon av helsehjelp, fallforebygging, samtykkevurdering, tvungen helsehjelp, bruk av tvang og makt, legemidler og ernæringsarbeid og andre områder som kan være gjenstand for evaluering.
- Levere avvik i tråd med retningslinjer og bidra til at øvrige ansatte melder avvik tjenestevei.

5.2.2 Data fra intervjuer

Fra **kommunalsjef for oppvekst og helse/velferd** har vi fått opplyst at kommunen ikke har noen fungerende helse- og omsorgsplan i dag. En slik plan er imidlertid nedfelt i kommunens planstrategi. Arbeidet med ny plan er startet opp og vil forhåpentligvis være klar i løpet av våren. I mangelen av en egen kommunal plan er målsettingen for helse- og omsorgstjenestene først og fremst å holde seg innen gjeldende lovbestemmelser. Økonomiplan og årsbudsjettene legger rammer for økonomien i tjenestene, men virksomhetene legger også vekt på å levere helse- og omsorgstjenester med best mulig kvalitet. Ellers finnes det ulike delplaner eller rapporter som fastsetter mål for tjenesten, som for eksempel «Sluttrapport for Engerdal kommune, november 2020, Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre».

Netpower og årshjul er viktige deler av styringssystemet i tjenestene. Det samme gjelder arkiv og journalsystemet Elements. Dette med hensyn til oppfølging av vedtak og å fange opp sentrale føringer for tjenestene. Det er ikke gjort noen systematisk og overordnet risikovurdering med hensyn til hvordan styringssystemet skal innrettes. Kommunen har en overordnet ROS-analyse, men denne er i stor grad innrettet mot beredskap. Det gjennomføres internkontrollgjennomgang i virksomhetene to ganger i året på risiko-områder. Bakgrunn for valg av områder i disse gjennomgangene er et tilsyn som kommunen hadde i 2019, og internkontrollgjennomgangen er et tiltak for å lukke avvikene fra dette tilsynet. Helse- og omsorgstjenestene bruker ellers felles mal for rutiner/prosedyrer.

Når det gjelder oversikt over og formidling av informasjon om rammevilkårene for tjenestene er Netpower også en kilde for dette. Årsbudsjett- og økonomiplandokumentene legger videre viktige rammebetingelser for tjenestene. Fra budsjettåret 2023 fastsettes også en ramme for antall årsverk som er grunnlag for lønnsbudsjettet i den enkelte virksomhet. Kommunalsjefens ukentlige møter med

virksomhetslederne er en viktig informasjonskanal på ledernivå. Kommunalsjefen deltar også på kvartalsvise fellesmøter med alle ansatte i helse- og omsorgstjenestene. Temaene på disse møtene varierer, men kan gjerne dreie seg om tiltak for å sikre bedre tjenester. Formidling av målsettinger, oppgaver, aktiviteter og organisering foregår i de samme møteforaene når det er aktuelt. Når det gjelder risiko for svikt, så har ikke tjenestene egne rutiner for risikokartlegging og risikovurderinger utover de faste internkontrollgjennomgangene.

Helse- og omsorgstjenestene har god tradisjon på avviksregistrering, og er gode på dette. Det kan likevel være avvik som ikke registreres også i disse tjenestene. Dette er noe en uansett må minne de ansatte på med jevne mellomrom, og virksomhetslederne har løpende fokus på dette. Det tas ut noen rapporter fra avvikssystemet innimellom, men en har ingen fast rutine på å systematisere og gjennomgå alle avvikene. Avvik er imidlertid et tema som tas opp i de ukentlige møtene mellom kommunalsjefen og virksomhetslederne, og det vurderes om det er behov for tiltak. Tema i disse møtene er drift, økonomi, avvik og personal. Kommunalsjefen har også møter med virksomhetslederne i forbindelse med internkontrollgjennomgangene som gjøres hvert halvår.

Nye rutiner/prosedyrer eller utvikling av eksisterende, skjer som følge av at en ser at det er behov for det. For eksempel når det er nye arbeidsoppgaver som skal utføres, eller at en må jobbe på en annen måte. Oppståtte avvik er også årsak til nye eller endrede rutiner/prosedyrer. De rutinene/prosedyrene som ligger i Netpower evalueres årlig, og systemet sier fra når det er frist for å gjøre dette. Dette er ingen garanti for at rutinene er oppdatert, og en er selvsagt avhengig av hvor pliktoppfyllende den som har ansvaret for rutinen er. Kommunalsjefen mener de fleste tar innover seg dette ansvaret.

I **intervjuer med virksomhetslederne** har vi fått opplyst at kommunen mangler en fungerende helse- og omsorgsplan, men at en har intensjoner om å få utarbeidet en ny oppdatert plan. De faglige målsettingene er imidlertid klare. Kommunen har en målsetting om å etterleve lov og forskrift og å levere tjenester av god kvalitet. Budsjettet legger videre rammen i forhold til at enheten må drives effektivt/rasjonelt. Målsettingene med hensyn til etterlevelse av lovkrav, god kvalitet i tjenestene og å overholde budsjettammen henger tett sammen. Vi har fått innspill på at det at kommunen mangler en fungerende helse- og omsorgsplan som fastsetter de overordnede og langsiktige målene for tjenestene, gjør det mer krevende å finne argumenter for tiltak som tas inn i budsjettforslagene. Dette blir da som regel å knytte til nye krav og endringer som en vet at vil komme. Manglende kommunale målsettinger vanskeliggjør også kommunikasjonen opp mot de folkevalgte. Alle virksomhetene har meldt inn at det rapporteres i forbindelse med tertialrapporteringer. Denne rapporteringen omfatter i stor grad status i forhold til budsjett, men det kan også redegjøres for status på ulike tiltak som er iverksatt. På kommunalsjefsområdet har en også en økonomigjennomgang og rapportering en gang i måneden. Når det gjelder internkontroll og risikovurderinger rapporteres det også på dette to ganger i året, internt i hver virksomhet og til kommunalsjefen.

Kvalitetssystemet Netpower er sentralt med hensyn til styring av virksomheten. I dette systemet ligger mesteparten av de rutiner/prosedyrer som virksomhetene forholder seg til. Noen rutiner er felles for hele kommunen, noen for helse- og omsorgstjenestene og noen er interne for den enkelte virksomhet. I systemet ligger kommunens delegeringsreglement og prinsippene for tildeling av tjenester. Avvikssystemet ligger også i Netpower, og det finnes en risikovurderingsmodul der. Denne er foreløpig lite brukt, men vi har fått opplyst at en har planer om å ta denne i bruk i større grad.

Når det gjelder lovverk, veiledere og generelle prosedyrer (Helsedirektoratet) har virksomhetene tilgjengelighet til ulike lenker i Netpower eller i form av brukerkonti på ulike nettsteder og apper. Når

det gjelder endringer i regelverk, eksterne veiledere etc. så får kommunen som regel beskjed om dette i form av et rundskriv eller på annen måte. Andre kilder er HF infoserie, Stortingsmeldinger og –proposisjoner. Den enkelte leder har ansvar for å sette i verk nødvendige tiltak for å sikre at endringene tas hensyn til. Rammene og målene for tjenestene er også beskrevet på kommunens hjemmesider, i form av en kort beskrivelse av hva som gjelder for tjenestene, hva kommunen tilbyr av tjenester og kontaktinformasjon. Ellers har virksomhetene egne årshjul som skal bidra til at ulike oppgaver gjennomføres til planlagt tid. Årshjulene beskriver også hvilken ansvars-, oppgave- og myndighetsfordeling som gjelder.

Når det gjelder risikovurderinger gjennomføres det internkontrollgjennomganger to ganger i året. Ved virksomhetsområdene Institusjon og Forebyggende rehabilitering gjøres det et tilfeldig utplukk av 3 brukere som gjennomgås etter egen sjekklister. Viktige sjekkpunkter er dokumentasjon, målsettinger og evalueringer. Ved virksomhetsområde Habilitering/avlastning og legetjenester velges det ut 2-3 områder som skal gjennomgås etter en egen sjekklister. Valg av områder kan for eksempel velges ut fra hyppigheten eller alvorlighetsgraden på avvik. Kontrollene sammenfattes og rapporteres til kommunalsjefen. Det gjennomføres også «journalikke-kontroller» to ganger årlig i henhold til årshjul, eller oftere ved eksempelvis mistanke/ avvik.

Alle ansatte har tilgang til avvikssystemet i Netpower og opplæring i å bruke systemet, og det regnes også som enkelt å bruke uten for mange feilmeldinger. Det kan være noe variasjon på bruk av systemet rundt i virksomhetene, men virksomhetslederne opplever at det generelt er god kultur for å melde avvik. Avvik skal løses på lavest mulig nivå, og alle som registrerer avvik skal få tilbakemelding på e-post.

Personalmøter er sentrale med hensyn til å ta opp ting som må endres. Denne typen møter avholdes jevnlig, og vanligvis en gang i måneden. Registrerte avvik og resultater fra de halvårige internkontrollgjennomgangene er tema på disse møtene. Tema kan også være endringer i lover og regler, veiledere eller anbefalinger. Både avvik, resultat fra internkontrollgjennomgangene og endringer i regler og anbefalinger kan være grunnlag for å endre eksisterende rutiner, eller å opprette nye. Slike endringer kan også innebære behov for kurs/kompetanseutvikling. Nye/endrede rutiner er også tema på personalmøter. Utvikling av nye rutiner/prosedyrer gjøres ofte i samarbeid med flere enheter i kommunen. Virksomhetslederne og fagsykepleierne er sentrale i dette arbeidet, men virksomhetene kan også benytte andre ansatte til denne typen tiltak. For eksempel de som er i videreutdanning og som kan se på virksomhetens rutiner/prosedyrer med nye øyne, eller ser behovet for nye prosedyrer.

Oppgavene i virksomhetene følges opp løpende ved at virksomhetslederne både er ute i avdelingene og er lett tilgjengelige på kontoret. Det rapporteres også ved den enkelte enhet og virksomhet, og ting som må tas tak i kan for eksempel dukke opp gjennom vaktskifterapporter. Personalmøtene har blitt nevnt som en arena for oppfølging. Det samme gjelder møter i tverrfaglig team i helse- og omsorgstjenestene. Ellers er evaluering av pleieplaner oppgitt som en måte å følge opp kvaliteten i tjenestene på. Det samme gjelder deltagelse i brukermøter og evaluering av tiltaksplaner.

Vi har eller fått opplyst at det er lite med klager på helse- og omsorgstjenestene i Engerdal, og at dette kan ha sammenheng med at det ikke er kultur for å klage blant den generasjon av Engerdøler som mottar tjenester fra kommunen i dag. Fra virksomhetsleder for Institusjonstjenestene har vi fått innspill på at kommunen er en liten og oversiktlig organisasjon. Dette kan være en fordel med hensyn til å skaffe oversikt over risiko-områder, men det kan også være en sovepute.

I intervju med de tillitsvalgte har vi fått opplyst at kommunen akkurat har innført trepartssamarbeid i kommunen, det vil si mellom partene arbeidsgiver, verneombud/tillitsvalgte og folkevalgte. Dette er fremdeles i oppstartfasen, og samarbeidet er under utvikling. De tillitsvalgte er ikke involvert i arbeidet med å utvikle styringssystemet i helse og omsorgstjenestene. Det bekreftes at kommunen tidligere hadde en egen helse- og omsorgsplan, men at denne er ikke noe styrende dokument for kommunen i dag. I og med at det ikke finnes noen fungerende plan for tjenestene er det også vanskelig å si noe om hvilke mål en styrer mot, utover de faglige kravene og målsettingen om å levere tjenester med god kvalitet. De tillitsvalgte er heller ikke kjent med at det finnes noe eget system for risikovurderinger i kommunen selv om det ble større fokus på dette i forbindelse med et tilsyn for en tid tilbake. Risikovurderinger kan gjøres i forbindelse med budsjettforberedelsene og i forhold til enkeltpasienter/brukere.

Den viktigste kanalen for informasjon til de ansatte er personalmøtene som avholdes ca. en gang i måneden. Fra Fagforbundet har vi fått innspill på at møter i forbindelse med vaktskifter også er en viktig kanal for informasjon. Det er å anta at de tillitsvalgte får mer informasjon enn de øvrige ansatte. For eksempel om endringer i lov og forskrift og andre mer overordnede ting som har betydning for helse- og omsorgstjenestene å gjøre. Det er heller ikke alle som har mulighet til å delta på personalmøtene. Det skrives referater, men det er likevel ikke sikkert at alle får med seg det som skjer. Initiativet til å skaffe seg informasjon vil variere fra person til person.

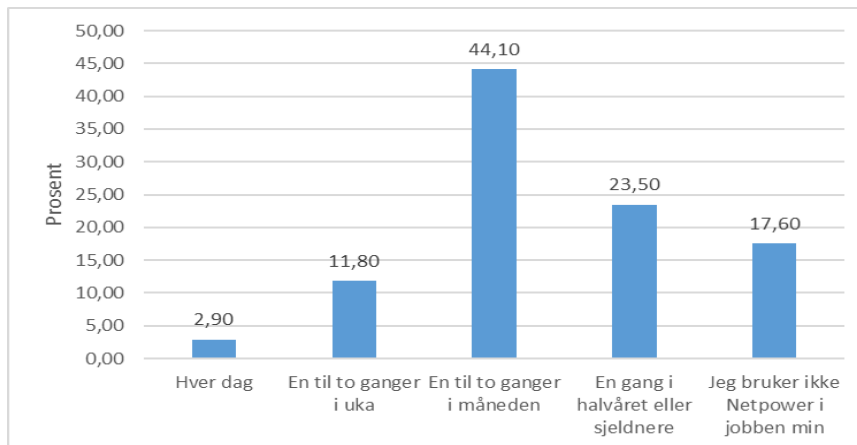
Avvik registreres i Netpower. De fleste melder avvik når slike oppstår, og systemet fungerer i utgangspunktet godt. Det antas at sykepleierne i større grad melder inn avvik enn helsefagarbeidere og assistenter. Det er nærmeste leder som får avvikene til behandling og alle får tilbakemelding på de avvikene som meldes inn. Avvik tas også opp på personalmøter. Argumentet for ikke å melde avvik kan være at de som har meldt inn avviket ikke ser at det blir tatt tak i. Det er da viktig å være klar over at det ikke er alle forhold i tilknytning til et avvik som kan meldes tilbake til den som har meldt inn et avvik.

Fra tillitsvalgt i fagforbundet har vi fått tilbakemelding på at Netpower sannsynligvis ikke brukes så mye av helsefagarbeiderne i virksomheten. Det er ingen som har fått annen opplæring i dette systemet enn det som formidles mellom de ansatte. Det finnes heller ikke så mye informasjon i dette systemet som helsefagarbeiderne har nytte av, og kommunen har for få PCer som fungerer godt med hensyn til Netpower. Tilbakemeldingen er at det oppleves som vanskelig for mange å få til å bruke Netpower og å sette seg inn i hvordan det brukes. Dersom helsefagarbeiderne har behov for en rutine eller prosedyre kan det derfor godt være at de får den skrevet ut på papir. Tillitsvalgt fra sykepleierforbundet har opplyst at Netpower benyttes aktivt av sykepleierne med hensyn til rutiner og prosedyrer.

Vi har ellers fått opplyst at kommunen har tatt tak i ansvars-, oppgave- og myndighetsfordeling i tjenestene etter at kommunen hadde tilsyn for noen år tilbake (2017). Tilsynet gikk mye på styring og ledelse av tjenestene, og fokus var på medikamenthåndtering og ernæring. Ellers er delegeringsreglementet og stillingsbeskrivelser nevnt som kilder for å sikre oversikt. Fra tillitsvalgt i Fagforbundet er det presisert at kommunen har mange ansatte med lang erfaring, slik at de fleste har god oversikt over egne oppgaver og de vet også hvilke oppgaver andre har. De er også selvdrevne, noe som forenkler drift av tjenestene.

5.2.3 Data fra spørreundersøkelsen

Netpower er et sentralt system i tilknytning til styring og drift av helse og omsorgstjenestene. I spørreundersøkelsen har vi derfor kartlagt bruken av dette systemet. Det er spurt om hvor ofte de ansatte benytter systemet. Resultatet kan oppsummeres som følger:



De fleste oppgir å benytte Netpower en til to ganger i måneden, eller sjeldnere. Det er også en ganske stor del som oppgir å ikke benytte Netpower i jobben sin (17,6 %). Det er noe forskjell mellom virksomhetene. Forebyggende rehabilitering er den enheten som har størst andel ansatte som bruker Netpower, og som bruker Netpower ofte. Der det er minst andel som benytter systemet er i virksomhetsområdet Habilitering, avlastning og legetjenester. Respondentene er videre spurt om å beskrive hva de benytter Netpower til. Det som går igjen i svarene her er at systemet benyttes til å:

- Skrive avvik
- Finne prosedyrer og rutiner, og å ajourholde disse

Respondentene har også blitt bedt om å ta stilling til en påstand om at de i Netpower finner det de har bruk for av rutiner/prosedyrer i jobben sin. Svarene er gradert i en skala fra 1-5 der 1 er helt uenig og 5 er helt enig. Gjennomsnittssvaret ligger på 3,9, altså noe over midtverdien på skalaen (3). Det er noe variasjon mellom virksomhetene. For Forebyggende rehabilitering ligger gjennomsnittet på 4,1, for Habilitering, avlastning og legetjenester 4,2, og for Institusjonstjenestene ligger gjennomsnittssvaret på 3,5.

Vi har også presentert ulike påstander om avviksregistreringen i kommunen som respondentene skulle ta stilling til (på en poengskala fra 1 til 5, der 1 er fullstendig uenig mens 5 er helt enig). Resultatet kan oppsummeres som følger:

Hvor enig/uenig er du i følgende påstander (poengskala fra 1-5)	Poeng
Det er enkelt å forstå hvilke forhold som skal meldes inn som avvik i kvalitetssystemet	3,8
Jeg er flink til å melde inn avvik i kvalitetssystemet	3,2
Jeg opplever at innmeldte avvik blir behandlet og fulgt opp på en tilfredsstillende måte.	3,5
Mine kolleger er flinke til å melde inn oppståtte avvik i kvalitetssystemet.	3,2

Gjennomsnittet for de fleste påstandene ligger over midtverdien på skalaen (3), og flertallet er således mer enig enn uenig i påstandene. Det respondentene i snitt er mest enig i er at det er enkelt å forstå

hvilke forhold som skal meldes inn som avvik (3,8 poeng). Det de er minst enig i er at de selv og deres kolleger er flinke til å melde inn avvik (3,2 poeng). Prosentmessig fordeler svarene seg slik:

Hvor enig/uenig er du i følgende påstander (poengskala fra 1-5)	1	2	3	4	5	Vet ikke
Det er enkelt å forstå hvilke forhold som skal meldes inn som avvik i kvalitetssystemet	0%	8,8%	20,6%	35,3%	23,5%	11,8%
Jeg er flink til å melde inn avvik i kvalitetssystemet	17,6%	11,8%	14,7%	29,4%	17,6%	8,8%
Jeg opplever at innmeldte avvik blir behandlet og fulgt opp på en tilfredsstillende måte.	0%	8,8%	32,4%	26,5%	11,8%	20,6%
Mine kolleger er flinke til å melde inn oppståtte avvik i kvalitetssystemet.	11,8%	11,8%	23,5%	29,4%	11,8%	11,8%

Vi har også presentert ulike påstander som er rettet mer generelt mot styring og drift av helse- og omsorgstjenestene i kommunen som respondentene skulle ta stilling til (på en poengskala fra 1 til 5, der 1 er fullstendig uenig mens 5 er helt enig). Resultatene kan oppsummeres som følger:

Hvor enig/uenig er du i følgende påstander (poengskala fra 1-5)	Poeng
Jeg har tilgang til regelverk, og reglementer som jeg har behov for i jobben min.	4,1
Jeg har tilgang til faglige anbefalinger og veiledere som jeg har behov for i jobben min.	4,0
Jeg får informasjon om endringer i helse- og omsorgslovgivningen, reglementer og faglige anbefalinger som har betydning for mine arbeidsoppgaver.	3,6
Oppgavefordelingen er klart definert ved min arbeidsplass.	3,6
Kommunen har klare målsettinger for helse- og omsorgstjenestene.	3,5
Hvem som har ansvar og myndighet på hvilke områder er klart definert ved min arbeidsplass.	4,0
Ved min arbeidsplass har vi kartlagt områder hvor det er risiko for avvik.	3,3
Min leder følger opp at arbeidsoppgavene ved arbeidsplassen gjennomføres som planlagt.	3,3

Gjennomsnittet for de fleste påstandene ligger over midtverdien på skalaen (3), og flertallet er således mer enig enn uenig i påstandene. Det respondentene i snitt er mest enig i er at de har tilgang til regelverk og reglementer som de har behov for i jobben sin (4,1 poeng). Det de er minst enig i er at det ved deres arbeidsplass er kartlagt områder hvor det er risiko for avvik (3,3 poeng), og at deres leder følger opp at arbeidsoppgavene ved arbeidsplassen gjennomføres som planlagt (3,3 poeng). Prosentmessig fordeler svarene seg slik:

Hvor enig/uenig er du i følgende påstander (poengskala fra 1-5)	1	2	3	4	5	Vet ikke
Jeg har tilgang til regelverk, og reglementer som jeg har behov for i jobben min.	2,9	0	8,8	44,1	26,5	17,6

Jeg har tilgang til faglige anbefalinger og veiledere som jeg har behov for i jobben min.	5,9	2,9	11,8	23,5	35,3	20,6
Jeg får informasjon om endringer i helse- og omsorgslovgivningen, reglementer og faglige anbefalinger som har betydning for mine arbeidsoppgaver.	2,9	11,8	14,7	20,6	20,6	29,4
Oppgavefordelingen er klart definert ved min arbeidsplass.	2,9	14,7	20,6	20,6	26,5	14,7
Kommunen har klare målsettinger for helse- og omsorgstjenestene.	5,9	2,9	32,4	17,6	17,6	23,5
Hvem som har ansvar og myndighet på hvilke områder er klart definert ved min arbeidsplass.	0	5,9	23,5	23,5	32,4	14,7
Ved min arbeidsplass har vi kartlagt områder hvor det er risiko for avvik.	2,9	14,7	26,5	17,6	11,8	26,5
Min leder følger opp at arbeidsoppgavene ved arbeidsplassen gjennomføres som planlagt.	8,8	8,8	26,5	32,4	8,8	14,7

Den enkelte respondent har også blitt oppfordret til å komme med forslag til hvordan kvalitetssystemet i helse- og omsorgstjenestene kan forbedres. Her er det mottatt 5 svar. Forslagene er klare på at det er behov for mer opplæring. Det er også kommet forslag om å sikre at relevante prosedyrer ligger i systemet, og at en bør ha på plass en ansvarlig for systemet.

5.3 Revisors vurdering

5.3.1 Overordnet vurderinger og tilpasning av styringssystemet

Det finnes ingen samlet beskrivelse av internkontroll-/styringssystemet i helse- og omsorgstjenestene. Netpower og de dokumentene som er innlagt i dette systemet er viktige verktøy med hensyn til internkontroll og styring. Vi mener kommunen med fordel kunne dokumentere internkontroll-/styringssystemet med en beskrivelse av hvordan det er oppbygd og hvordan det er tenkt å fungere. En slik beskrivelse er også viktig med hensyn til å tydeliggjøre hvilke krav kommunens ledelse stiller til internkontroll/styring og å få integrert systemet i virksomhetene.

Når det gjelder en overordnet/generell vurdering av risiko for at helse- og omsorgstjenestene ikke når sine målsettinger, finnes det ikke etter hva vi kan se noen samlet vurdering for helse- og omsorgstjenestene. I gjennomførte intervjuer har vi fått inntrykk av at etterlevelse av lovkrav, effektiv drift og god kvalitet i tjenestene er de viktigste målene tjenestene styrer mot. Ellers registrer vi at kommunens helse og omsorgsplan ikke legges til grunn for styring av tjenestene fordi den er utdatert. Dette medfører slik vi ser det, at helse- og omsorgstjenestene i mindre grad styres etter politiske mål.

Når det gjelder effektiv drift vil risiko, eller utfordringer, i noen grad være omtalt i økonomiplaner og budsjett. Med hensyn til etterlevelse av lov og god kvalitet i tjenestene er det de siste årene gjennomført stikkprøver på bestemte områder i forbindelse med intern gjennomgang av internkontroll. Vi legger til grunn at valgte områder er basert på risiko for at det skal oppstå feil/uønskede hendelser. Vi mener likevel at risikovurderingene, og dermed valg av områder som skal kontrolleres, bør være planmessige og gjenstand for jevnlig vurdering og at det nå er på tide å evaluere valgte risiko-områder på nytt.

Ettersom det ikke finnes noen samlet og dokumentert analyse av overordnet risiko er det også vanskelig å vurdere om internkontroll-/styringssystemet er utformet for å møte de risikoforholdene det bør tas høyde for. Vi kan heller ikke se at kommunen har noen plan for å evaluere internkontroll-/styringssystemet.

Ut fra dette mener vi at revisjonskriterie 1 ikke er etterlevd.

- Det må være gjort en konkret analyse og vurdering av sannsynligheten for at regelverk og målsettinger innen helse- og omsorgstjenestene ikke følges, og styringssystemet må utformes og dokumenteres med bakgrunn i vurderingen.

5.3.2 Struktur, maler og standarder for internkontrollarbeid

Det er her lagt til grunn at helse- og omsorgstjenestene, som minimum, må ha felles struktur og maler for:

- Rutiner, prosedyrer og retningslinjer
- Risikokartlegging og risikovurderinger
- Dokumentasjon av internkontrolltiltak
- Felles frekvens og form på rapportering

Ut fra hva vi kan se har helse- og omsorgstjenestene felles struktur og maler for rutinebeskrivelser og prosedyrer i Netpower. I Netpower kan det også, etter hva vi har fått opplyst, legges inn lenker til lovverk og nasjonale retningslinjer, prosedyrer anbefalinger etc. Alt er likevel ikke samlet i Netpower og virksomhetene har opprettet brukerkonti på ulike nettsider og apper for å ha tilgang til oppdatert informasjon. Rutiner og prosedyrer kan også skrives ut på papir. Det vil være en fordel å samle så mye som mulig i Netpower.

Når det gjelder risikokartlegging og risikovurderinger har vi fått opplyst at Netpower har en egen risikovurderingsmodul, og at det er planer om å ta denne i bruk. Ellers har ikke helse- og omsorgstjenestene noen dokumentert struktur eller maler for risikovurderinger. Det er gjennomført ROS-analyser i tjenestene i forbindelse med omlegging og nedbemanning i tjenestene for en tid tilbake, og det kan eventuelt gå an å ta utgangspunkt i disse for å utvikle et system for risikokartlegging og risikovurderinger.

Det som gjøres av kontroller opp mot internkontrolltiltak dokumenteres jevnt over godt i deler av helse- og omsorgstjenestene ved at alle sjekkpunkter i kontrollen markeres med ja eller nei for hver enkelt bruker/pasient som kontrolleres. Hvordan virksomhetsområdene gjør dette varierer imidlertid noe. Vi kan imidlertid fastslå at det rapporteres etter en felles mal. Når det gjelder frekvens for rapportering er denne planmessig, selv om de ulike virksomhetsområdene rapporterer på noe ulike tidspunkter.

Vi mener kommunen kan forbedre seg ved å utvikle et system for risikokartlegging og risikovurderinger, og at revisjonskriterie 2 derfor bare er delvis etterlevd.

- Kommunen bør ha felles struktur, maler og standarder for internkontrollarbeid/kvalitetsarbeid.

5.3.3 Oversikt over rammevilkårene for tjenestene

Vi har fått opplyst at både Netpower, ulike nettsider og apper benyttes for å holde virksomhetsområdene oppdaterte med hensyn til lover, veiledere, anbefalinger, felles nasjonale prosedyrer etc. Endringer og pålegg som kommunen må forholde seg til får en som regel beskjed om,

og virksomhetslederne og fagsykepleier har et spesielt ansvar med hensyn til å holde kommunen oppdatert, jfr. deres stillingsbeskrivelser. Det er vårt inntrykk at dette blir tilstrekkelig godt ivaretatt i tjenestene.

Når det gjelder annen relevant informasjon som styringssystemet bør bidra med i planleggingen av tjenestene, så anser vi at avvikssystemet bidrar til relevant informasjon. Det holdes også god oversikt over økonomien i tjenestene. Demografi og tjenestebehov er noe berørt i de overordnede planleggingsdokumentene i kommunen, og i forbindelse med ulike utredninger som statusrapporten i tilknytning til «Leve hele livet», ROS-analyse for Engerdal helse- og omsorgssenter og omstillingsprosjektet i 2019. Her hadde det etter vår mening vært en fordel med en egen helse og omsorgsplan, som i større grad kunne knyttet demografi og tjenestebehov tettere til helse- og omsorgstjenestene og sikret en mer samlet og langsiktig planlegging for akkurat disse tjenestene. Kommunen har etter hva vi kan se lite rapportering på tjenestedata, det ser heller ikke ut som at nasjonal statistikk og kvalitetsindikatorer har veldig mye fokus. Brukerundersøkelser er gjennomført, men dette er noe tid tilbake. Ut fra dette mener vi at kommunen har et potensiale med hensyn til å skaffe tilveie god styringsinformasjon til styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene stiller krav til at det skal være planlagt hvordan relevant regelverk, retningslinjer og veiledere skal gjøres kjent i virksomheten. Vi kjenner ikke til at kommunen har noen spesielle plan med hensyn til hvordan dette skal gjøres, bortsett fra at nytilsatte, i henhold til egen rutine, skal få innføring i blant annet Netpower og rutiner/prosedyrer de vil ha bruk for i arbeidet sitt. Endringer tas imidlertid opp i personalmøter, og vi anser at helse- og omsorgstjenestene har en tilstrekkelig god kanal for bekjentgjøring av regler, retningslinjer og veiledere i disse møtene.

Ut fra at kommunen har potensiale for å skaffe mer relevant informasjon til styringssystemet mener vi at revisjonskriterie 3 bare delvis er etterlevd.

- Styringssystemet må bidra til å skaffe oversikt over de rammevilkårene som til enhver tid gjelder for virksomheten, det må skaffes tilveie tilstrekkelig informasjon og kunnskap som kan benyttes til planlegging av en forsvarlig tjeneste, og det må planlegges hvordan denne informasjonen skal gjøres kjent i virksomheten.

5.3.4 Oversikt over mål, oppgavefordeling og system for kvalitetsforbedring

Det finnes etter vår vurdering få dokumenterte målsettinger for kommunens helse- og omsorgstjenester. Revisjonen legger til grunn at kommunen har som mål å følge gjeldende lovverk for tjenestene. At tjenestene skal drives effektivt/rasjonelt kan knyttes til økonomiplaner, årsbudsjett og rapportering i denne forbindelse. Målsettingen om at tjenestene skal leveres med god kvalitet er i liten grad dokumentert, og informasjonen om målsettingene har vi hovedsakelig fått opplyst fra de ansatte i virksomhetene gjennom intervjuer. Målsettingene som gjelder kvalitet er heller ikke målbare og/eller tidsbestemte, slik gode målsettinger bør være dersom det skal rapporteres på dem.

I spørreundersøkelsen har de ansatte gitt svar på en påstand om at kommunen har klare målsettinger for helse- og omsorgstjenestene. Gjennomsnittet gir en score på 3,5 (på en skala der 1 er helt uenig og 5 er helt enig). De fleste er altså noe over middels enige i dette. Vi merker oss videre at det er 23,5 % som har svart «vet ikke» på dette spørsmålet. Dette indikerer at deler av virksomhetens ansatte ikke har oversikt over målsettingene for tjenestene.

Det er vår vurdering at styringssystemet i liten grad gir noen oversikt over, og beskriver fastsatte mål for tjenestene. Det samme gjelder også beskrivelser av oppgaver, aktiviteter og organisering. Dette vil delvis fremgå av kommunens hjemmesider, men vi har ikke fått inntrykk av at hjemmesidene er en del av kommunens styringssystem. Vi mener kommunen bør utarbeide en samlet beskrivelse av helse- og omsorgstjenestenes målsettinger, oppgaver, aktiviteter og organisering, til bruk i tjenestenes styringssystem.

Når det gjelder ansvars-, oppgave- og myndighetsfordeling har vi fått opplyst at delegeringsreglementet ligger i Netpower. Ansvar- og oppgavefordeling er videre nedfelt i de stillingsbeskrivelsene vi har sett og i ulike rutinebeskrivelser som ligger i Netpower.

I spørreundersøkelsen til de ansatte går det frem at det er enkelte ansatte (17,6 %) som ikke bruker Netpower. På en påstand om at oppgavefordelingen er klart definert på arbeidsplassen, er gjennomsnittsscore på 3,6 (på en skala der 1 er helt uenig og 5 er helt enig). På påstanden om hvorvidt det er klart definert hvem ved arbeidsplassen som har ansvar og myndighet på hvilke områder, er gjennomsnittlig score på 4. For begge disse påstandene er det 14,7 % som har svart «vet ikke». Ut fra dette mener vi for det første, at kommunen kan ha noe å gå på når det gjelder å få de ansatte til å benytte Netpower, som vi mener bør være en viktig kanal for styringsinformasjon til de ansatte. For det andre kan det være behov for å tydeliggjøre oppgavefordelingen i tjenestene.

Det gjennomføres kontroll med internkontrollen i virksomhetene en gang i halvåret, det registreres avvik og det vurderes forbedringstiltak i forhold til de avvikene som avdekkes i denne forbindelse. Vi kan imidlertid ikke se at en har noen samlet oversikt over eller beskrivelse av hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring. Som vi var inne på under kriteriepunkt 2 mangler tjenestene et system for risikovurderinger. Under kriteriepunkt 3 var vi inne på at en bør sørge for et bredere tilfang av god styringsinformasjon til styringssystemet. Risikovurderinger og tilstrekkelig med styringsinformasjon er viktig sett opp mot et system for kvalitetsforbedring. Styringsinformasjon kan beskrive seg fra for eksempel testing av internkontrollen, avvikshåndtering, brukerinnsspill, innsspill fra virksomhetens medarbeidere, oppfølging av kvalitetssystemet/styringssystemet etc.

Vi mener at revisjonskriterie 4 er delvis etterlevd.

 I forbindelse med planlegging av virksomheten må styringssystemet sikre oversikt over:

- Og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering.
- Ansvars-, oppgave- og myndighetsfordeling.
- Hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring.

5.3.5 Oversikt over risikoområder, avvik og behov for kompetanse

Helse og omsorgstjenestene har ikke rutiner for planmessige og systematiske risikovurderinger, og etter vår vurdering gjennomføres det heller ikke slike vurderinger. Virksomhetene samler en del informasjon som kan være et grunnlag for risikovurderinger. Eksempler på dette er oversikt over avvik fra avvikssystemet og avvik i forbindelse med internkontrollgjennomgangene. Vi har tidligere vært inne på at tjenestene bør vurderes på et noe bredere grunnlag ned hensyn til risiko. I tillegg bør dette gjøres planmessig, og for at hele organisasjonen skal dra i samme retning bør vurderingene og resultatene dokumenteres. I spørreundersøkelsen har de ansatte tatt stilling til en påstand om at det er kartlagt områder hvor det er risiko for avvik ved deres arbeidsplassen. Gjennomsnittssvaret ga en score på 3,3 (på en skala der 1 er helt uenig og 5 er helt enig). Vi merker oss at det er hele 26,5 % som har svart

«vet ikke» her, og dette tyder på at dette med risikovurderinger ikke har så stort fokus som en kunne ønske. De ansatte i virksomheten bør være involvert i et system for risikovurderinger. Vi mener at innføring av systematiske risikovurderinger kan bidra til en mer rasjonell internkontroll, som gir økt trygghet med hensyn til å sikre forsvarlige tjenester. Hensikten med å gjennomføre risikovurderinger er å sikre at det iverksettes internkontrolltiltak der det er størst behov.


Det gjøres kartlegginger av de ansattes kompetanse og behov for opplæring. Dette har skjedd mer generelt for hele helse- og omsorgstjenestene i forbindelse med utarbeidelse av strategisk kompetanseplan. Det gis videre årlige innspill med hensyn til kompetansebehov i tjenestene, for den enkelte. Kompetansebehov og ønsker er også tema i medarbeidersamtaler. Ut fra dette mener vi at tjenestene har tilstrekkelig oversikt over de ansattes kompetanse.

Alle ansatte har tilgang til avvikssystemet i Netpower. I intervjuer har vi fått tilbakemelding om at systemet synes å fungere godt, og at det er kultur for å melde avvik i tjenestene.

I spørreundersøkelsen har de ansatte gitt svar på ulike påstander vedrørende avvik og avvikssystemet. Påstanden om at det er enkelt å forstå hvilke forhold som skal meldes inn som avvik i kvalitetssystemet har fått en gjennomsnittlig score på 3,8, som må regnes som ganske bra. Resultatet er noe dårligere for påstanden om at den enkelte er flink til å melde avvik og at kollegene er flinke til å melde avvik. Begge disse har en gjennomsnittlig score på 3,2. Det er nærmere 30 % som er uenige eller helt uenige i at de er flinke til å melde avvik, og noen færre, 23,6 %, som er uenige eller helt uenige i at kollegaene er flinke til å melde avvik. Ut ifra dette mener vi at det er sannsynlig at det ikke alle avvik blir meldt slik de skal.

Påstanden om at en opplever at innmeldte avvik blir behandlet og fulgt opp på en tilfredsstillende måte har en gjennomsnittlig score på 3,5. De fleste har her svart at de hverken er enige eller uenige. Det er også 20,6 % som har svart «vet ikke». Om realiteten er at avvikene ikke blir fulgt opp, eller at de som har meldt inn avvik ikke får nok informasjon om hvordan avviket er fulgt opp, har vi ikke noe godt svar på. At de som melder inn avvik opplever at avvikene blir tatt tak i er i alle fall en viktig forutsetning for at den enkelte fortsetter å melde avvik. Vi mener at lederne i tjenestene bør vurdere om det er mulig å være enda mer tydelige i tilbakemeldinger og behandling av innmeldte avvik. Det er vårt inntrykk at innmeldte avvik benyttes til å bedre kvaliteten i tjenestene. Blant annet ved at avvik er jevnlig oppe som tema i personalmøter etc.

Vi mener at revisjonskriterie 5 er delvis etterlevd.

 Styringssystemet må sikre at helse- og omsorgstjenestene har oversikt over:

- Områder hvor det er risiko for svikt, og det må planlegges hvordan en reduserer risiko.
- Medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring.
- Avvik.

5.3.6 Styringssystemet og oppfølging av daglig drift

Informasjon om rammevilkårene for tjenestene finnes i noen grad i Netpower, men den viktigste kanalen for å bekjentgjøre endringer i rammevilkårene og presentere planer for videreutvikling og forbedring, er etter vår vurdering ledermøter og personalmøter. I spørreundersøkelsen har de ansatte gitt svar på ulike påstander vedrørende tilgang til informasjon i jobbsammenheng. For påstanden om at en har tilgang til regelverk og reglementer som en har behov for i jobben sin, er gjennomsnittlig score på 4,1 (på skala fra 1 helt uenig til 5 helt enig). For påstanden om at en har tilgang til faglige

anbefalinger og veiledere som en har behov for i jobben sin er gjennomsnittlig score på 4. Det må legges til at det er en ganske stor andel som har svart «vet ikke» på disse påstandene. Henholdsvis 17,6 % og 20,6 %.

For påstanden om at en får informasjon om endringer i helse- og omsorgslovgivningen, reglementer og faglige anbefalinger som har betydning for arbeidsoppgavene er gjennomsnittlig score lavere, og ligger på 3,6. Her er det også hele 29,4 % som har svart «vet ikke». Som vi tidligere har vært inne på er det en ganske stor andel ansatte som ikke bruker Netpower. Dette tyder på at kommunen bør legge større vekt på informasjon til de ansatte, sikre enklere tilgang til informasjon og å gi opplæring i det styringssystemet som skal benyttes. Informasjon kan gis muntlig i møter. For endringer i rammevilkårene vil dette ofte være mest hensiktsmessig. Noe informasjon bør likevel være skriftlig og vi mener det er grunn til å vurdere hva som skal være tilgjengelig av informasjon i Netpower for de ansatte, og hvordan en kan sikre at alle ansatte kan bruke Netpower til å skaffe seg nødvendig informasjon. Utover dette mener vi at tjenestene blir fulgt opp med hensyn til opplæringstiltak slik at det sikres tilstrekkelig kunnskap og kompetanse blant de ansatte.


Vi har fått opplyst at ledelsen følger opp at oppgavene gjennomføres som planlagt, ved å være tilstede og tilgjengelige ute i avdelingene. Gjennomføring av oppgavene rapporteres også internt i forbindelse med alt fra vaktskifterapporter til personal- og ledermøter.

I spørreundersøkelsen har de ansatte tatt stilling til en påstand om at deres leder på arbeidsplassen følger opp at arbeidsoppgavene gjennomføres som planlagt. Gjennomsnittscore for denne påstanden er 3,3. Det er 14,7 % som har svart «vet ikke» på denne påstanden. Vi mener ikke at det nødvendigvis skal være slik at de ansatte skal ha oversikt over at deres ledere følger opp at arbeidsoppgavene gjennomføres. Svarene i spørreundersøkelsen kan likevel være et signal om at lederne trenger å være enda mer tilstede, og enda mer tydelige med hensyn til oppfølging av oppgavene.

Det er ikke nedfelt skriftlige rutiner for utvikling og iverksetting av nye rutiner/internkontrolltiltak eller distribusjon av informasjon. Når det gjelder utvikling og iverksetting av rutiner skjer dette etter vår vurdering på ca. samme måte hver gang. Vi har tidligere omtalt at det ikke gjennomføres planmessige og systematiske risikovurderinger i tjenestene, og at innføring av systematiske risikovurderinger kan bidra til en mer rasjonell internkontroll, og økt trygghet for at tjenestene er forsvarlig. Systematiske risikovurderinger skal bidra til at de riktige internkontrolltiltakene iverksettes, på de områdene hvor det er behov for det.

Vi mener at tjenestene i tilstrekkelig grad har lagt til rette for medvirkning fra tjenestenes medarbeidere. Når det gjelder innhenting av erfaringer fra bruker/pasient og pårørende har tjenestene en del på plass, men vi mener at det er rom for forbedringer når det gjelder dette. Bruk av erfaringer fra ansatte og brukere/pasienter og pårørende kommer vi nærmere inn på under problemstilling 3.

Vi mener at revisjonskriterie 6 er delvis etterlevd.

 I den daglige drift må styringssystemet sikre at:

- Oppgaver, organisering og planer er kjent i organisasjonen og gjennomføres.
- Det finnes tilstrekkelig kunnskap og kompetanse blant de ansatte.
- Det utvikles og iverksettes nødvendige internkontrolltiltak.
- Medarbeiderne medvirker.
- Brukerne medvirker.

6 Problemstilling 2 – Kompetanse- og kompetanseutvikling

Arbeider Engerdal kommune systematisk for å sikre nødvendig kompetanse innen helse- og omsorgstjenestene?

6.1 Revisjonskriterier for problemstilling 2

Følgende er en tabell med de kriterier vi har benyttet for å besvare problemstillingen og våre vurderinger av disse. Kriteriene er gjengitt i kortform. For en full utledning av revisjonskriteriene, se [vedlegg A](#). Tabellen er interaktiv og leseren kan gå rett til den enkelte vurdering ved å trykke på det enkelte kriteriet. Vurderingene er knyttet til de data som er samlet inn og som blir gjengitt i kapitlene nedenfor. Vi gjør derfor leseren oppmerksom på at vurderingene må sees opp imot de innhentede data i prosjektet.

- [Kriterie 7](#) Kommunen må jobbe aktivt for å rekruttere og beholde kompetanse som kommunen har behov for.
- [Kriterie 8](#) Kommunen sikrer at nytilsatte har nødvendig kunnskap og kompetanse innen sitt fagområde og at de får innføring i kommunes styringssystem.
- [Kriterie 9](#) Kommunen skal motivere til kompetanseutvikling og legge til rette for arbeidsplassbasert opplæring.
- [Kriterie 10](#) Helse- og omsorgstjenestene har et system som sikrer at endringer i rammevilkårene, og dermed behovet for kunnskap og kompetanse for tjenestene, fanges opp og implementere
- [Kriterie 11](#) Helse- og omsorgstjenestene må ha kartlagt de ansattes kompetanse og analysert kompetansebehovet.
- [Kriterie 12](#) Virksomhetslederne må følge opp kommunens kompetanseplan ved å melde inn kompetansebehov, legge til rette for kompetanseutvikling med de virkemidler som de har til rådighet og evaluere tiltakene som er gjennomført i egen virksomhet.
- [Kriterie 13](#) Alle medarbeidere må få tilstrekkelig opplæring og etterutdanning slik at de kan yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Dette inkludert opplæring i forbedringsarbeid.
- [Kriterie 14](#) Helse- og omsorgstjenestene må ha rutiner for systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og at informasjon og kunnskap fra helse- og omsorgstjenestenes styringssystem systematiseres og benyttes til opplæring og kvalitetsutvikling i tjenestene.

6.2 Innhentet data

Rapport sykepleierorganisering 2022: Bakgrunnen for dette arbeidet har vært at det var ønskelig å knytte enkelte oppgaver opp mot de forskjellige fagene, slik at sykepleierne kan fokusere på sykepleieroppgaver. Fastsatt målsetting for arbeidet var å legge til rette for en bedre utnyttelse av den sykepleierkompetansen som finnes i kommunen. Dette var i noen grad økonomisk motivert, men det var også en målsetting å gi et løft i arbeidshverdagen for helsefagarbeidere og assistenter. Dette ved å gi de økt innflytelse i arbeidshverdagen, samtidig som sykepleierne skulle gis mulighet til å jobbe mer rettet mot sykepleieroppgaver. Rapporten omtaler ellers de føringer og ramme faktorer som

arbeidsgruppa har fått fra formannskapet. Den gir videre en oversikt over fremdriftsplan og tema i arbeidsgruppemøtene. De temaene som er behandlet er:

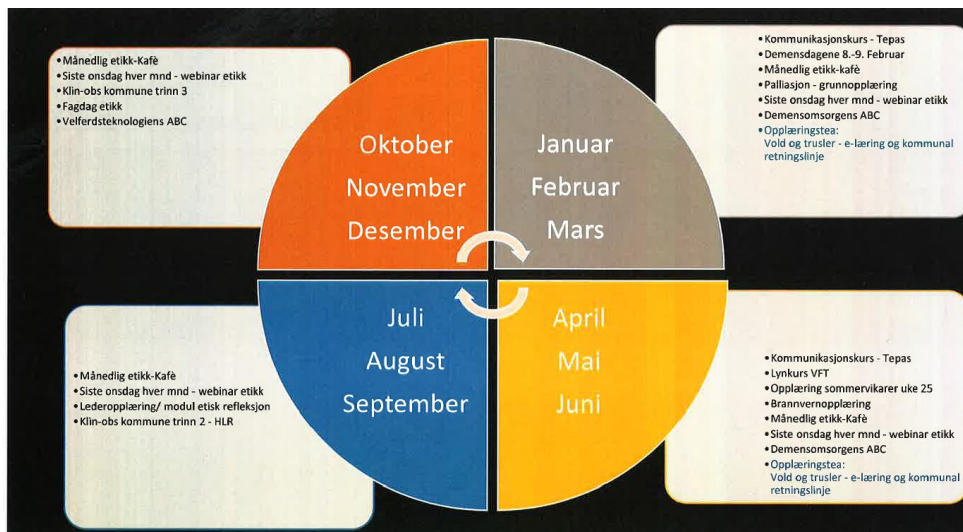
- Årsverk, kompetanse og demografi
- Arbeidsoppgaver og fordeling
- Arbeidstidsordninger
- Tiltak, ROS-analyser og økonomi

Konklusjonen med hensyn til arbeidstid er å ta i bruk årsturnus i stedet for den vanlige 6-ukers turnusen. Rapporten anbefaler ellers å organisere sykepleierressursen med «sykepleier på topp». Dette innebærer at sykepleierne tas ut av ordinært stell, og kun utfører sykepleieroppgaver. Det heter i rapporten at de kommunene som har innført denne ordningen erfarer at det er enklere å få hjelp av sykepleierne på tvers av avdelinger. De erfarer også at sykepleierne får gjort sykepleieroppgaver til en mer riktig tid og på riktig sted for pasientene, i stedet for å finne en luke i den daglige driften i den avdelingen en er ansatt. Konklusjonen med hensyn til økonomi er at det vil være behov for en økning på 4 årsverk sykepleierkompetanse.

I Netpower: Her finnes en egen sjekkliste over hva som skal gjennomgå med alle nytilsatte og omfatter alt fra å informere om organisasjonen, rolleavklaring, arbeidstid etc. til sikkerhetsrutiner på IT-utstyr og brannvern. Det legges opp til oppfølgingsamtaler etter 2 og 5 måneder. Kommunalsjefsområdet helse- og velferd har videre egen sjekkliste med blant annet avkrysning av ulike prosedyrer som den nytilsatte skal ha gjennomgått og generell informasjon om arbeidsplassen. Sjekklisten signeres av ansatt og den som har hatt ansvaret for opplæringen

Årshjul for de ulike virksomhetene har oppfølgingspunkter som gjelder E-læringsprogram vurdering/evaluering, oppfølging av kompetanseplan og oppfølging av tildelte kompetansemidler. Det er også angitt tidspunkt for opplæring av sommervikarer og gjennomføring av medarbeidersamtaler.

Årshjul for opplæring: Virksomhetsområdene Institusjon og Forebyggende rehabilitering har også et eget årshjul for opplæring, med en kvartalsvis oversikt over kurs og opplæringstiltak. For 2022 så dette årshjulet slik ut:



6.2.1 Data fra intervjuer

Fra **kommunalsjef for oppvekst og helse/velferd** har vi fått opplyst at de lokale lønnsoppgjørene har hatt betydning med hensyn til det å beholde kompetanse. Det er gjort en god del de siste årene med hensyn til å sikre hensiktsmessig avstand i avlønning mellom de ulike funksjonene i tjenestene, samtidig som en har forsøkt å utjevne forskjeller på de som er ansatt i samme funksjon, for eksempel sykepleiere. Tiltakene i strategisk kompetanseplan benyttes og oppleves som funksjonelle. Det er også viktig å gjøre kommunen attraktiv slik at en ikke bare beholder kompetanse, men også får fylt på med kompetanse.

I 2022 ble det utarbeidet en rapport som omhandler fremtidig bruk av sykepleierressursen. Dette innebærer at en går over til årsturnus og «sykepleier på topp». Sykepleier på topp betyr at sykepleierressursen går utenpå ordinær drift og kan benyttes på tvers av avdelinger, og at ressursen i større grad blir dedikert til sykepleieroppgaver. Dette gjør at for eksempel helsefagarbeiderne også får andre arbeidsoppgaver og mer ansvar, og tilsammen kan dette gjøre kommunen mer attraktiv som arbeidsplass. For å sikre forsvarlighet i tjenestene var det behov for å øke tilstedeværelsen av sykepleierkompetansen, som tidligere var basert på en del bakvakt.

Nytilsatte gjennomgår intern opplæring i henhold til egen rutine/sjekkliste for ting som en må ha vært igjennom. Hver enkelt får en kontakt å forholde seg til. De ansatte er godt motivert til å delta i opplæringstiltak, kurs og etterutdanning, men det kan være vanskelig å få frigjort tid til dette når en har døgnkontinuerlig drift. Det ble gjort en grundig kartlegging av de ansattes kompetanse i forbindelse med prosjektet «Bedre tverrfaglig kompetanse» våren 2022. Ellers har de ansatte selv mulighet til å registrere utdanninger og kurs i en egen CV-funksjon i HRM-systemet. Det er også mulig å ta ut informasjon om deltagelse i kompetansetiltak om den enkelte i «veilederen» i Visma.

Det gis vanligvis innspill til kompetansebehov fra virksomhetene i henhold til den strategiske kompetanseplanen på høsten. I høst ble imidlertid dette utsatt til nyåret 2023. Kommunen har hatt som målsetting at det skal avsettes 3 millioner til kompetansetiltak årlig. Dette har ikke vært mulig og en var nede i 500 000,- i 2022. I 2023 er potten økt til 1 million. Det søkes også midler fra statsforvalteren i tilknytning til kompetanseløftet 2025, og det holdes også en del gratis kurs i regi av statsforvalteren, spesialisthelsetjenestene og i de ulike samarbeidsfora som kommunen deltar i.

Kommunalsjefen mener det helt klart jobbes helt klart med kvalitetsforbedringer i helse- og omsorgstjenestene, men det er ikke slik at en har egne rutiner for denne typen arbeid eller at dette gjøres planmessig og etter et bestemt system. Avvik som har oppstått er som oftest bakgrunnen for at en vurderer tiltak for å hindre at disse oppstår, og på den måten bedres også kvaliteten.

I intervju med virksomhetslederne har vi fått opplyst at der kommunen er mest sårbar med hensyn til kompetanse er personell med høyskole- og universitetsutdanning. Høsten 2022 var imidlertid helse- og omsorgstjenestene tilstrekkelig bemannet. Det er likevel opplyst at det er utfordrende å bemanne legevakten, og at en ikke får rekruttert kokk til kjøkkenet ved virksomhetsområdet Institusjon. En kunne også ønske at kommunen hadde hatt en egen psykolog, jordmor og en ressurs på klinisk avansert sykepleie. Vi har ellers fått opplyst at en nesten ikke har assistenter i tjenestene lenger, fordi de fleste har tatt etterutdanning og kvalifisert seg til helsefagarbeidere.

Fravær er den største utfordringen for tjenestene med hensyn til å ha tilstrekkelig med kompetanse tilgjengelig i det daglige. Av denne grunn er det viktig at kommunen jobber hardt for å ha et lavt sykefravær. Det er også utfordrende når det er mange med langvarige helseplager som det må

tilrettelegges for. Det brukes i noen grad vikarbyrå for å dekke opp fravær, men erfaringsmessig er det langt bedre å benytte kjente vikarer. Utfordringene med å skaffe vikarer er også større for de med høyere/spesiell utdanning. Det brukes til tider mye tid på å skaffe vikarer. Det er tatt grep med hensyn til å benytte ressursen på en mer effektiv måte. Blant annet med å innføre «sykepleier på topp».

Rekruttering av nytt personell gjøres i samarbeid med de tillitsvalgte i fagforeningene. Rekrutteringstiltakene i kommunens strategiske kompetanseplan anses å være tilstrekkelige for virksomhetenes behov og en har både rekruttert studenter og brukt lønn som middel for å tiltrekke seg aktuelle kandidater. Ledige stillinger utlyses med lønn etter avtale, det er likevel begrenset hvor langt det er mulig å strekke seg. Fra institusjonstjenestene har vi fått innspill på at det kan være hensiktsmessig å tenke mer tverrfaglig med hensyn til rekruttering. Vernepleiere, førskolelærere og miljøarbeidere kan også brukes i eldreomsorgen. Av andre tiltak fra den strategiske kompetanseplanen som helse- og omsorgstjenestene har forsøkt å følge opp er permisjoner og stipendordninger. Det er videre forsøkt å synliggjøre jobbmulighetene i kommunen, blant annet opp mot ungdom på ungdomsskolen.

Nytilsatte får innføring i jobben etter egen rutine som gjelder for hele helse- og omsorgssektoren. Det legges opp til en egen opplæringsplan for den enkelte og de får veiledning av andre ansatte i starten. Kommunen praktiserer 3-6 måneders prøvetid når det ansettes nye folk. Utover opplæringsplanen har en ingen spesiell oppfølging i løpet av prøvetiden. Kommunen kunne hatt behov for egne rutiner for dette for å sikre at en ikke ansetter feil personer.

Vi har fått opplyst at de ansatte deltar jevnlig på kurs og at det har vært mange ansatte som har tatt etterutdanning de senere årene. Interessen for å delta i ulike kompetanseutviklingstiltak er god. De yngste medarbeiderne er ofte mest ivrige, ellers varierer det litt mellom virksomhetene om det er de med kort eller lang utdanning som er mest motivert. Ansatte fra Engerdal har de siste årene deltatt i videreutdanning til helsefagarbeider i et desentralisert kursopplegg sammen med Trysil kommune. Kommunen har ellers lite penger til kompetansetiltak, men får årlig en pott fra Statsforvalteren. En benytter også mye e-læring. Blant annet i samarbeid med spesialisthelsetjenestene. Det har også vært gjennomført hospitering i samarbeid med nabokommunene. Ellers er det en utfordring å få sendt ansatte på kurs fordi dette gjerne utløser behov for vikarer. Ny teknologi åpner imidlertid for mer interaktive nettkurs med bruk av for eksempel VR-briller.

Når ansatte har deltatt på kurs er regelen at ny kunnskap deles med de andre i virksomhetene, og da gjerne på et personalmøte. Vi har av virksomhetslederne fått opplyst at de mener å ha god oversikt over kompetansen til sine ansatte. Ønsker og behov for kurs og etterutdanning tas blant annet opp i medarbeidersamtaler. Det gis innspill til kommunens kompetanseplan hvert år og disse blir vanligvis tatt til følge. Det er presisert at det er viktig at kompetanseplanen er et levende dokument ettersom det stadig er nye ting som dukker opp. Det rapporteres ikke spesielt på gjennomførte opplæringstiltak internt i kommunen. Det gjennomføres heller ingen egen evaluering av disse. Virksomhetene Institusjon og Forebyggende rehabilitering følger ellers et eget årshjul for opplæring.

Når det gjelder arbeidet med kvalitetsforbedring i tjenestene har vi fra virksomhet for Habilitering/avlastning og legetjenesten fått tilbakemelding på at en er med i regionale nettverk hvor det utveksles kunnskap og informasjon. Målet er likevel å sikre mest mulig kompetanse internt. En har felles fagdager i helse- og omsorgstjenestene i kommunen, og det er mulig å bruke intern spesialkompetanse til undervisning i andre deler av tjenestene.

Forebyggende rehabilitering har utarbeidet en handlingsplan (STAMI - en bra dag på jobb) som beskriver forbedringspunkter, tiltak for å sikre forbedring og hvilken ressurs som avsettes for å få gjennomført tiltakene. Ellers vil registrerte avvik, rutinegjennomganger, innspill fra personalmøter og evalueringer av internkontrollen være grunnlag for arbeidet med kvalitetsforbedringer. Kvalitetsforbedring må også ses i sammenheng med de kompetansetiltakene som gjennomføres. Det er ingen av virksomhetene som mener de har gjennomført særskilt opplæring i forbedringsarbeid.

I intervju med de tillitsvalgte har vi fått opplyst at en sliter med for få folk på jobb, og at dette forverres når det er mye fravær. For sykepleierne har det vært mye bruk av bakvakter, noe som innebærer at sykepleiekompetansen kan være inntil en time unna brukeren. Det er utarbeidet bemanningsplaner med «sykepleier på topp» som tilsier en økning av sykepleierressursen, men disse planene var ikke på plass ved årsskifte 2022/23. Dette er et tiltak som kan gjøre kommunen mer attraktiv å jobbe i.

Vi har fått tilbakemelding på at det synes mer og mer vanskelig å få rekruttert ansatte til tjenestene, og at de tillitsvalgte er bekymret over denne utviklingen. Å få tak i lærlinger er også vanskelig. Det har vært prøvd med noen fremstøt mot skoleelever i nærområdet, men dette er det blitt mer slutt på. Vi har fått innspill på at kommunen kunne ha vært mer spenstige når det gjelder utlysningstekster. I utlysningene er det lagt opp til lønn etter avtale, men det er også andre ting som teller for jobbsøkere og kommunen kunne derfor ha vært flinkere til å fremheve også andre kvaliteter ved å jobbe i Engerdal kommune.

Det er ikke oppdaterte kompetanseplaner for den enkelte virksomhet i helse- og omsorg, og kommunens strategiske kompetanseplan blir litt fjern å forholde seg til. Vi har fått opplyst at kompetanseplanene for virksomhetene i helse- og omsorg nå skal tas tak i og at det skal foretas en kartlegging av de ansattes kompetanse som kan danne grunnlag for videre planlegging med hensyn til kompetanse. Kompetansekartlegging er ikke noe som gjøres regelmessig. Det er kommentert at det er en svakhet at stipendordningen overfor sykepleierstudenter kun er ment for fast ansatte, fordi dette ikke rekrutterer ny kompetanse inn i kommunen. Ellers er det bra at ansatte som tar videreutdanning nå automatisk får lønnsøkning etter reglene i kompetanseplanen.

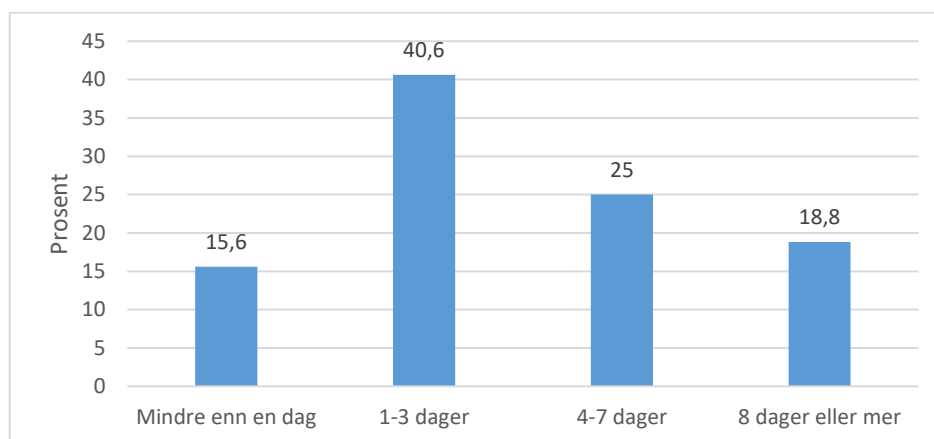
Opplæring av nytilsatte skal skje etter et eget opplegg, og det finnes et skjema for avkrysning i Netpower. I praksis er det noe mer sporadisk oppfølging enn hva dette skjemaet legger opp til. Nyttilsatte må vanligvis forholde seg til flere, alt etter hvem som er på jobb til enhver tid. Det kan således bli litt tilfeldig hvordan opplæringen foregår og hvordan den nytilsatte blir fulgt opp. For vikarer kjøres det 3-4 vakter med opplæring før de er på egenhånd.

Selv om det varierer noe er tilbakemeldingen at de ansatte i tjenestene er motivert til å skaffe seg ny kompetanse. Det er også variasjon på hvordan lederne motiverer og legger til rette for kompetanseutvikling for sine ansatte. Det ble gjort et løft for noen år siden da flere i tjenestene gjennomgikk videreutdanning til helsefagarbeider. Det er ikke så mye penger som er avsatt til kurs og kompetanseutvikling, men det finnes en del gratiskurs som de ansatte kan delta på. Det har også etter hvert blitt mye e-kurs. Uansett kursform er det en utfordring å få avsatt tid til dette. Kursdeltakelse vil også kunne utløse behov for innleie av vikar. Når noen deltar på kurs må de dele ny kompetanse med de andre i tjenestene. Dette kan gjøres i personalmøter, eller gjennom praktisk arbeid. Det har vært mer fokus på dette i det siste, og en kunne med fordel brukt noe mer tid på denne typen intern opplæring.

De tillitsvalgte har ikke registrert at det finnes spesielle opplegg for arbeidsplassbasert opplæring eller opplæring i forbedringsarbeid i kommunens helse- og omsorgstjenester. Det finnes heller ikke noe systematisk arbeid med kvalitetsforbedringer i tjenestene, som det tillitsvalgte er involvert i. Personalmøtene er den arenaen hvor avvik tas opp, og hvor de ansatte har mulighet til å komme med innspill. Både på risikoområder og med forslag til forbedringer.

6.2.2 Data fra spørreundersøkelsen

I spørreundersøkelsen til de ansatte i helse- og omsorgstjenestene er det spurt om i hvilket omfang den enkelte har deltatt i opplæringstiltak det siste året. Resultatet er som følger:



Det er mest vanlig med 1-3 dager med opplæringstiltak, samtidig som de fleste oppgir å ha deltatt flere dager i opplæringstiltak enn dette.

Vi har også presentert ulike påstander som er rettet mot opplæringstiltak, kompetanse og kompetanseutvikling og som respondentene skulle ta stilling til (på en poengskala fra 1 til 5, der 1 er fullstendig uenig mens 5 er helt enig). Resultatene kan oppsummeres som følger:

Hvor enig/uenig er du i følgende påstander (poengskala fra 1-5)	Poeng
Helse- og omsorgstjenestene i Engerdal har tilstrekkelig kompetanse til å levere forsvarlige tjenester	3,7
Nytilsatte på min arbeidsplass får den opplæringen de har behov for	2,9
Det legges til rette for kompetanseutvikling ved min arbeidsplass	3,4
Jeg er motivert til å utvikle meg innen mitt fag	4,3
Jeg har fått opplæring i forbedringsarbeid	3,3
På min arbeidsplass benyttes ofte arbeidsplassbasert opplæring	3,6
Når ansatte på min arbeidsplass har vært på kurs, så deles kunnskapen med oss andre	2,9
På min arbeidsplass driver vi systematisk med kvalitetsforbedring av tjenestene.	3,6
Jeg har fått opplæring i sektorens kvalitetssystem.	2,9

Gjennomsnittet for de fleste påstandene ligger rundt midtverdien på skalaen (3), og for de fleste påstandene er flertallet mer enig enn uenig. Lavest score får påstandene om at nytilsatte på deres arbeidsplass får den opplæringen de har behov for (2,9), og at de som har vært på kurs deler kunnskapen med de andre på arbeidsplassen (2,9). Høyest score får påstanden om at respondentene er motivert til å utvikle seg innen sitt fag (4,3). Prosentmessig fordeler svarene seg slik:

Hvor enig/uenig er du i følgende påstander (poengskala fra 1-5)	1	2	3	4	5	Vet ikke
Helse- og omsorgstjenestene i Engerdal har tilstrekkelig kompetanse til å levere forsvarlige tjenester	5,9	2,9	32,4	29,4	29,4	0
Nytilsatte på min arbeidsplass får den opplæringen de har behov for	8,8	14,7	44,1	17,6	2,9	11,8
Det legges til rette for kompetanseutvikling ved min arbeidsplass	5,9	11,8	35,3	35,3	11,8	0
Jeg er motivert til å utvikle meg innen mitt fag	2,9	0	11,8	25,3	47,1	2,9
Jeg har fått opplæring i forbedringsarbeid	12,1	0	33,3	27,3	9,1	18,2
På min arbeidsplass benyttes ofte arbeidsplassbasert opplæring	2,9	2,9	32,4	20,6	17,6	23,5
Når ansatte på min arbeidsplass har vært på kurs, så deles kunnskapen med oss andre	23,5	11,8	23,5	29,4	8,8	2,9
På min arbeidsplass driver vi systematisk med kvalitetsforbedring av tjenestene.	2,9	2,9	26,5	41,2	5,9	20,6
Jeg har fått opplæring i sektorens kvalitetssystem.	17,6	11,8	35,3	14,7	11,8	8,8

Den enkelte respondent har ellers blitt oppfordret til å komme med innspill til forbedringer når det gjelder opplæring og kompetanseutvikling i kommunens helse- og omsorgstjeneste. Vi har fått 4 svar og disse gjelder noe forskjellige ting. Det har kommet innspill på at nytilsatte trenger lengre tid til opplæring og at det er lite penger og tid til kurs og kompetanseheving. Det er også kommet innspill på at en kunne hatt mer faglig fokus og opplæring basert på opplæring fra spesialisthelsetjenestene og i nettverk med nabokommunene, og at en lærer mer av å lære i grupper enn å sitte alene med et E-læringskurs.

6.3 Revisors vurdering


6.3.1 Tiltak for å rekruttere og beholde kompetanse

Kommunens strategiske kompetanseplan og den lønnspolitiske planen fastsetter de tiltak som helse- og omsorgstjenestene har til rådighet for å rekruttere og beholde kompetanse. Ledelsen i tjenesten anser tiltakene for å være tilstrekkelige og at de fungerer. Det er etter vår oppfatning, enighet om at det stadig har blitt mer krevende å rekruttere nye medarbeidere og ledere, og at en er mest sårbar med hensyn til å skaffe kompetanse med spesialutdanning. Kommunen mangler egen kompetanse med hensyn til jordmortjenester og psykologtjenester og kjøper dette fra andre, men det er også andre fagfolk det er vanskelig å få rekruttert og som det er behov for i tjenestene. Det meldes også om utfordringer med å skaffe vikarer, noe det brukes mye tid på å få på plass. Ledelsen i tjenestene håper videre at omorganisering av sykepleierressursen skal gjøre kommunen mer attraktiv som arbeidsplass.

Andre innspill er å rekruttere fra et bredere lag av fagkompetanse, og å utforme mer spenstige utlysningstekster.

Vi mener det jobbes godt med å rekruttere og beholde kompetanse i kommunen. Det er utfordringer i tjenestene og selv om ledelsen i helse- og omsorgstjenestene mener tiltakene i strategisk kompetanseplan og lønnspolitisk plan er tilstrekkelige og at de fungerer etter hensikten, mener vi at kommunen kunne vært tjent med å gjøre en grundigere evaluering av hvilke tiltak som fungerer og hvilke som ikke gjør det. Videre vurdere andre tiltak for å sikre tilgang på nødvendig kompetanse i fremtiden.

Vi mener imidlertid at revisjonskriterie 7 er etterlevd.

 Kommunen må jobbe aktivt for å rekruttere og beholde kompetanse som kommunen har behov for.


6.3.2 Opplæring av nytilsatte

Helse- og omsorgstjenestene har sine egne rutiner/sjekkliste for opplæring og oppfølging av nytilsatte, og nyansatte får veiledning av andre ansatte i starten. Rutinen/sjekklisten inneholder punkter for å sette seg inn i tjenestenes styringssystem. Tilbakemeldinger fra intervju er at oppfølgingen likevel kan bli sporadisk og at nytilsatte ofte må forholde seg til flere ulike kontaktpersoner.

Fra spørreundersøkelsen til de ansatte er gjennomsnittlig score på påstanden om at nytilsatte på deres arbeidsplass får den opplæringen de har behov for på 2,9, noe som er under midtverdien (på en skala der 1 er helt uenig og 5 er helt enig). Mer tid til opplæring for de nytilsatte er også et av forslagene til forbedring vi har fått i spørreundersøkelsen, når det gjelder opplæring og kompetanseutvikling. Det er en travel hverdag i helse- og omsorgstjenestene. En bør likevel vurdere hvordan en kan legge bedre til rette for opplæring av nytilsatte.

Det praktiseres 3-6 måneders prøvetid ved nyansettelser i kommunen. Det er viktig å bruke denne tiden godt og å følge den nytilsatte tett opp. Hensikten må være å sikre godt kompetente ansatte i kommunen, men også at arbeidsforholdet kan avsluttes dersom det er behov for det. Det er etterlyst rutiner som sikrer en god oppfølging i prøvetiden. Det krever mer enn de rutine/sjekklistene man benytter i dag blant annet med hensyn til formaliserte oppfølgingsmøter og tilbakemeldinger til den nytilsatte.

Samlet sett mener vi at revisjonskriterie 8 er delvis etterlevd.

 Kommunen sikrer at nytilsatte har nødvendig kunnskap og kompetanse innen sitt fagområde og at de får innføring i kommunes styringssystem.

6.3.3 Motivering og tilrettelegging for kompetanseutvikling

Tilbakemeldingen fra intervjuer og spørreundersøkelsen til de ansatte er at kommunen har medarbeidere som er rimelig godt motivert til å delta i kompetanseutviklingstiltak. I spørreundersøkelsen skulle de ansatte ta stilling til en påstand om at de var motiverte til å utvikle seg i sitt fag. Påstanden oppnådde en gjennomsnittlig score på 4,3 (på en skala der 1 er helt uenig og 5 er helt enig). Resultatet er dårligere for påstanden om at det legges til rette for kompetanseutvikling ved arbeidsplassen. Her var den gjennomsnittlige score på 3,4.

Dette støttes også opp av innspill i intervjuene, der det ble beskrevet at det er krevende å planlegge, få avsatt tid og å skaffe vikarer i tilknytning til kompetansetiltak. Altså har dette også en sammenheng med måten kommunen arbeider på for å sikre nok personell, jfr. kriteriepunkt 7. Lederne i tjenestene er etter vår vurdering opptatt av å motivere til kompetanseutvikling blant sine ansatte, vi kan imidlertid forstå at det blir vanskeligere å følge opp dette når det medfører mye ekstraarbeid og at det kan gå ut over driften. Ut fra tilbakemeldingene fra de ansatte mener vi at helse- og omsorgstjenestene må vurdere tiltak for å legge bedre til rette for at ansatte skal få deltatt i kompetansetiltak.

En måte å drive kompetanseutvikling på, hvor det er mindre behov for å leie inn vikarer, er arbeidsplassbasert opplæring. Dette er for så vidt det som nytilsatte i helse- og omsorgstjenestene får i sin opplæringsperiode. Vi har imidlertid ikke sett at arbeidsplassbasert opplæring er satt i system for andre ansatte, selv om vi har fått tilbakemeldinger som tyder på at dette gjøres i enkelte tilfeller. Kommunens strategiske kompetanseplan tar til orde for å benytte arbeidsplassen som læringsarena og at det må legges til rette for gode læringsarenaer i organisasjonen. I spørreundersøkelsen til de ansatte har de tatt stilling til en påstand om at det ofte benyttes arbeidsplassbasert opplæring på arbeidsplassen deres. Gjennomsnittlig score på denne påstanden var på 3,6 (på en skala der 1 er helt uenig og 5 er helt enig). Her er det 23,5 % som har svart «vet ikke». Om det gjennomføres arbeidsplassbasert opplæring i tjenestene, tyder svarene på at dette i tilfelle ikke er særlig kjent.

Det er etter hva vi har forstått vanlig at de som har deltatt på kurs og andre opplæringstiltak, deler ny kompetanse med sine kolleger i personalmøter o.l. Tilbakemeldingen fra de tillitsvalgte er at det avsettes for lite tid til denne typen intern opplæring. I spørreundersøkelsen har de ansatte i tjenestene tatt stilling til en påstand om at når ansatte på arbeidsplassen deres har vært på kurs, så deles kunnskapen med de andre ansatte. Denne påstanden har fått en gjennomsnittlig score på bare 2,9, og de ansatte er altså mer uenige enn enige i dette. Ut fra dette mener vi at tjenestene kan ha mer fokus på intern opplæring, både i interne møter/grupper og som arbeidsplassbasert opplæring.

Vi mener at revisjonskriterie 9 er delvis etterlevd.

- Kommunen skal motivere til kompetanseutvikling og legge til rette for arbeidsplassbasert opplæring.

6.3.4 Tilpasning av kompetanse i forhold til endring av rammevilkår

Under kriteriepunkt 3 i problemstilling 1 har vi fastslått at helse- og omsorgstjenestene har et system for å fange opp endringer i rammevilkårene for tjenestene og at det er tjenestenes ledelse som har ansvaret for dette. Endringer tas opp som tema i leder- og personalmøter og det vurderes om det trengs nye rutiner/prosedyrer eller om eksisterende rutiner/prosedyrer må justeres. Det vurderes også om det er behov for spesielle tiltak med hensyn til kompetanse. Det er i denne sammenheng viktig at informasjon også legges tilgjengelig i Netpower.

Vi mener at revisjonskriterie 10 er etterlevd.


- Helse- og omsorgstjenestene har et system som sikrer at endringer i rammevilkårene, og dermed behovet for kunnskap og kompetanse for tjenestene, fanges opp og implementeres.

6.3.5 Kompetansekartlegginger og analyse av kompetansebehov

Det er vår vurdering at helse og omsorgstjenestene har kartlagt de ansatte og analysert kompetansebehovet. En slik kartlegging finner vi i den strategiske kompetanseplanen. Vi har også fått

tilbakemeldinger på at det er gjort kartlegginger i andre sammenhenger. Kompetansebehovet er også en vurdering som gjøres når tjenestene tar tak i endringer i rammebetingelsene, som vi var inne på under forrige kriteriepunkt. Det er vårt inntrykk at ledelsen i tjenestene har god oversikt over hva slags kompetanse de har i sin virksomhet, og hva de har behov for. For å dokumentere at tjenestene har oversikt over kompetanse og kompetansebehov kunne det, for eksempel, lages en oversikt som vurderes årlig


Vi mener at revisjonskriterie 11 er etterlevd.

-  Helse- og omsorgstjenestene må ha kartlagt de ansattes kompetanse og analysert kompetansebehovet.

6.3.6 Oppfølging av kommunens kompetanseplan

Selv om det ikke gjennomføres planmessige kompetansekartlegginger i tjenestene melder virksomhetene inn kompetansebehov en gang i året, slik kommunens strategiske kompetanseplan legger opp til. Når det gjelder forhold i den strategiske kompetanseplanen som ikke følges opp, så gjelder dette blant annet egne lokale kompetanseplaner. Vi mener at en kort kompetanseplan for den enkelte virksomhet innen helse- og omsorgstjenestene, kunne bedret planleggingen. Blant annet med hensyn til å skaffe oversikt over ressursene en har til rådighet og hvordan det kan legges til rette slik at kompetansetiltakene faktisk kan gjennomføres. Årshjulet kan også ivaretar deler av planleggingen. En slik plan bør også omfatte et evalueringskapittel med hensyn til tidligere gjennomførte kompetansetiltak. Vi mener generelt at tjenestene kan bli flinkere på å evaluere de kompetansetiltakene som er gjennomført.


Vi mener at revisjonskriterie 12 er delvis etterlevd.

-  Virksomhetslederne må følge opp kommunens kompetanseplan ved å melde inn kompetansebehov, legge til rette for kompetanseutvikling med de virkemidler som de har til rådighet og evaluere tiltakene som er gjennomført i egen virksomhet.

6.3.7 Kompetansetiltak og forsvarlige tjenester

I spørreundersøkelsen har de ansatte blitt spurt om hvor mange dager de har hatt med opplæring siste året. De fleste oppgir å ha hatt 1-3 dager med opplæring, men det er heller ikke uvanlig med 4-7 dager eller mer enn 8 dager i året. Tilbakemeldingene fra intervjuene er at det har vært bra med aktivitet når det gjelder opplæringstiltak de senere årene. Dette begrenses noe med hensyn til budsjettmidler, men virksomhetene har også mulighet til å delta på gratiskurs i regi av for eksempel spesialisthelsetjenestene. Helse- og omsorgstjenestene får også midler fra statsforvalteren til opplæringsformål. Fra virksomhetslederne er tilbakemeldingen i intervjuer at de stort sett får gjennomført de kompetansetiltakene de har meldt inn behov for. Etter hva vi har forstått har kommunen økt budsjettposten for kompetansetiltak i 2023. Behovet for opplæring vil helt sikkert variere fra år til år. Det fremstår for oss som at de fleste medarbeiderne får tilstrekkelig med opplæring og etterutdanning.

Vi mener at revisjonskriterie 13 er etterlevd.

-  Alle medarbeidere må få tilstrekkelig opplæring og etterutdanning slik at de kan yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

6.3.8 System for kvalitetsforbedringer

Det er vårt inntrykk at helse- og omsorgstjenestene ikke har et fastsatt system og faste rutiner som sikrer et planmessig arbeid med kvalitetsforbedringer. Selv om det gjøres mye godt arbeid for å forbedre tjenestene mener vi at dette ikke er satt tilstrekkelig i system. Vi mener også at det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring er så sentralt i tjenestenes kvalitetssystem at det bør dokumenteres.

Vi har tidligere slått fast at tjenestene mangler et godt system for risikovurderinger. Vi har også slått fast at en mangler en del sentral styringsinformasjon med hensyn å kunne arbeide systematisk med kvalitetsforbedringer, slik Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedringer i helse- og omsorgstjenestene legger opp til. Det legges til grunn at kvalitetssystemet for eksempel bør generere data vedrørende avvik, risikovurderinger, tilbakemeldinger fra brukere, innspill fra medarbeiderne, evaluering av kompetanse/kompetansetiltak, nasjonal statistikk og utvikling i egne tjenestedata sett opp mot kommunens målsettinger. Det må også vurderes hvordan denne typen styringsinformasjon skal systematiseres for i størst mulig grad danne grunnlag for opplæring og kvalitetsutvikling.

I spørreundersøkelsen har de ansatte tatt stilling til en påstand om at det ved deres arbeidsplass drives systematisk med kvalitetsforbedring av tjenestene. Gjennomsnittlig score på denne påstanden er på 3,6. Det var 20,6 % som svarte «vet ikke». Virksomheten Forebyggende rehabilitering har oppgitt å ha en handlingsplan som beskriver forbedringspunkter i tjenestene. Utover dette finnes lite dokumentasjon på arbeid med kvalitetsforbedringer i tjenestene. I spørreundersøkelsen har de ansatte også tatt stilling til en påstand om at de har fått opplæring i tjenestenes kvalitetssystem. Gjennomsnittlig score på denne påstanden er 2,9. Det er sannsynlig av svarene her kan knyttes spesifikt til opplæring i kvalitetssystemet Netpower. For å sikre god informasjon i Netpower er det viktig at alle ansatte får opplæring i bruken.

Veilederen til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene legger vekt på at medarbeidere i helse og omsorgstjenestene må få tilstrekkelig opplæring i forbedringsarbeid. Dette er viktig for sikre at alle ansatte forstår metodikken rundt forbedringsarbeid i tjenestene, og kan bidra til at forskriften etterlevs. Fra gjennomførte intervjuer har vi ikke fått opplysninger som tyder på at dette har vært tema i opplæringen. I spørreundersøkelsen har de ansatte tatt stilling til en påstand om at de har fått opplæring i forbedringsarbeid. Gjennomsnittlig score på denne påstanden er 3,3 (på en skala der 1 er helt uenig og 5 er helt enig). Det er 18,2 % som har svart «vet ikke» på denne påstanden. Ut fra dette mener vi at tjenestene bør vurdere å tilby opplæring i forbedringsarbeid for sine ansatte.

Vi mener at revisjonskriterie 14 ikke er etterlevd.

- Helse- og omsorgstjenestene må ha rutiner for systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og at informasjon og kunnskap fra helse- og omsorgstjenestens styringssystem systematiseres og benyttes til opplæring og kvalitetsutvikling i tjenestene. Det bør også gis opplæring i forbedringsarbeid.

7 Problemstilling 3 – Måloppnåelse og forsvarlig drift av helse og omsorgstjenestene

Sikrer styringssystemene og arbeidet med kompetanseutvikling måloppnåelse, og en forsvarlig drift av helse- og omsorgstjenestene?

7.1 Revisjonskriterier for problemstilling 3

Følgende er en tabell med de kriterier vi har benyttet for å besvare problemstillingen og våre vurderinger av disse. Kriteriene er gjengitt i kortform. For en full utledning av revisjonskriteriene, se [vedlegg A](#). Tabellen er interaktiv og leseren kan gå rett til den enkelte vurdering ved å trykke på det enkelte kriteriet. Vurderingene er knyttet til de data som er samlet inn og som blir gjengitt i kapitlene nedenfor. Vi gjør derfor leseren oppmerksom på at vurderingene må sees opp imot de innhentede data i prosjektet.

- [Kriterie 15](#) Kommunen må sørge for å, til enhver tid, ha lovpålagt kompetanse på plass i et omfang som sikrer forsvarlige helse- og omsorgstjenester.
- [Kriterie 16](#) Tiltakene i de overordnede styringsdokumentene for kompetanseutvikling i kommunen benyttes, evalueres slik det er det er forutsatt og endres dersom det er behov for det
- [Kriterie 17](#) Kommunen må legge til rette for medvirkning fra de ansatte i forbedringsarbeidet og bruke deres kunnskap og erfaring i forbedringsarbeidet.
- [Kriterie 18](#) Kommunen må sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende i forbedringsarbeidet.
- [Kriterie 19](#) Kommunen må ha evaluert tjenestene i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring og benyttet kunnskap fra evalueringen i forbedringsarbeidet og til å gjøre korrigeringer.
- [Kriterie 20](#) Kommunen må minst en gang i året ha gjennomgått og vurdert hele styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene og korrigert der det er behov.

7.2 Innhentet data

7.2.1 Data fra dokumenter

Årshjulet: Årshjulet for de ulike virksomhetene inneholder oversikt over tidspunkter for lokal intern revisjon, prosedyregjennomgang, medarbeidersamtaler og status på brukervedvirkning

Lokal internrevisjon – Helse og velferd: Vi har gjennomgått de to siste internrevisjon-gjennomgangene som er gjort i hver av virksomhetene i helse- og omsorgstjenestene. Det vil si, kontroller gjennomført i 2022 og delvis i 2021.

Forebyggende rehabilitering 1. halvår 2022 og 2. halvår 2022. Det er for begge gjennomgangene gjort kontroller på 3 brukere/pasienter. 1. halvår er alle skjemaene fylt ut, så nær som skjema for tvungen helsehjelp og skjema for bruk av tvang og makt. Det er registrert avvik på alle emner som er gjennomgått og på alle tre brukere/pasienter. Det er registrert til sammen 39 avvik. For 2. halvår er det utfylt skjema for dokumentasjon av overganger, dokumentasjon av helsehjelp, dokumentasjon av ernæringskartlegging, dokumentasjon av medikamenthåndtering og dokumentasjon av tvungen

helsehjelp. I denne gjennomgangen er det også registrert avvik på alle emner som er gjennomgått, med unntak av tvungen helsehjelp der det ikke var brukere med slik vedtak da kontrollen ble gjennomført. Det er også registrert avvik på alle tre brukere/pasienter. Det er registrert til sammen 16 avvik. Rapport til kommunalsjefen oppsummerer de innspill til forbedringer som gjennomgangen på de ulike områdene har avdekket. Begge kontroller er gjennomført på de emner som syklusen i «Lokal internrevisjon – helse og velferd» legger opp til.

Institusjonstjenesten: Er gjennomgått med hensyn til 1. halvår 2021 og 1. halvår 2022. Det er for begge gjennomgangene gjort kontroller på 3 brukere/pasienter. Når det gjelder gjennomgangen for 1. halvår 2021, beskriver grunnlaget for denne rapporten seg fra høsten 2020. Til rapporten følger utfylt skjema for dokumentasjon av overganger, dokumentasjon av helsehjelp, vurdering av samtykkekompetanse, fallforebygging, smertebehandling, ernæringskartlegging, legemiddelhåndtering og dokumentasjon av tvungen helsehjelp med. Det er registrert avvik på 5 av 9 emner som er gjennomgått og på alle 3 brukere/pasienter. Det er registrert til sammen 23 avvik. For 1. halvår 2022 er alle skjemaene fylt ut, med unntak av skjema for tvungen helsehjelp og skjema for bruk av tvang og makt. Det er registrert avvik på alle emner som er gjennomgått og på alle tre brukere/pasienter. Det er til sammen registrert 49 avvik. Rapport til kommunalsjefen oppsummerer de innspill til forbedringer som gjennomgangen på de ulike områdene har avdekket. Begge kontroller er gjennomført på de emner som syklusen i «Lokal internrevisjon – helse og velferd» legger opp til.

Habilitering, avlastning og legetjenester: er gjennomgått med hensyn til gjennomgang foretatt 2. halvår 2022. Her er det ikke utfylte skjemaer, men de ulike emnene er oppsummert i egen rapport. De emnene som er gjennomgått er dokumentasjon av overganger, dokumentasjon av helsehjelp, fallforebygging, smertekartlegging, vurdering av samtykkekompetanse, ernæringsarbeid, legemiddelhåndtering og dokumentasjon av tvang og makt. Det fremgår ikke opplysninger om det er gjennomført stikkprøvekontroller på enkeltbrukere/pasienter og hvor mange avvik som eventuelt ble avdekket. Rapport til kommunalsjefen oppsummerer de innspill til forbedringer som vurderingen på de ulike emnene legger til grunn. Kontrollen er gjennomført på de emner som syklusen i «Lokal internrevisjon – helse og velferd» legger opp til.

Engerdal kommune - Årsmelding 2021: Kommunedirektøren legger innledningsvis til grunn at årsberetningen skal beskrive hvordan forvaltning av kommunes eiendeler og midler, tjenesteproduksjon, realisering av planverk og politisk vedtak er gjennomført. Årsberetningen sier blant annet noe om hvordan budsjettmidlene er brukt og om hvor aktivitetsnivået ligger, og gir grunnlag for det videre planleggings- og styringsarbeid. En generell betraktning rundt målsettingen om rasjonell/effektiv drift fra kommunedirektøren er at kommuneorganisasjonen over flere år har hatt fokus på økonomistyring. Dette har resultert i god budsjett disiplin og forholdsvis små budsjettavvik i de fleste virksomheter, men blant annet pandemien har ført til at sykefraværet har økt fra 7,3 % til 9,6 %. Dette har igjen resultert i behov for høyere innleie av vikarer, spesielt innenfor helse/omsorg.

Årsmeldingen er ellers inndelt i en del 1 som er felles og inneholder en hovedtallsanalyse og status på likestilling, etikk, sykefravær og politisk virksomhet. Del 2 omhandler rapportering fra virksomhetene/enhetene presenteres status for kommunalsjefsområdet helse, velferd og oppvekst. Det rapporteres også for det enkelte virksomhetsområde. Det fremlegges en mål- og resultatanalyse som presenterer budsjett, regnskap og en forklaring på avvik i denne forbindelse, både for kommunalsjefområdene og det enkelte virksomhetsområdet.

For kommunalsjefområdet helse, velferd og oppvekst og virksomhetsområdet Forebyggende rehabilitering presenteres også noen prioriteringer/utfordringer fremover. For kommunalsjefområdet helse, velferd og oppvekst er demografiutvikling, forebyggende arbeid, kompetanse og rekruttering prioriterte områder fremover. For Forebyggende rehabilitering blir det nevnt blant annet reduksjon av bruken av hjemmevakt og belastning for sykepleiere, jobbe med rekruttering og planverk og det å skille praktisk bistand fra hjemmesykepleietjenesten for å frigjøre helsepersonell til helsepersonelloppgaver. Virksomhetsområdene rapporterer ellers på hovedtrekk for året som har gått, hvor ulike tiltak som er gjennomført oppsummeres.

Tertialrapporter for 2021 og 2022: Disse rapportene inneholder en innledning med kommunedirektørens kommentarer, driftsregnskapet med økonomiske oversikter og kommentarer, status på sykefravær og hvordan virksomhetene ligger an i forhold til de tiltakene som er nevnt i budsjettokumentet. Rapportene inneholder også en status på finansforvaltningen, kommentarer til investeringsregnskapet og eventuelt forslag til budsjettjusteringer. Det rapporteres også på hvert kommunalsjefområde/sector og den enkelte virksomhet. Denne rapporteringen omhandler status på økonomi.

I årsmeldingene for de siste årene finnes det også oversikter over bemanning i virksomhetene. Vi har oppsummert disse med en oversikt over hvor mange ansatte kommunen har hatt tilgjengelig for ulike fagprofesjoner (viser altså ikke antall årsverk).

Yrkesgruppe	2017	2018	2019	2020	2021
Virksomhetsledere/avdelingsledere	5	3	3	3	3
Fagsykepleier/fagvernepleier	3	2	3	2	2
Sykepleier	18	17	12	11	11
Helsefagarbeider	47	47	40	37	39
Helsesykepleier	1	1	1	1	1
Fysioterapeut	2	2	1	1	1
Psykiatrisk sykepleier	1	1	1	1	1
Psykolog	0	0	0	0	0
Jordmor	1	1	1	1	1
Ergoterapeut	1	1	1	1	1
Leger	4	4	4	3	3
Legesekretær	1	1	1	1	1
Høgskoleutdannende i Habilitering/avlastning	7	7	4	4	4
Assistenter	12	12	11	11	10

Brukerundersøkelser: Det ble gjennomført brukerundersøkelser blant brukere i hjemmetjenesten og brukere og pårørende i Institusjon i 2020. I undersøkelsen for brukere i hjemmetjenesten ble det stilt spørsmål om hvordan de ansatte utfører arbeidsoppgavene, om de fikk den hjelpen de hadde bruk for og om de fikk være med å bestemme hvilken hjelp de skulle få. Det ble også stilt spørsmål med hensyn til om de opplevde å bli behandlet med respekt, at de ansatte snakker slik at de forstår dem og om tjenestene medfører at de føler seg trygge. Det var også spørsmål om hvor generelt fornøyde de var med den hjemmesykepleien og den praktiske bistanden de fikk. Det var også muligheter til å komme med kommentarer. Det var noen få kommentarer som gikk på omfang av tjenestene og kommunikasjon med de ansatte. Brukerundersøkelsen i Institusjon har mange av de samme spørsmålene som brukerne i hjemmetjenesten fikk, men i denne var det også spørsmål vedrørende

mat, aktivitetstilbud og trivsel. I denne undersøkelsen var det en kommentar som gikk på ønske om mer aktiviteter. Undersøkelsene viser svært gode resultater.

Brukerundersøkelse rettet mot de pårørende i Institusjon har spørsmål rettet mot mat og måltider, hygiene og mulighet for privatliv. Det er videre spørsmål vedrørende tjenestene som mottas, aktiviteter, trivsel, rutiner gjennom døgnet, deltagelse i planlegging og tilrettelegging av tjenester og kommunikasjon med de ansatte i tjenestene. Her er det ikke like gode resultater som i undersøkelsene rettet mot brukerne, men de er fortsatt gode. Det er også i denne undersøkelsen gitt mulighet for å gi kommentarer. Det er gitt mange gode tilbakemeldinger og en kommentar som går på tjenestene som sådan.

7.2.2 Data fra intervjuer

Fra **kommunalsjef for oppvekst og helse/velferd** har vi, i forhold til medarbeidermedvirkning, fått opplyst at det ble innført trepartssamarbeid i kommunen i for en tid tilbake. Ordningen har vært under utvikling med hensyn til hva slags oppgaver og funksjon de skal ha, men at det begynner å gå seg til. I dette samarbeidet er det både representanter fra kommuneledelsen, tillitsvalgte, verneombud og politikere. Det er en stund siden det ble gjennomført medarbeiderundersøkelser i kommunen, men dette er planlagt gjennomført våren 2023. Det skal gjennomføres årlig medarbeidersamtaler. Både trepartssamarbeidet, medarbeiderundersøkelser og medarbeidersamtaler er arenaer for medvirkning.

Innhenting av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende skjer i hovedsak gjennom den løpende dialogen ute i virksomhetene. Omfanget av tilbakemeldinger varierer noe mellom virksomhetene. BPA (brukerstyrt personlig assistanse) er et eksempel på en tjeneste hvor dette er veldig i fokus. Det ble sist gjennomført brukerundersøkelser i 2020. En hadde da også en undersøkelse rettet mot pårørende, men denne fikk en så få svar på at den ikke kunne brukes. Det er planlagt en ny runde med brukerundersøkelser våren 2023

Når det gjelder oppfølging og evaluering av tjenestene avholdes det årlig dialogmøter der kommunens ledere, tillitsvalgte og folkevalgte deltar. På disse møtene er det utfordringsbildet i tjenestene som er tema, og noe av hensikten er å klargjøre premissene for kommende års økonomiplan og budsjetter. I 2022 ble det også lagt fram en egen orienteringssak for kommunestyret der blant annet status i helse- og omsorgstjenestene, sykefravær og økonomi var tema. Dette ble godt mottatt i kommunestyret. Ellers rapporteres det for tjenestene i de obligatoriske tertialrapportene og i årsmeldingen. Evaluering av kompetansetiltak skjer gjerne i forbindelse med at planen skal rulleres, og vil nok i de fleste tilfeller være begrenset til å sjekke ut at fjorårets kompetansetiltak er gjennomført eller ikke. Det gjennomføres ingen egen evaluering av styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene.

I **intervju med virksomhetslederne** i helse- og omsorgstjenestene har vi fått opplyst at medarbeidermedvirkningen i kommunen er styrket etter at en opprettet et trepartssamarbeid fra våren 2022. Det er opprettet faste møtepunkter i denne forbindelse, og det er opprettet arbeidsmiljøgrupper. Det kan også gjennomføres ad-hoc møter med informasjon til tillitsvalgte og verneombud.

Ellers er personalmøtene en viktig arena for medvirkning. Her kan både store og små saker tas opp. Som tidligere nevnt er disse møtene også en arena for kunnskapsdeling og ideer med hensyn til å løse utfordringer som dukker opp. Det er gjennomført medarbeiderundersøkelser, men det begynner å bli noen år siden. Medarbeidersamtaler er også en arena hvor det er mulig å ta opp ting som ikke fungerer, og å komme med innspill på hvordan dette kan løses. Tema i medarbeidersamtalene er blant annet

kompetanse og egenutvikling, mål for tiden fremover, mestring av arbeidsoppgavene og om oppgavene fremstår som klare.

Virksomhet for Habilitering/avlastning og legetjenester opplyser at brukererfaringer kan innhentes gjennom brukermøter eller oppfølgingsamtaler der pårørende er til stede. Når det gjelder tiltaksplaner har virksomheten egne rutiner med hensyn til møter for oppfølging. Ellers evalueres tjenestevedtakene i årlige evalueringsmøter, og det gjennomføres også evalueringsmøter med brukerne. Virksomhetene Institusjon og Forebyggende rehabilitering opplyser at de har hatt bruker- og pårørendeundersøkelser gjennom «bedre kommune.no» for noen år tilbake. Noe av utfordringen med disse er at det er lav svarprosent. Ellers er bruker- og pårørendesamtaler viktige med hensyn til evalueringen av tjenester til den enkelte bruker. Disse møtene kan også avklare forventningene til tjenestene.

Brukermedvirkning på mer overordnet nivå kan skje gjennom eldrerådet og rådet for likestilling av funksjonshemmede. Det hender at disse rådene behandler saker, og gir innspill på saker som berører helse- og omsorgstjenestene. Det finnes også en pensjonistforening i Engerdal, men denne er ikke diskusjonspartner for helse- og omsorgstjenestene på samme måte som de kommunale rådene.

I forbindelse med oppfølging og evaluering av tjenestene, er internkontrollgjennomgangen som gjennomføres hvert halvår angitt som et viktig bidrag til evaluering av tjenestene. Fra Institusjonstjenestene presiseres det at budsjettarbeidet og premissene her er avgjørende med hensyn til utforming av tjenestetilbudet. Fra Forebyggende rehabilitering er det opplyst at de utarbeider en handlingsplan for virksomheten som også medfører en evaluering av tjenestene. De mener videre at det tverrfaglige teamet for helse- og omsorgstjenestene i kommunen er en viktig arena for tilbakemeldinger og evaluering av de oppgavene som gjennomføres. Utover dette er det ingen egen evaluering av styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene.

I intervju med de tillitsvalgte har vi fått opplyst at de ansatte i helse- og omsorgstjenestene har relativt god mulighet til å medvirke med sin kunnskap og erfaring i tjenestene. Medvirkningen kan skje i personalmøter. Lederne ved de ulike virksomhetene er også lett tilgjengelige. I rapporter i forbindelse med vaktskifte kan det også dukke opp ting som ansatte har sett at bør endres/tas tak i, og som da formidles videre til ledelsen. Det opplyses om at det har vært gjennomført medarbeiderundersøkelser for noe tid tilbake. Det gjennomføres også medarbeidersamtaler. Selv om disse ikke gjennomføres så ofte kan man komme med innspill til forbedringer i tjenestene i disse samtalene. De tillitsvalgte mener at de aller fleste ansatte vil si at kommunen er i stand til å levere forsvarlige helse- og omsorgstjenester, selv om dette sikkert kan variere fra dag til dag. Blant annet etter hvor mange som er på jobb eller ikke.

Erfaringer/innspill fra brukere/pårørende kan brukes til forbedringer i tjenesten for den enkelte. Det kan også være at slike innspill tas opp ved vaktskifter, eventuelt også i personalmøter. Når det gjelder arbeid med kvalitetsforbedringer er ellers de registrerte avvikene sentrale. Vi har ellers fått opplyst at det tidligere har vært en pårørendeforening tilknyttet sykehjemmet. Denne foreningen kunne komme med gode innspill på tjenestene. Det kreves imidlertid engasjerte pårørende over tid for at en slik forening skal fungere, og det er vanskelig å få til. Blant annet fordi hver enkelt bruker nå har kortere opphold på sykehjem enn tidligere.

De tillitsvalgte er ikke involvert i evaluering og rapportering med hensyn til helse- og omsorgstjenestene, utover det de har mulighet til som vanlig ansatt. De kjenner heller ikke til at det gjøres noen spesiell oppfølging eller evaluering av gjennomførte kompetansetiltak, eller at styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene evalueres.

7.2.3 Data fra spørreundersøkelsen

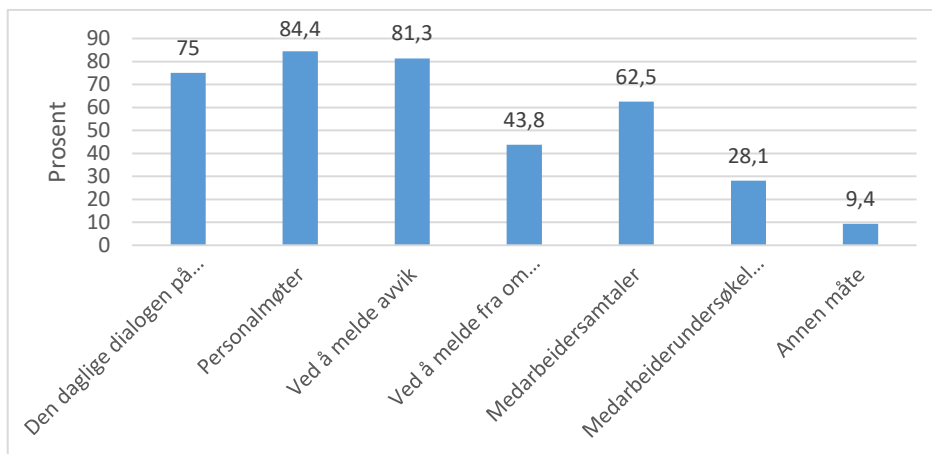
I tilknytning til denne problemstillingen har vi i spørreundersøkelsen presentert ulike påstander knyttet til forsvarlige tjenester, medvirkning fra medarbeiderne og medvirkning fra brukere/pasienter, som respondentene skulle ta stilling til (på en poengskala fra 1 til 5, der 1 er fullstendig uenig mens 5 er helt enig). Resultatene kan oppsummeres som følger:

Hvor enig/uenig er du i følgende påstander (poengskala fra 1-5)	Poeng
Engerdal kommune har forsvarlige helse- og omsorgstjenester	3,8
Jeg får mulighet til å medvirke i kvalitetsarbeidet med min kunnskap og erfaring.	3,2
Kommunen benytter erfaringer fra brukere og/eller pårørende til å utvikle kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene	2,9

Gjennomsnittet for påstandene ligger rundt midtverdien på skalaen (3), og flertallet er således mer enig enn uenig i 2 av 3 påstander. Lavest score oppnås for påstanden om at kommunen benytter erfaringer fra brukere og/eller pårørende til å utvikle kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene (2,9). Høyest score får påstanden om at Engerdal kommune har forsvarlige helse- og omsorgstjenester (3,8). Prosentmessig fordeler svarene seg slik:

Hvor enig/uenig er du i følgende påstander (poengskala fra 1-5)	1	2	3	4	5	Vet ikke
Engerdal kommune har forsvarlige helse- og omsorgstjenester	2,9	0	20,6	55,9	14,7	5,9
Jeg får mulighet til å medvirke i kvalitetsarbeidet med min kunnskap og erfaring.	14,7	2,9	38,2	17,6	14,7	11,8
Kommunen benytter erfaringer fra brukere og/eller pårørende til å utvikle kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene	2,9	11,8	41,2	11,8	0	32,4

I spørreundersøkelsen er det også gjort en kartlegging av hvilke arenaer ansatte i helse- og omsorgstjenestene i kommunen mener er viktigst med hensyn til å komme med innspill til forbedring av tjenestene. Her har det vært mulig å krysse av på flere alternativer. Alternativene som kunne velges var; gjennom den daglige dialogen på arbeidsplassen, i personalmøter, ved å melde om avvik, ved å melde fra om områder hvor det er risiko for avvik, gjennom medarbeidersamtaler, gjennom medarbeiderundersøkelser eller på annen måte. Resultatet er som følger:



Det er videre gitt mulighet til å komme med innspill til forbedring når det gjelder medvirkning fra ansatte i tjenesteutviklingen i helse- og omsorgstjenestene. Vi har fått innspill fra 3 respondenter. To som går på at det bør legges til rette for at ansatte får medvirke mer og at lederne er tilgjengelige. Det er videre ett innspill som går på kommunikasjon og forståelse mellom kolleger og ledelse, blant annet i forbindelse med konfliktløsning.

7.3 Revisors vurdering

7.3.1 Sørger det for å ha lovpålagt kompetanse på plass

Da vi gjorde vår gjennomgang av tjenestene var tilbakemeldingen fra ledelsen i tjenestene at grunnbemanningen var på plass. Det foretas innleie av jordmortjenester og en har nettbasert tilgang til psykologtjeneste. Spesielt det med psykologtjenesten er etter vår mening et noe redusert tilbud. Vi har også fått innspill på at det er utfordringer med hensyn til å få bemannet legevakttjenesten. Det er ellers sykefravær o.l. som er den største utfordringen for tjenestene når det gjelder å ha tilstrekkelig kompetanse tilstede i virksomhetene i det daglige. Av oversikten over antall ansatte i de ulike faggruppene ser vi at det er færre ansatte tilgjengelig enn tidligere. Spesielt gjelder dette helsefagarbeidere og sykepleiere. Det er også flere av tjenestene som er basert på en ansatt, noe som illustrerer sårbarheten med hensyn til tilgang til vikarer. Gjennomgangen av sykepleierressursen som ble gjennomført i 2022, og som endte opp med å foreslå endringer i turnus og endret organisering av sykepleierressursen, viser at kommunen tar grep for å sikre at lovpålagt kompetanse er på plass.

I intervju med de tillitsvalgte i tjenestene har vi fått innspill på at en sliter med for få folk på jobb, og at dette forverres når det er mye fravær. Det er imidlertid håp om at forslagene som er kommet i forbindelse med gjennomgang av sykepleierressursen i 2022 kan bedre situasjonen. I spørreundersøkelsen har de ansatte tatt stilling til en påstand om at Engerdal kommune har forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Gjennomsnittlig score på denne påstanden var på 3,8 (på en skala der 1 er helt uenig og 5 er helt enig). En viktig faktor med hensyn til forsvarlige tjenester er tilstrekkelig bemanning. Sammen med innspillene fra de tillitsvalgte tyder dette på at det stort sett oppleves at kommunene har forsvarlige tjenester, men at dette ikke alltid har vært tilfelle.

Vi mener at revisjonskriterie 15 er delvis etterlevd.


- Kommunen må sørge for å, til enhver tid, ha lovpålagt kompetanse på plass i et omfang som sikrer forsvarlige helse- og omsorgstjenester

7.3.2 Evaluering av de overordnede styringsdokumentene for kompetanseutvikling

Når det gjelder tiltakene i strategisk kompetanseplan, blir, etter vår vurdering, tiltakene som kan knyttes til rekruttering benyttet. Det varierer noe med hensyn til bruk av for eksempel læringsarenaer. Som vi har vært inne på under kriteriepunkt 12 i problemstilling 2, så meldes det årlig inn kompetansebehov i henhold til kommunens strategiske kompetanseplan. Det finnes imidlertid minimalt med evalueringer av de kompetansetiltakene som gjennomføres, og vi har etterlyst en mer omfattende plan og rapportering for kompetansetiltakene. Kommunens strategiske kompetanseplan legger opp til at det også skal utarbeides lokale planer i virksomheten, og at disse skal evalueres.

Det er også lagt opp til årlig rullering av den strategiske kompetanseplanen, samt en evaluering og revidering av denne planen i 2022. Vi kan ikke se at dette heller følges opp. Ut fra dette mener vi at kommunen bør evaluere planer og tiltak for kompetanseutvikling i større grad. For helse- og omsorgstjenestene vil denne typen evalueringer være et viktig grunnlag for kvalitetsarbeidet i virksomheten.

Vi mener at revisjonskriterie 16 er delvis etterlevd.

 Tiltakene i de overordnede styringsdokumentene for kompetanseutvikling i kommunen benyttes, evalueres slik det er det er forutsatt og endres dersom det er behov for det.

7.3.3 Bruk av ansattes kunnskap og erfaring i forbedringsarbeidet

I intervjuene har vi fått opplyst at det først og fremst er gjennom personalmøter at de ansatte har mulighet til å komme med innspill til forbedringer. Disse møtene gjennomføres ca. månedlig. Ellers er det også muligheter for å komme med innspill i den daglige drift. Medarbeidersamtaler og medarbeiderundersøkelser er også trukket frem som arenaer hvor det kan hentes inn erfaringer fra de ansatte, men dette blir da mer sporadisk. Vi har forstått det slik at det skrives referater fra personalmøtene, og vi antar da at innspill i disse møtene dokumenteres. Treparsamarbeidet mellom kommuneledelsen, tillitsvalgte, verneombud og folkevalgte er også nevnt som en arena for de ansatte til å komme med innspill i forbedringsarbeidet. Det er vår vurdering at de ansatte har hensiktsmessige arenaer hvor det er mulig å bidra til forbedringer i tjenestene.

Muligheten til å gi innspill til forbedringer er også tema i spørreundersøkelsen til de ansatte. Her er det spurt om hvilke arenaer de mener er viktigst med hensyn til å komme med denne typen innspill. På topp ligger personalmøtene (84,4 %). Å melde avvik (81,3 %) og dialog i det daglige på arbeidsplassen (75 %) er også arenaer som mange har satt kryss ved. Medarbeidersamtaler er en arena som noen færre mener at er en aktuell arena for å komme med innspill til forbedring (62,5 %). Alternativene vedrørende det å melde fra om risiko-områder (43,8 %) og medarbeiderundersøkelser (28,1 %) var de alternativene som fikk minst oppslutning.

I spørreundersøkelsen har de ansatte også tatt stilling til en påstand om at de ansatte får mulighet til å medvirke i kvalitetsarbeidet med sin kunnskap og erfaring. Gjennomsnittlig score på denne påstanden var 3,2 (på en skala der 1 er helt uenig og 5 er helt enig). Det var 11,8 % som svarte «vet ikke» på denne påstanden. Den enkelte ansatte har også hatt anledning til komme med forslag til hvordan medvirkningen fra de ansatte kan forbedres. Selv om det var få ansatte som hadde innspill til forbedringer her, gikk tilbakemeldingene på ønsket om mer medvirkning. Resultatene fra spørreundersøkelsen indikerer at tjenestene har forbedringspotensial med hensyn til å legge til rette for medvirkning. Tjenestene bør fortsatt ha bruk av medarbeidernes kunnskap og erfaringer i fokus, og tydeliggjøre når og hvordan de ansatte kan bidra. Vi mener videre at forbedringsforslagene fra de

ulike arenaene bør samles på et sted og dokumenteres. Dette gjør det enklere å få oversikt i selve forbedringsarbeidet, samtidig som det tydeliggjør de ansattes medvirkning.

Vi mener at revisjonskriterie 17 er delvis etterlevd.

- Kommunen må legge til rette for medvirkning fra de ansatte i forbedringsarbeidet og bruke deres kunnskap og erfaring i forbedringsarbeidet

7.3.4 Bruk av pasient-, bruker- og pårørende erfaringer i forbedringsarbeidet

Det er gjennomført brukerundersøkelser i deler av tjenestene, og det planlegges nye slike undersøkelser våren 2023. De siste brukerundersøkelsene ble gjennomført i 2020 og en har i stor grad oppnådd gode resultater. I intervjuene har vi fått opplyst at en sliter med lav svarprosent i denne typen undersøkelser. Ellers er brukermøter eller oppfølgingssamtaler der eventuelt pårørende er tilstede angitt som en måte å innhente brukererfaringer på. Det kan også gjennomføres evalueringsmøter med brukerne. Etter hva vi kan forstå blir ikke denne typen informasjon dokumentert og systematisert, eller at den ses i sammenheng med andre typer tjenesteinformasjon i et system for forbedring av tjenestene. Vi mener at informasjonen som tjenestene får fra møter med den enkelte bruker/pasient fort blir tilfeldig og at forbedringsarbeidet også blir mer tilfeldig. Det finnes for tiden ingen brukerorganisasjoner, pårørendeforeninger el. som er aktuelle å involvere i forbedringsarbeidet i tjenestene, men det er vårt inntrykk at helse- og omsorgstjenestene stiller seg positive til denne typen samarbeid.

I spørreundersøkelsen har de ansatte tatt stilling til en påstand om at kommunen benytter erfaringer fra brukere og/eller pårørende til å utvikle kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene. Gjennomsnittlig score på denne påstanden var 2,9 (på en skala der 1 er helt uenig og 5 er helt enig). Det var hele 32,4 % som svarte «vet ikke» på denne påstanden. Dette tyder på at mange av de ansatte er uenige i, eller ikke vet hvordan erfaringer fra brukere og/eller pårørende benyttes i forbedringsarbeidet. Etter vår mening vil det være naturlig at en del av de ansatte er involvert i å videreformidle innspill fra brukere/pasienter og pårørende.

Vi mener generelt at tjenestene kunne hatt nytte av å utarbeide egne rutiner for hvordan pasient-, bruker- og pårørende erfaringer skal samles inn, og hvordan de skal benyttes i forbedringsarbeidet

Ut fra dette mener vi at revisjonskriterie 18 er delvis etterlevd.

- Kommunen må sørge for å gjøre bruk av erfaring fra pasienter, brukere og pårørende i forbedringsarbeidet.

7.3.5 Evaluering av helse- og omsorgstjenestene

Det gjøres ulike evalueringer av helse- og omsorgstjenestene gjennom evalueringer med bestemte formål, rapportering og internkontrollgjennomganger. Når det gjelder evalueringer med bestemte formål er statusrapporten for Engerdal kommune for «Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre» et eksempel hvor en tar for seg status og behov knyttet til aktuelle områder fra stortingsmeldingen med samme navn. Rapporten *sykepleierorganisering* er et annet eksempel. Vi mener denne typen evalueringer er noe på siden av den mer løpende evalueringen. Rapportene er hensiktsmessige for den bruken de er tiltenkt og kan godt være en del av evalueringen av helse og omsorgstjenestene. De er også viktige med hensyn til planlegging av tjenestene.

Vi mener videre at den rapporteringen som en finner i form av tertialrapporter og årsrapport blir for snever, sett i forhold til evaluering av helse- og omsorgstjenestene. Disse rapportene vil imidlertid være dekkende for de av målsettingene som går på økonomi. Det rapporteres ellers internt i helse- og omsorgstjenestene i forbindelse med ledermøter, og vi oppfatter at evaluering av tjenestene er tema i disse møtene. En generell utfordring når det gjelder evaluering av tjenestene, er at det ikke er lagt til grunn mer overordnede målsettinger for tjenestene. Vi finner videre lite med vurderinger som går konkret på etterlevelse av lov og forskrift i tjenestenes rapportering.

Når det gjelder oppfølging av at internkontrollen fungerer som forutsatt, gjennomfører virksomhetene internkontroll-gjennomganger på utvalgte emner som åpenbart kan være beheftet med risiko. Institusjonstjenestene og Forebyggende rehabilitering legger til grunn stikkprøvekontroller for utvalgte brukere/pasienter for sin rapportering, mens virksomhetsområdet Habilitering, avlastning og legetjenester gjør en mer generell oppsummering og innspill til forbedringer for de utvalgte områdene for internkontroll-gjennomgang. Der det er gjennomført stikkprøvekontroller er det avdekket en del avvik. For Forebyggende rehabilitering er det færre avvik for andre halvår 2022 enn for første halvår, mens det er motsatt for Institusjonstjenestene. Så lenge det avdekkes avvik på de valgte områdene mener vi det er på sin plass å fortsette stikkprøvekontrollene, men hovedhensikten må være at avvik som det kan iverksettes tiltak overfor, reduseres.

Når resultatene er akseptable kan emnet/risiko-området nedprioriteres fremfor andre emner/risiko-områder hvor risikoen er større. De er slik systematiske risikovurderinger er tenkt å fungere. Det er viktig at utviklingen følges opp og at de emner hvor risikoen for feil er størst, prioriteres. Vi mener videre at slike internkontroll-gjennomganger også må ses i sammenheng med annen informasjon en har tilgjengelig når tjenestene skal evalueres. Eksempelvis informasjon fra avvikssystemet, resultat fra systematiske risikovurderinger, brukerinnspill, medarbeiderinnspill, sammenligning med andre etc. Evalueringen bør gjennomføres fast, for eksempel en gang i året, og den bør etter vår vurdering dokumenteres i en rapport. Rapporten bør også tydeliggjøre hva tjenestene prioriterer fremover, og nettopp det at det er en skriftlig rapport vil være et virkemiddel for å få alle ansatte til å trekke i samme retning.

Det er vår vurdering at evaluering av tjenestene kan gjøres på et bredere grunnlag, at evalueringen bør dokumenteres med en samlet rapport for hele virksomheten som konkluderer på om tjenestenes praksis er i henhold til lov og fastsatte målsettinger. Rapporten bør også tydeliggjøre hvilke områder som prioriteres fremover for å sikre kvalitativt gode tjenester. En evaluering av tjenestene vil dessuten være et godt grunnlag for rapportering til de folkevalgte i kommunen.

Vi mener at revisjonskriterie 19 er delvis etterlevd.


- Kommunen må ha evaluert tjenestene i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring og benyttet kunnskap fra evalueringen i forbedringsarbeidet og til å gjøre korrigeringer.

7.3.6 Årlig vurdering av styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene

Slik vi har forstått det har styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene foreløpig ikke blitt evaluert. Dette er grunnleggende, og en viktig dokumentasjon på at styringssystemet er egnet til å sikre forsvarlige helse- og omsorgstjenester i henhold til lov og forskrift. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene stiller krav til at dette gjøres årlig. I forhold til å kunne dokumentere gjennomgangen mener vi at kommunen bør utarbeide rutiner for når og hvordan

gjennomgangen skal gjøres. Det bør videre skrives egne rapporter som beskriver resultatet og hva som er gjort av endringer for å sikre at systemet er godt nok.

Vi mener at revisjonskriterie 20 ikke er etterlevd.

-  Kommunen må minst en gang i året ha gjennomgått og vurdert hele styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene og korrigert der det er behov.

8 Konklusjon

Formålet med denne forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke om Engerdal kommune har styringssystemer i helse- og omsorgstjenestene som sikrer tilstrekkelig kompetanse i tjenestene og en forsvarlig drift.

Forvaltningsrevisjonen er i stor grad rettet mot hvordan kommunens helse- og omsorgstjenester etterlever forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedringer i helse- og omsorgstjenestene. Foruten at det mangler noen elementer for å leve opp til bestemmelsene i forskriften, ser vi at mange av avvikene kan knyttes til samordning av informasjon og dokumentasjon av handlinger som tjenestene gjør for å etterleve forskriften. Hensikten med forskriften er at kommunen skal jobbe forebyggende for å hindre avvik og uønskede hendelser.

Har kommunen hensiktsmessige styringssystemer for å sikre måloppnåelse og forsvarlige tjenester i helse- og omsorgstjenestene?

Vi mener kommunen delvis har hensiktsmessige styringssystemer for å sikre måloppnåelse og forsvarlige tjenester i helse- og omsorgstjenestene. Det finnes flere elementer av god styring rundt om i tjenestene. Utfordringen er imidlertid at en mangler enkelte grunnleggende elementer som skal til for å sikre et helhetlig og godt styringssystem. Systemet bør også dokumenteres i større grad. Konklusjonen er basert på følgende:

- Det finnes ikke en samlet og dokumentert analyse av sannsynligheten for at regelverk og målsettinger innen helse- og omsorgstjenestene ikke følges, og hvilke risiko-områder som styringssystemet må følge opp. En overordnet og samlet risikovurdering bør danne grunnlaget for utforming og dimensjonering av styringssystemet. For å tydeliggjøre hvilke krav ledelsen stiller til internkontroll/styring, og for å sikre integrering i virksomhetene, mener vi at en med fordel kan dokumentere systemet med en beskrivelse av hvordan det er oppbygd og hvordan det er tenkt å fungere.
- Helse- og omsorgstjenestene har ingen rutiner for å kartlegge og vurdere risiko i tjenestene på en systematisk måte. Det gjennomføres da heller ikke slike vurderinger. Å gjennomføre systematiske risikovurderinger er viktig med hensyn til å kunne avdekke områder hvor det er behov for å iverksette nye internkontrolltiltak eller justere eksisterende tiltak. Vi mener at innføring av systematiske risikovurderinger kan bidra til en mer rasjonell internkontroll, og økt trygghet for at tjenestene er forsvarlig. Systematiske risikovurderinger skal bidra til at riktige internkontrolltiltak iverksettes på de områdene hvor det er størst behov. Vi mener også at tjenestene bør vurdere skriftlige rutiner for utvikling og iverksetting av nye rutiner/internkontrolltiltak, samt distribusjon av informasjon til de ansatte i denne forbindelse.
- Tjenestenes styringssystem bidrar i noen grad til å skaffe oversikt over de rammevilkårene som til enhver tid gjelder for virksomheten. Dette gjelder imidlertid ikke kommunens egne målsettinger for tjenestene i særlig grad. Vi mener videre at styringssystemet bør utvikles for å skaffe tilveie mer informasjon som kan benyttes til systematisk planlegging av en forsvarlig tjeneste. I tillegg til å genererer data vedrørende avvik, bør styringssystemet også generere informasjon fra risikovurderinger, tilbakemeldinger fra brukere, innspill fra medarbeiderne, evaluering av kompetanse/kompetansetiltak, nasjonal statistikk og utvikling i egne tjenestedata sett opp mot kommunens målsettinger. Når det gjelder planlegging av hvordan denne informasjonen skal formidles til de ansatte i tjenestene, er ledermøter og personalmøter sentrale. Netpower skal også

være en informasjonskanal, men det er en ganske stor andel av de ansatte som ikke benytter dette systemet og det trengs tilrettelegging og opplæring. Spørreundersøkelsen til de ansatte viser at de fleste mener å ha tilgang på regelverk, reglementer, faglige anbefalinger og veiledere de har bruk for i jobben sin. Det er imidlertid en del usikkerhet blant de ansatte om hvorvidt de får informasjon om endringer i disse kunnskapskildene som har betydning for jobben deres. Ut fra dette mener vi at tjenestene bør legge større vekt på informasjon til de ansatte, sikre enkel tilgang til informasjon og at det gis opplæring i tjenestenes styringssystem.

- Det er vår vurdering at styringssystemet i liten grad gir oversikt over og beskriver fastsatte mål for tjenestene. Det samme gjelder også beskrivelser av oppgaver, aktiviteter og organisering. Når det gjelder ansvars-, oppgave- og myndighetsfordelingen er ansvars- og myndighetsfordelingen i tjenestene tilstrekkelig tydeliggjort overfor de ansatte. Spørreundersøkelsen til de ansatte viser imidlertid at oppgavefordelingen kan bli mer tydelig.
- Vi kan ikke se at tjenestene har noen samlet oversikt over eller beskrivelse av hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring. Dette er et krav i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene. Når det gjelder medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring mener vi tjenestene har god oversikt over dette. Tjenestene har også et system for avviksregistrering og avvikshåndtering som synes å fungere godt.
- Ledelsen følger opp at oppgavene gjennomføres som planlagt ved å være til stede og er tilgjengelige i avdelingene og gjennom intern rapportering. Ut fra tilbakemeldingene i spørreundersøkelsen til de ansatte kan det likevel være grunn til å vurdere om ledelsen bør være enda mer tilstede, og enda mer tydelige med hensyn til oppfølging av oppgavene

Arbeider kommunen systematisk for å sikre nødvendig kompetanse innen helse- og omsorgstjenestene?

Vi konkluderer med at kommunen arbeider systematisk for å sikre nødvendig kompetanse innen helse- og omsorgstjenestene. Det finnes likevel områder som kan forbedres. Konklusjonen er basert på følgende:

- Tjenestene har egne rutiner/sjekklister for opplæring av nytilsatte og de får veiledning av andre ansatte i starten. Fra de ansatte i tjenestene er tilbakemeldingen at det bør legges bedre til rette for opplæring av nytilsatte. At oppfølgingen kan bli for sporadisk, at en må forholde seg til flere ulike kontaktpersoner og at det ikke avsettes nok tid er tilbakemeldingene fra intervjuer og spørreundersøkelsen til de ansatte. Det er også etterlyst rutiner som sikrer en god oppfølging i prøvetiden. Slike rutiner vil blant annet kunne innebære formaliserte oppfølgingsmøter og tilbakemeldinger til den nytilsatte.
- Våre undersøkelser viser at kommunen har ansatte som er rimelig godt motivert til å delta i kompetanseutviklingstiltak. Undersøkelsene viser også at ledelsen i helse- og omsorgstjenestene gjør sitt for å motivere sine ansatte i denne forbindelse. Utfordringen er imidlertid å få avsatt tid og skaffet vikarer slik at ansatte kan delta i kompetansetiltak. Vi mener at kommunen bør vurdere hvordan en kan legge bedre til rette for dette slik at en unngår at ansatte mangler nødvendig kunnskap og kompetanse. Det er vanlig at de som har deltatt på kurs og andre opplæringstiltak deler ny kompetanse med sine kolleger i personalmøter, men vi har også fått tilbakemelding på at det avsettes for lite tid til intern opplæring. Arbeidsplassbasert opplæring er en av læringsarenaene som kommunens strategiske kompetanseplan legger opp til at skal brukes. I helse- og

omsorgstjenestene opplever ikke de ansatte at dette er en læringsmetode som benyttes i særlig grad. Vi mener at tjenestene kan ha mer fokus på intern opplæring, både i interne møter/grupper og som arbeidsplassbasert opplæring. Det kan eventuelt utvikles egne rutiner for denne typen opplæring.

- Vi mener at helse- og omsorgstjenestene har rutiner som sikrer at endringer i rammevilkårene, og dermed behovet for kunnskap og kompetanse for tjenestene, fanges opp og implementeres. Vi mener også at tjenestene har god oversikt over de ansattes kompetanse og hva som er kompetansebehovet.
- Det er bestemmelser i kommunens strategiske kompetanseplan som kan følges bedre opp. Dette gjelder blant annet utarbeidelse av egne lokale kompetanseplaner og evaluering av kompetansetiltakene. Vi mener at en kort kompetanseplan for den enkelte virksomhet, der en også hadde en kort evaluering av de gjennomførte opplæringstiltakene, kan bedre planleggingen.
- De fleste ansatte i helse- og omsorgstjenestene har hatt 1-3 dager eller mer med opplæring siste året. Tilbakemeldingen er videre at virksomhetene stort sett får gjennomslag for de kompetansetiltakene det meldes inn, og det synes for oss som at de fleste medarbeiderne får tilstrekkelig med opplæring og etterutdanning.
- Vi kan ikke se at helse- og omsorgstjenestene har et fastsatt system og faste rutiner som sikrer et planmessig arbeid med kvalitetsforbedringer. Selv om det gjøres mye godt arbeid for å forbedre helse- og omsorgstjenestene, kan vi ikke se at dette er satt tilstrekkelig i system. Det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring er så sentralt i tjenestenes kvalitetssystem at vi mener det bør dokumenteres. Veilederen til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene legger vekt på at medarbeidere i helse- og omsorgstjenestene må få tilstrekkelig opplæring i forbedringsarbeid, det er ikke vårt inntrykk at de ansatte har fått opplæring i forbedringsarbeid i særlig grad.

Sikrer styringssystemet og arbeidet med kompetanseutvikling måloppnåelse og en forsvarlig drift av helse- og omsorgstjenestene?

Vår konklusjon er at styringssystemet og arbeidet med kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenestene i tilfredsstillende grad sikrer måloppnåelse og en forsvarlig drift av tjenestene. Det finnes områder hvor det er behov for forbedring, og konklusjonene er basert på følgende:

- Når det gjelder å sørge for å, til enhver tid, ha lovpålagt kompetanse på plass i et omfang som sikrer forsvarlige helse- og omsorgstjenester, er grunnbemanningen slik at dette ivaretas. Våre undersøkelser viser imidlertid at risikoen øker ved fravær, og det er ikke alltid at de ansatte i tjenestene opplever at de er mange nok på jobb til å sikre forsvarlige tjenester.
- Tiltakene i kommunens strategiske kompetanseplan følges opp når det gjelder rekruttering og melding av kompetansebehov. Den følges imidlertid ikke opp når det gjelder planlegging på virksomhetsnivå og når det gjelder evaluering av kompetansetiltak. Det er også lagt opp til årlig rullering av den strategiske kompetanseplanen, samt en evaluering og revidering av denne planen i 2022. Vi kan heller ikke se at dette er fulgt opp.
- Når det gjelder bruk av ansattes kunnskap og erfaring i forbedringsarbeidet finnes det hensiktsmessige arenaer hvor dette er mulig. Personalmøtene regnes som den viktigste. Tilbakemeldingene fra de ansatte tilsier at helse- og omsorgstjenestene bør ha bruk av

medarbeidernes kunnskap og erfaringer i enda større fokus, og tydeliggjøre når og hvordan de ansatte kan bidra. Å dokumentere og samle forbedringsforslagene fra de ulike arenaene på et sted kan bidra til å tydeliggjøre de ansattes medvirkning, samtidig som dette gjør det enklere å få oversikt i selve forbedringsarbeidet.

- Det innhentes erfaringer fra brukere/pårørende både ved bruker- og pårørendeundersøkelser og direkte fra enkeltbruker/pasient og enkelt-pårørende. Det finnes i liten grad bruker-/pårørende organisasjoner som kan involveres i utvikling av tjenestene i Engerdal. Erfaringer innhentet fra enkeltbruker/pasient og pårørende blir etter hva vi kan forstå, ikke dokumentert og systematisert, eller at de ses i sammenheng med andre typer tjenesteinformasjon i et system for kvalitetsforbedring. Dette øker risikoen for at bruk av bruker-/pasient og pårørende erfaringer blir tilfeldig og at forbedringsarbeidet også blir tilfeldig. De ansatte i helse- og omsorgstjenestene har ikke inntrykk av at bruker-/pasient- og pårørende-erfaringer benyttes til å utvikle kvaliteten i tjenestene i særlig grad.
- Det gjøres ulike evalueringer av helse- og omsorgstjenestene gjennom evalueringer med bestemte formål, rapportering og internkontroll-gjennomganger. Vi savner imidlertid en samlet evaluering av helse- og omsorgstjenestene som blant annet rapporterer på måloppnåelse når det gjelder kvalitet i tjenestene og etterlevelse av kravene i helse- og omsorgslovgivningen. En slik samlet evaluering bør omfatte informasjon fra avvikssystemet, resultat fra systematiske risikovurderinger, brukerinnsspill, medarbeiderinnsspill, sammenligning med andre etc., og vil være et viktig grunnlag for å vurdere styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene. Det vil også være et godt grunnlag for rapportering til de folkevalgte.
- Styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene blir ikke evaluert årlig, slik Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene stiller krav om. Dette er grunnleggende, og en viktig dokumentasjon på at styringssystemet er egnet til å sikre forsvarlige helse- og omsorgstjenester i henhold til lov og forskrift. Vi mener kommunen bør innføre rutiner for når og hvordan gjennomgangen skal gjøres. Det bør videre utarbeides egne rapporter som beskriver resultatet og hva som er gjort av endringer for å sikre at systemet er godt nok.

9 Anbefalinger

Med bakgrunn i de vurderinger og konklusjoner som er gjort gir vi kommunen anbefalinger. Disse har vi delt inn etter problemstillingene i forvaltningsrevisjonen. Når det gjelder **helse- og omsorgstjenestenes styringssystem** anbefaler vi at kommunen vurderer å:

1. Gjennomføre en samlet analyse av sannsynligheten for at regelverk og målsettinger innen helse- og omsorgstjenestene ikke følges. Analysen må kunne danne grunnlag for utforming og dimensjonering av styringssystemet.
2. Innføre rutiner for:
 - Systematiske kartlegginger og vurdering av risiko i tjenestene.
 - Utvikling og iverksetting av internkontrolltiltak.
3. Tydeliggjøre kommunens egne målsettinger for tjenestene og gjøre disse mer tilgjengelige. Kommunens egne målsettinger er en viktig del av oversikten over gjeldende rammevilkår og bør være lett tilgjengelige i styringssystemet.

4. Utvikle styringssystemet slik at det kan skaffe tilveie mer informasjon som kan benyttes til systematisk planlegging av en forsvarlig tjeneste. Styringssystemet bør kunne generere data vedrørende avvik, informasjon fra risikovurderinger, tilbakemeldinger fra brukere, innspill fra medarbeiderne, evaluering av kompetanse/kompetansetiltak, nasjonal statistikk og utvikling av egne tjenestedata sett opp mot andre og mot kommunens målsettinger.
5. Utarbeide en samlet oversikt over/beskrivelse av hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene. Det bør også vurderes å gi de ansatte i tjenestene opplæring i forbedringsarbeid.
6. Vurdere hvordan styringssystemet kan legge til rette for at ansatte får enklere tilgang til nødvendig informasjon. I denne forbindelse bør det også gis opplæring i bruk av tjenestenes styringssystem.

I tilknytning til **systematisk arbeid for å sikre nødvendig kompetanse** bør kommunen vurdere:

7. Tiltak for å sikre en grundigere og mer koordinert opplæring av nytilsatte. Det bør også vurderes å innføre mer formaliserte rutiner for oppfølging av nytilsatte i prøvetiden.
8. Tiltak som gjør at det avsettes nok tid og legges bedre til rette for deltagelse i kompetansetiltak for de ansatte. Vi mener at tjenestene kan ha mer fokus på intern opplæring, både i interne møter/grupper og som arbeidsplassbasert opplæring. Det kan eventuelt utvikles rutiner for dette.
9. Å følge opp bestemmelsene i kommunens strategiske kompetanseplan når det gjelder å:
 - Utarbeide enkle kompetanseplaner for hver virksomhet.
 - Evaluere de gjennomførte opplæringstiltakene.
 - Evaluering og revidering av den strategiske kompetanseplanen.

Når det gjelder det å **sikre en forsvarlig drift av tjenestene** mener vi at kommunen bør vurdere:

10. Hvordan kommunen kan sikre forsvarlige tjenester i perioder med mye fravær
11. Hvordan ansattes kunnskap og erfaring, samt erfaringer fra enkelt-brukere/pårørende, kan systemiseres i større grad og ses i sammenheng med andre typer tjenesteinformasjon i et system for kvalitetsforbedring.
12. Å gjennomføre en samlet evaluering av helse- og omsorgstjenestene årlig, som blant annet rapporterer på måloppnåelse når det gjelder kvalitet i tjenestene og etterlevelse av kravene i helse- og omsorgslovgivningen. En slik samlet evaluering vil være et godt grunnlag for rapportering til de folkevalgte
13. Å innføre rutiner for en årlig evaluering av styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene. Vi mener det i denne forbindelse bør utarbeides egne rapporter som beskriver resultatet og hva som er gjort av endringer for å sikre at systemet er godt nok.

10 Kommunedirektørens uttalelse



Engerdal kommune
Organisasjons- og tjenesteutvikling



Engerdal
nasjonalpark
kommune

Unntatt offentlighet: Offl § 23 første ledd

Dato: 24.02.2023

Saksnr.: 2023/219-1459/2023

Notat

Kommunedirektørens uttalelse til foreløpig forvaltningsrevisjonsrapport

Kommunedirektøren viser til foreløpig rapport oversendt fra utøvende forvaltningsrevisor i Revisjon Øst IKS, og gir med dette uttalelse til foreløpig rapport i henhold til kommuneloven § 23-5, annet ledd.

Kommunedirektøren setter pris på kontrollutvalgets bestilling av en slik forvaltningsrevisjon, da dette gir både kommunedirektøren men også resten av organisasjonen et godt innblikk i hvordan kommunen arbeider og vurderes i forhold til de revisjonskriterier som ligger til grunn. Kildene som revisjonskriteriene er utledet fra, er overordnet for tjenesten og kommunedirektøren stiller seg bak disse.

Av de vurderinger og konklusjoner som rapporten gir, så er Kommunedirektøren kjent med noen av disse fra tidligere. En av virksomhetene innenfor sektoren hadde høsten 2022 tilsyn fra Statsforvalteren som viser flere sammenfallende konklusjoner som foreløpig forvaltningsrapport også gjør.

Noe av utfordringene til sektoren har vært begrenset med ressurser for å avsette tid til kontinuerlig arbeid med blant annet styringssystemer og systematisk oppfølging. Virksomhetsledere bruker mye av sin tid til å sikre tilstrekkelig bemanning for forsvarlig drift av tjenestene, som går på bekostning av andre arbeidsoppgaver.

Kommunen har et overordnet kvalitetssystem som en viktig del av å sikre systematisk arbeid for måloppnåelse og forsvarlige tjenester. Sektoren bruker i stor grad dette systemet, men vi ser at det er noen mangler i forhold til dette med dokumentasjon og at enkelte ansatte uttrykker mangel på opplæring i systemet. Sektoren har heller ikke hatt noen overordnet plan/målsetting for tjenesten og arbeider ut fra relevant lovverk, forskrift og veiledere. Helse- og omsorgsplan ligger inne i planstrategien og sektoren har arbeidet med denne nå i 2022 med mål om ferdigstillelse, men kom ikke helt i mål og jobber videre i 2023 med denne.

Kommunedirektøren har iverksatt flere tiltak som støtter oppunder rapportens konklusjoner og anbefalinger og vil planlegge ytterligere tiltak basert på rapporten;

- Kommunen har påstartet arbeid med revidering av kompetanseplan hvor virksomheter skal gi sine innspill. Midler til kurs og kompetansehevende tiltak i kommunen er økt med 500' i årets budsjett.



Engerdal kommune
Organisasjons- og tjenesteutvikling



- Som følge av ny organisasjonsendring er det fra 01.01.23 økt ressurs til ledelse innen sektoren, da sektorleder for helse og mestring er 100% stilling. Dette er en økning med 50% stilling fra tidligere organisering, noe som vil gi sektorleder større mulighet til å følge opp overordnet styrings- og kvalitetsarbeid. Det er også under vurdering hvorvidt organisering av den totale lederressurser kan og bør fordeles på best mulig måte.
- Kommunen har innført 3-part som organ hvor virksomhetsleder, tillitsvalgt og verneombud ved hver virksomhet er representert. Dette vil i enda større grad sikre medvirkning fra ansatte i saker som omgår virksomheten.
- Kommunen er under arbeid med å gjøre styringssystemet mer kjent i organisasjonen. Det vil også her utarbeides en overordnet plan for systemet i kommunen som en viktig del av Kommunedirektørens interkontroll. I denne overordnede planen vil det beskrives hvordan man skal sikre systematisk oppfølging i tjenesten og hvordan dette brukes i evaluering og videre arbeid.
- Kommunedirektøren har startet en prosess for å evaluere kommunens planhierarki og vil her legge til grunn de konklusjoner og anbefalinger som rapporten viser i forhold til blant annet målsetting for sektoren. Virksomhetsplaner med tilhørende kompetanseplaner med mer vil vurderes i denne sammenheng for mer helhetlig sammenheng med øvrige planverk i kommunen.
- Brukerundersøkelser vil gjennomføres i løpet av første halvår 2023. Kommunen benytter bedrekommune.no i dette arbeidet.
- Kommunen har nylig revidert overordnet risiko og sårbarhetsanalyse, og vil i forlengelsen av dette gjøre det samme innenfor sektor for helse og mestring.

Geir Sverdrup
Kommunedirektør

11 Referanser

RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, *Norges kommunerevisorforbund august 2020*

L22.06.2018 nr. 83 - KommuneLOVEN

Veileder i internkontroll i kommunesektoren – kravene i kommuneLOVEN, *Kommunal og moderniseringsdepartementet 13.10.2021*

Orden i eget hus – Veileder om kommunedirektørens internkontroll, *KS april 2020*

L24.06.2011 nr. 30 - Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

L02.07.1999 nr. 64 - Lov om helsepersonell m.v.

F28.10.2016 nr. 1250 - Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten

Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten – veileder til lov og forskrift, *Helsedirektoratet 2018*

Kommuneplanens samfunnsdel 2018-2029, *Engerdal kommune 2018*

Strategisk kompetanseplan for 2021-2022, *Engerdal kommune 2021*

Lønnspolitisk plan 2021-2024, *Engerdal kommune 2021*

Årsbudsjett 2021 og økonomiplan 2021-2024, *Engerdal kommune 2020*

Årsmelding 2021 – *Engerdal kommune*

Tertialrapport 1 – *Engerdal kommune 2021*

Tertialrapport 2 – *Engerdal kommune 2021*

Tertialrapport 1 – *Engerdal kommune 2022*

Tertialrapport 2 – *Engerdal kommune 2022*

Leve hele livet- En kvalitetsreform for eldre, *Statusrapport for Engerdal kommune november 2020*

Rapport sykepleierorganisering – *Engerdal kommune 2022*

Statusrapport omstillingsprosjekt helse og velferd – *Engerdal kommune 2019*

Risiko- og sårbarhetsanalyse Engerdal Helse- og omsorgssenter, *Engerdal kommune 2018*

11.1 Internettreferanser

<https://www.engerdal.kommune.no/tjenester/helse-og-velferd/>

Vedlegg A: Revisjonskriterier

1. Om utledningen av revisjonskriterier

Dette dokumentet vil presentere grunnlaget for de aktuelle revisjonskriteriene som skal anvendes i forvaltningsrevisjonsprosjektet med temaet: «Styring, drift og kompetanse i helse- og omsorgstjenestene, Engerdal kommune».

Revisjon Øst IKS forholder seg til RSK 001, den gjeldende standarden for forvaltningsrevisjon nedsatt av Norges kommunerevisorforbund. Standarden definerer hva god kommunal revisjonsskikk består av, og inneholder de grunnleggende prinsippene og normer for planlegging, gjennomføring og rapportering for forvaltningsrevisjon i kommuner og fylkeskommuner.

I RSK 001 fremgår det at det skal utarbeides revisjonskriterier for problemstillingene som skal vurderes i et forvaltningsrevisjonsprosjekt.² Revisjonskriterier er de kravene, normene og/eller standardene som den reviderte enheten skal vurderes i forhold til. Kriteriene skal utledes fra autoritative eller anerkjente kilder innenfor det reviderte området og tar utgangspunkt i en rekke kilder. Mest toneangivende i slike kilder vil være lover og forskrifter på det reviderte området da disse definerer de forventningene og lovkrav som forvaltningen er lovpålagt å forholde seg til. Kriteriene må i det videre være relevante, konkrete og i samsvar med de kravene og føringer som gjelder for den reviderte enhet.

³

I tråd med god revisjonsskikk, og stabil forankring av prosjektets vurderinger, oversendes revisjonskriteriene til kommunedirektør som øverste leder for kommunens administrasjon. Denne kan så delegere gjennomgangen av dokumentet til andre i kommunens administrasjon om ønskelig. Det er revisjonens ønske å få tilbakemelding på om kommunedirektøren/den reviderte enhet(er) opplever kriteriene som relevante for de krav som kan stilles overfor tjenestområdet, og om eventuelle innspill til endringer eller justeringer.

I det følgende vil kriteriene for forventninger knyttet til styring, drift og kompetanse innen helse- og omsorgstjenestene presenteres. Kriteriene vil ta utgangspunkt i relevante lovverk, deres tilhørende forskrifter, nasjonale føringer, rundskriv og retningslinjer. De aktuelle kildene og påfølgende revisjonskriterier vil omtales nærmere under gjennomgangen av problemstillingene i dette dokumentet.

Av hensynet til revisjonens omfang kan en avgrensning av undersøkelsen bli nødvendig. Det vil derfor ikke nødvendigvis foretas vurderinger av samtlige av de fremsatte kriteriene. I tillegg kan det være nødvendig å endre eller tilføye revisjonskriterier underveis i prosjektet. Skulle slike endringer forekomme vil den reviderte enhet bli underrettet om det.

2. Bakgrunn for bestillingen

Kommuneloven § 23-2 punkt c, fremmer at kontrollutvalget skal påse at det blir gjennomført forvaltningsrevisjon i kommunen. I tråd med *Plan for forvaltningsrevisjon for Engerdal Kommune, 2020 – 2023*, bestilte kontrollutvalget i Engerdal kommune 1.3.21 en sammenslått prosjektplan for

² RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon pkt. 20

³ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon pkt. 14 – 15.

gjennomføringen av forvaltningsrevisjonsprosjektene nr. 4 og 13 i den ovennevnte planen.⁴ Kontrollutvalget gikk videre med anbefalingene i denne, og bestilte i sak EN-23/21, den 31.5.21 en forvaltningsrevisjon basert på tematikken slik den ble utledet i prosjektplanen.

Undersøkelsens formål, slik den fremkommer av kontrollutvalgets beslutning og den vedtatte prosjektplanen, blir å undersøke om Engerdal kommune har styringssystemer i helse- og omsorgstjenestene som sikrer tilstrekkelig kompetanse i tjenestene og en forsvarlig drift. Dette skal besvares gjennom følgende problemstillinger:

1. *Har kommunen hensiktsmessige styringssystemer for å sikre måloppnåelse og forsvarlige tjenester i helse- og omsorgstjenestene?*
2. *Arbeider kommunen systematisk for å sikre nødvendig kompetanse innen helse- og omsorgstjenestene?*
3. *Sikrer styringssystemet og arbeidet med kompetanseutvikling måloppnåelse og en forsvarlig drift av helse- og omsorgstjenestene?*

Forvaltningsrevisjonen avgrenses til å gjelde helse- og omsorgstjenestenes enheter i Engerdal kommune. Dette innebærer at enhetene som er gjenstand for revisjon er: Forebyggende rehabilitering, Institusjonstjenester, Habilitering/avlastning og legetjenester.

3. Utledning av revisjonskriterier

3.1. Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 1

Problemstilling 1:

Har kommunen hensiktsmessige styringssystemer for å sikre måloppnåelse og forsvarlige tjenester i helse- og omsorgstjenestene?

Måloppnåelse i helse- og omsorgstjenestene kan knyttes tett opp til etterlevelse av lover og forskrifter som gjelder for tjenestene. Etterlevelse av lov og forskriftskrav utgjør minimum av hva kommunen må ha på plass for å sikre kommunens innbyggere forsvarlige tjenester. Vi legger til grunn at kommunen som minimum har som målsetting å yte helse og omsorgstjenester i henhold til lov og forskrift. I tillegg kan kommunen ha egne målsettinger for tjenestene.

Ut ifra innledningen i «Årsbudsjett 2022 og økonomiplan 2022-2025», der det legges opp til å en rekke reduksjoner, samtidig som det er behov for økte inntekter gjennom eierutbytte og eiendomsskatt, oppfatter vi at kommunen er i en omstillingsprosess og at økonomien er i ferd med å strammes inn. En målsetting om mest mulig rasjonell/effektiv drift er således reell. I tidligere årsbudsjett og økonomiplandokumenter har målsettingene for helse- og omsorgstjenestene vært omtalt, og en oppsummering av disse er at kommunen har som mål å levere kvalitativt gode tjenester som er i henhold til lov/forskrift og andre krav fra statlige myndigheter. Selv om målsettingene delvis er utelatt i siste årsbudsjett/økonomiplan legger vi til grunn at kommunen fortsatt har dette som målsetting.

⁴ Nr. 4: «Kompetanse i kommunens organisasjon», nr. 13: «Styring og drift av pleie- og omsorgstjenesten»

Kommunes styringssystem er sentralt for å sikre måloppnåelse og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. I følge Helsedirektoratets veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene er begrepet styringssystem i stor grad sammenfallende med kravene til internkontroll i disse tjenestene.

Kommunelovens § 25-1 innebærer at kommunen må ha internkontroll med administrasjonens virksomhet for å sikre at lover og forskrifter følges. Det er kommunedirektøren som er ansvarlig for internkontrollen som skal være systematisk og tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. I denne forbindelse skal kommunedirektøren:

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

Vi legger til grunn at forsvarlige helse- og omsorgstjenester av god kvalitet som utføres rasjonelt/effektivt er sentrale målsettinger for kommuneledelsen. Det kan forventes at kommunen har et sett rutiner og prosedyrer som skal sikre at målsettingene oppnås, at rutinene og prosedyrene (og andre internkontrolltiltak) er egnet til å avdekke avvik på området, at avvik følges opp og at risiko for avvik på området vurderes systematisk. Det kan videre forventes at kommunen med bakgrunn i erfarte avvik og løpende risikovurderinger knyttet til målsettingene i helse- og omsorgstjenestene vurderer og eventuelt forbedrer skriftlige rutiner og øvrige internkontrolltiltak. Vi må også kunne forvente at kommunen har en beskrivelse av kommunens internkontrollsystem, i henhold til kravet om dokumentasjon.

Kommunesektorens organisasjon (KS) har utarbeidet en veileder med hensyn til kommunedirektørens internkontroll.⁵ Utgangspunktet i denne veilederen er at god internkontroll skal bidra til en utvikling i tråd med folkevalgte planer og vedtak, sikre kvalitet og effektivitet i tjenesteyting og forvaltning, og bidra til godt omdømme og legitimitet i kommunesektoren. Veilederen fokuserer på at internkontrollen bør være risikobasert, og det tas til orde for at det bør utarbeides en felles metode for vurdering av risiko i kommunen. Mens kommunedirektørens risikovurderinger i stor grad vil være rettet mot om internkontrollen i kommunen fungerer, vil risikovurderingene på mer operativt nivå rette seg mot arbeidsprosessene.

KS anbefaler generelt felles struktur, maler og standarder for internkontrollarbeid. Det anbefales blant annet felles maler for:

- Rutiner, prosedyrer, retningslinjer
- Risikokartlegging og risikovurderinger
- Dokumentasjon av internkontrolltiltak
- Felles frekvens og form på rapportering

Når det gjelder risikokartlegginger og risikovurderinger anbefaler KS en bred involvering av ledere og ansatte. Hensikten med risikobasert internkontroll er å sikre seg mot uønskede hendelser og å prioritere de områdene hvor muligheten for slike hendelser er størst (mest sannsynlig), og/eller hvor

⁵ KS. 2020. Orden i eget hus. Kommunedirektørens internkontroll. En praktisk veileder.

hendelsene har størst konsekvenser. En iverksetter så internkontrolltiltak som reduserer risikoen på området.

I følge **Internkontroll i kommunesektoren – veileder til kravene i kommuneloven** (KMDs juridiske veileder til internkontrollbestemmelsen), må kommunen gjøre en konkret analyse og vurdering av sannsynligheten for at lover og forskrifter ikke følges, og hvilke konsekvenser dette i så fall kan få. Vurderingene må gjøres for kommunen som helhet og innenfor de enkelte delene av kommunens virksomhet. Dette vil også da måtte gjelde helse- og omsorgstjenestene i kommunen.

Det finnes egne lovbestemmelser som fastsetter kravene til internkontroll i helse- og omsorgstjenestene, selv om mye også er likt med bestemmelsene i kommuneloven. Etter § 5 i **lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv.** plikter enhver som yter helse- og omsorgstjenester å etablere et internkontrollsystem for virksomheten. Det skal videre sørges for at «*virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt eller i medhold av lover og forskrifter*». Av **lov om helse- og omsorgstjenester m.m.** § 3-1 første ledd angis kommunenes plikt til å: «*sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig helse- og omsorgstjenester*» og fra tredje ledd at kommunens samtidige plikt er å: «*planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift*». Dette utgjør i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 4, styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene.

Forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten spesifiserer ytterligere de krav og forventninger som stilles til internkontrollen innenfor helse- og omsorgstjenestene, i tillegg til krav og forventninger til kvalitetsforbedring. Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgstjenestelovgivningen etterleves. I henhold til forskriften § 3 skal den som har ansvaret for virksomheten «*sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften, og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette*».

Kravene til styringssystemets omfang og dokumentasjon tilsvare bestemmelsene om internkontroll i kommuneloven. Det vil si at styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. Måten pliktene i forskriften etterleves skal dokumenteres i den form og i det omfang som er nødvendig ut fra virksomhetenes art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig. Det må således forventes at det er gjort en vurdering av hva som er riktig «dimensjonering» av styringssystemet og behovet for å dokumentere at pliktene er etterlevd. Denne vurderingen bør ha sin basis i risikovurderinger knyttet til virksomheten. Det må også være opprettet et system som sikrer at dokumentasjonen er tilgjengelig og oppdatert til enhver tid.

Forskriften stiller konkrete krav til hvilke oppgaver som må gjennomføres når det gjelder plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere kommunens aktiviteter i helse- og omsorgstjenestene. Hva kravene innebærer i praksis er beskrevet i Helsedirektoratets veileder til forskriften.

I forskriften § 6 b) slås det fast at kommunen plikter å innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene. I veilederen til forskriften heter det at det må være gjort en vurdering av hva som er tilstrekkelig informasjon og kunnskap i denne forbindelse. Som eksempel på kilder til informasjon nevner veilederen intern rapportering på tjenestedata,

brukerundersøkelser, klager, avvik, økonomi og HMS. Det innebærer også innhenting av ekstern informasjon som demografi og tjenestebehov, nasjonal statistikk og kvalitetsindikatorer.

I henhold til samme paragrafs punkt c) plikter kommunen å ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten. I følge veilederen må ledelsen sørge for at relevant regelverk, retningslinjer og veiledere ligger til grunn for virksomhetens planarbeid, at det er kjent for medarbeiderne og at det er lett tilgjengelig. Tilsvarende vil gjelde for kommunens egne krav/målsettinger. Eksempelvis knyttet til effektiv drift og kvalitet i tjenestene. Det presiseres også at nasjonale faglige retningslinjer, veiledere, faglige råd og anbefalinger beskriver det som helsemyndighetene har definert som faglig forsvarlig praksis. Det må forventes at kommunen har rutiner for å følge med på, fange opp og implementere endringer i regelverk.

I henhold til forskriften § 6 a) plikter kommunen å ha oversikt over og en beskrivelse av virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt. Det skal også fremgå klart hvordan helse- og omsorgstjenestene skal arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

I veilederen til forskriften heter det at kommunen bør fastsette målsettinger med hensyn til kvaliteten på tjenestene som er tydelige, konkrete, tallfestede, målbare og tidsbestemte. Målene bør utarbeides i samarbeid resten av organisasjonen og kan gå på forhold som brukertilfredshet, kvalitet og forbedring, økonomi, effektivitet og personal/HMS. Målene må videre følges opp løpende og ved rapportering. Dette bør gjenspeiles i helse- og omsorgstjenestenes planer og rapportering.

Når det gjelder fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet skal dette være tydelig for hele organisasjonen. Den enkelte medarbeider må ikke bare ha oversikt over sitt eget ansvarsområde, oppgaver og myndighet, men også ha kunnskap om andres relevante ansvar og oppgaver. Organisasjonskart, delegasjonsreglementer og funksjonsbeskrivelser vil være kilder for kunnskap her. Det er videre presisert at organiseringen må legge til rette for at medarbeiderne kan levere faglige forsvarlige tjenester. Veilederen anbefaler videre en felles metodikk for arbeidet med kvalitetsforbedring som er kjent i hele virksomheten. Dette fordrer at metoden er skriftliggjort.

Etter forskriften § 6 d) må kommunen ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller manglende etterlevelse av myndighetskrav og hvor det er behov for vesentlig forbedring på tjenestekvalitet og pasient- og brukersikkerhet. Veilederen sier at kommunen plikter å ha rutiner for systematiske gjennomganger for å avdekke aktiviteter eller prosesser hvor det er fare for svikt. Samme paragrafs punkt f) innebærer at kommunene har en plikt til å holde oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring, noe vi kommer nærmere inn på under problemstilling 2.

§ 6 g) sier at kommunen plikter å ha oversikt over avvik. Avvik kan være uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som avklarer om tjenestene er i henhold til lovkrav og om de er forsvarlige. Det skal også holdes oversikt over avvik med hensyn til det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring og pasient og brukersikkerhet. Veilederen sier i denne forbindelse at det er viktig med en godt innarbeidet kultur for avviksmeldinger, et godt system for å registrere avvikene, at det analyseres hva som er årsaken til avvikene og at avvikene benyttes til læring og å forebygge avvik.

Kommunens plikter i forbindelse med gjennomføring av aktiviteter innen helse- og omsorgstjenestene fremkommer av forskriften § 7. De to første av oppgavene som nevnes i denne paragrafen er en oppfølging av planleggingsoppgavene. I henhold til punkt a) skal kommunen sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres. I veilederen vektlegges det at informasjon som den enkelte har behov for, må være lett tilgjengelig. Dette handler også om implementering av planer for videreutvikling og forbedring, og det anbefales å avsette tid for dette. Det anbefales også å ha rutiner for innføring av nye retningslinjer og prosedyrer og distribusjon av opplysninger. Etter punkt b) skal kommunen sørge for at medarbeiderne i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet. Hvordan denne oppgaven praktiseres følges nærmere opp under problemstilling 2.

Etter punkt c) skal kommunen utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Dette arbeidet må ta utgangspunkt i risikovurderinger og erfarte avvik som nevnt i forskriften paragraf 6.

I henhold til punkt d) må kommunen sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes, og etter punkt e) må kommunen sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende. Ansattmedvirkning og brukermedvirkning må altså være en del av den daglige driften i helse- og omsorgstjenestene. Hvordan disse oppgavene praktiseres følges nærmere opp under problemstilling 3.

3.1.1. Punktvis oppsummering av revisjonskriterier for problemstilling 1

Revisjonskriteriene for denne problemstillingen kan oppsummeres i følgende punkter:

1. Det må være gjort en konkret analyse og vurdering av sannsynligheten for at regelverk og målsettinger innen helse og omsorgstjenestene ikke følges, og styringssystemet må utformes og dokumenteres med bakgrunn i vurderingen.
2. Kommunen bør ha felles struktur, maler og standarder for internkontrollarbeid/kvalitetsarbeid.
3. Styringssystemet må bidra til å skaffe oversikt over de rammevilkårene som til enhver tid gjelder for virksomheten, det må skaffes tilveie tilstrekkelig informasjon og kunnskap som kan benyttes til planlegging av en forsvarlig tjeneste, og det må planlegges hvordan denne informasjonen skal gjøres kjent i virksomheten.
4. I forbindelse med planlegging av virksomheten må styringssystemet sikre oversikt over:
 - Og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering.
 - Ansvars-, oppgave- og myndighetsfordeling.
 - Hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring.
5. Styringssystemet må sikre at helse- og omsorgstjenestene har oversikt over:
 - Områder hvor det er risiko for svikt, og det må planlegges hvordan en reduserer risiko.
 - Medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring.
 - Avvik.

6. I den daglige drift må styringssystemet sikre at:

- Oppgaver, organisering og planer er kjent i organisasjonen og gjennomføres.
- Det finnes tilstrekkelig kunnskap og kompetanse blant de ansatte.
- Det utvikles og iverksettes nødvendige internkontrolltiltak.
- Medarbeiderne medvirker.
- Brukerne medvirker.

3.2. Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 2

Problemstilling 2:

Arbeider kommunen systematisk for å sikre nødvendig kompetanse innen helse- og omsorgstjenestene?

Problemstillingen forstås i det følgende som kommunens arbeid med å *både sørge* for at kommunens ansatte har kompetansen til å gjennomføre sitt arbeid i tråd med nasjonale og faglige kvalitetsstandarder, og kommunens arbeid med å tiltrekke seg og beholde nødvendig fagpersonell.

Konkrete krav til kompetanse i kommunene: I Prop.71 L (2016-2017) Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelseansvaret, lovfesting av kompetansekrav mm.) kan vi lese at det fremgår av ulikt lovverk at kommunene må ha tilgang på ulike kompetanser som leger, sykepleiere, fysioterapeut, jordmor, helsesykepleier og psykolog. Det heter videre at tjenestene har en mangfoldig brukergruppe og dekker hele livsløpet fra barn til eldre. Tjenestene omfatter sykdommer eller lidelser bl.a. innenfor rus, utviklingshemming, demens, psykiske problemer eller ulike funksjonsnedsettelse. Det er derfor nødvendig at tjenesten har bred tverrfaglig kompetanse. For å sikre forsvarlige tjenester for de brukergruppene kommunen har ansvar for, vil det også være behov for ergoterapeuter og vernepleiere/spesialpedagogisk kompetanse. Ettersom helse- og omsorgstjenestene også omfatter mange sosiale tjenester, er sosionomer/sosialfaglig kompetanse også påkrevd. Dette er kompetanse som kommunen til enhver tid bør ha på plass i et omfang som gjør helse- og omsorgstjenestene forsvarlige.

Hovedtariffavtalen for KS-området punkt 3.3, inneholder bestemmelser om kompetanse og kompetanseutvikling. I avtalen heter det at kompetanseområdet har stor betydning for den enkelte ansatte, kommunen og samfunnet som helhet. For å sikre og utvikle både den generelle og spesielle kompetansen i virksomheten er det viktig å vurdere den enkelte ansattes formale og realkompetanse, stimulere til faglig refleksjon og tilrettelegge for kompetansedeling og andre kompetansehevede tiltak. Det er viktig at arbeidstakerne motiveres til å øke sine kunnskaper og styrke sin kompetanse samt at kommunen legger stor vekt på målrettet og planmessig opplæring og utvikling av sine arbeidstakere gjennom interne og/eller eksterne tilbud. Det må ellers legges til rette for arbeidsplassbasert opplæring. Arbeidsgiver og den enkelte arbeidstaker har hver for seg og i fellesskap et ansvar for å ivareta kompetanseutviklingen.

Engerdal kommune har, som arbeidsgiver etter hovedtariffavtalen, ansvar for å kartlegge de ansattes kompetanse og analysere kommunens kompetansebehov. På denne bakgrunn og etter drøftinger med de tillitsvalgte, skal det utarbeides en overordnet plan for gjennomføring av kompetansehevede tiltak. I hovedtariffavtalens punkt 3.2 går det frem at lønn forutsettes benyttet som et personalpolitisk virkemiddel. Det slås fast at kommunens lønnspolitikk blant annet skal bidra til å motivere til kompetanseutvikling, og å beholde og rekruttere ansatte samt sikre kvalitativt gode tjenester.

Når det gjelder nytilsatte åpner arbeidsmiljøloven § 15-6 for at det kan avtales prøvetid for en periode på inntil seks måneder. Det vil i denne forbindelse være viktig at nytilsatte får god opplæring og oppfølging i prøvetiden, og at den enkelte evalueres med hensyn til tilpasning til arbeidet, faglig dyktighet eller pålitelighet før prøvetiden utgår. Kommunene bør ha dette som fast rutine.

Kommunens strategiske kompetanseplan er omtalt som kommunens verktøy for å sikre en bevisst, systematisk og strategisk satsning på kompetanseutvikling. Den strategiske kompetanseplanen er en overordnet plan, og må følges opp på de ulike kommunalsjefsområdene og i de ulike enhetene og avdelingene. Dette ved at konkrete kompetansebehov meldes inn og at planen blir evaluert en gang i året. Det er virksomhetslederne som skal følge opp at kompetanseplanen etterleves i praksis gjennom årlig evaluering og rullering av planen, samt tilrettelegging av kompetanseutvikling.

Kompetanseplanen inneholder også en analyse av fremtidens kompetansebehov. Det heter at den enkelte virksomhet bør gjennomføre kompetansekartlegginger jevnlig. Blant rekrutteringstiltak nevnes markedsføring på kommunes hjemmesider, oppsøke utdanningsinstitusjoner, markedsføring overfor ungdom i kommunen, stipendordninger, desentralisert utdanning med kommunalt tilskudd og flyttegodtgjøring. Ellers er det å styrke og å beholde den kompetansen som allerede finnes i kommunen, en av strategiene i kompetanseplanen. Virkemidler i denne forbindelse er å benytte arbeidsplassen som læringsarena, utdanningsstipend og permisjonsordninger. Det å opprette og utvikle interkommunale samarbeid er også et virkemiddel for å sikre kommunen kompetanse.

I kommunens lønnspolitiske plan for 2021-2024 åpnes det for bruk av lønn som virkemiddel for å rekruttere og beholde kompetanse i kommunen. Planen understreker viktigheten av at det legges til rette for karriereveier innen de ulike fagområdene og at ansatte har mulighet til å forflytte seg i kommunen. Det åpnes for å benytte fleksibiliteten i tariffavtalene, utdanningsstøtte og permisjoner for å rekruttere og beholde fagkompetanse der det er særskilte rekrutteringsutfordringer. Mer generelt legges det opp til lønnskompensasjon for kompetansehevede tiltak.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 om kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet tilsier at enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter helse- og omsorgstjenesteloven skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

I Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 punkt f) fremgår det at virksomheten plikter å holde oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring. Forskriften § 6 c) tilsier at kommunen må ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten. I § 7 punkt b) er det nedfelt krav om å sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet. I forbindelse med oversikt over hva som er gjeldende regler, retningslinjer og veiledere må kommunen også ha rutiner som sikrer at endringer blir fanget opp og implementert.

Når det gjelder kunnskap og kompetanse til medarbeiderne innebærer forskriften at nytilsatte som minimum må få opplæring i kommunens styringssystem og at alle ansatte løpende må få opplæring om endringer innen fagfeltet. I følge veilederen innebærer denne forskriftsbestemmelsen at kompetansebehovet kartlegges, at det rekrutteres personell med nødvendig kompetanse og at alle medarbeidere får tilstrekkelig opplæring og etterutdanning. Veilederen legger også vekt på at

medarbeiderne må få tilstrekkelig kunnskap i forbedringsarbeid, samt at kompetanseutviklingen er tett knyttet til hva som må anses å være forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

§ 7 punkt c) stiller krav om at virksomheten må ha rutiner for å sikre systematisk arbeid for kvalitetsforbedring. Utvikling av den kompetansen som finnes i virksomheten er en viktig del av det å forbedre kvaliteten i tjenestene. Det er også å forvente at informasjon og kunnskap som er fremskaffet gjennom kommunens styringssystem benyttes til systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. På den måten blir informasjon fra styringssystemet sentralt med hensyn til det å kunne sikre nødvendig kompetanse, og det er viktig at denne informasjonen systematiseres slik at det kan brukes til opplæring og kvalitetsutvikling i virksomheten.

3.2.1. Punktvis oppsummering av revisjonskriterier for problemstilling 2

Revisjonskriteriene for denne problemstillingen kan oppsummeres i følgende punkter:

7. Kommunen må jobbe aktivt for å rekruttere og beholde kompetanse som kommunen har behov for.
8. Kommunen sikrer at nytilsatte har nødvendig kunnskap og kompetanse innen sitt fagområde og at de får innføring i kommunes styringssystem.
9. Kommunen skal motivere til kompetanseutvikling og legge til rette for arbeidsplassbasert opplæring.
10. Helse- og omsorgstjenestene har et system som sikrer at endringer i rammevilkårene, og dermed behovet for kunnskap og kompetanse for tjenestene, fanges opp og implementeres.
11. Helse- og omsorgstjenestene må ha kartlagt de ansattes kompetanse og analysert kompetansebehovet.
12. Virksomhetslederne må følge opp kommunens kompetanseplan ved å melde inn kompetansebehov, legge til rette for kompetanseutvikling med de virkemidler som de har til rådighet og evaluere tiltakene som er gjennomført i egen virksomhet.
13. Alle medarbeidere må få tilstrekkelig opplæring og etterutdanning slik at de kan yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Dette inkludert opplæring i forbedringsarbeid.
14. Helse- og omsorgstjenestene må ha rutiner for systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og at informasjon og kunnskap fra helse- og omsorgstjenestenes styringssystem systematiseres og benyttes til opplæring og kvalitetsutvikling i tjenestene.

3.3. Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 3

Problemstilling 3:

Sikrer styringssystemene og arbeidet med kompetanseutvikling måloppnåelse og en forsvarlig drift av helse- og omsorgstjenestene?

§ 4-1 i helse- og omsorgstjenesteloven stiller krav til at tjenestene som «tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige» og at

«kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

- a. den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,
- b. den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud
- c. helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og
- d. tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene»

Kravet om forsvarlige helse- og omsorgstjenester må ses i sammenheng med Lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven) § 4 hvor det heter at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. I følge kommentarer til loven § 3 regnes alt personell som arbeider innenfor helse- og omsorg i kommunene som helsepersonell. I kommentarer til § 4 fremgår det at begrepet forsvarlighet er en rettslig standard, hvis innhold kan variere over tid. For det enkelte helsepersonell innebærer forsvarlighetskravet i utgangspunktet en plikt til å opptre i samsvar med de til enhver tid gjeldende faglige normer og lovbestemte krav til yrkesutøvelsen. I dette ligger blant annet en forventning om at nasjonale veiledere og retningslinjer følges. Hvordan kommunen etterlever bestemmelsene i kvalitetsforskriften vil da på sett og vis også si noe om hvordan kommunen sikrer forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

I forbindelse med utledning av revisjonskriterier til problemstilling 2, var vi inne på at kommunen må ha tilgang på ulike kompetanse/fagprofesjon, og at dette fremgår direkte eller indirekte av ulike lovverk for å sikre forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Arbeidet med å sikre tilstrekkelig kompetanse innen helse- og omsorgstjenestene skal ivareta dette. En indikasjon på at kommunen har lyktes, er at en til enhver tid har lovpålagt kompetanse på plass i et omfang som sikrer forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Kommunens strategiske kompetanseplan og den lønnspolitiske planen beskriver en rekke tiltak som kan benyttes med hensyn til kompetanseutvikling og for å rekruttere og beholde kompetanse i organisasjonen. Den enkelte virksomhetsleder har i oppgave å evaluere og rullere kompetanseplanen for sin virksomhet. En slik evaluering skal omfatte strategiske kompetansetiltak, enkelt-tiltak, kompetansestyring som del av styringshjulet for virksomheten og implementering. I den strategiske kompetanseplanen heter videre det at brukerundersøkelser, medarbeiderundersøkelser og medarbeidersamtaler benyttes for å evaluere effekten av arbeidet med kompetanse.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7 d) innebærer at en må sørge for at kommunens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes. Veilederen til forskriften fremhever viktigheten av at det legges til rette og oppmuntres til at medarbeiderne skal gi tilbakemeldinger om svikt og mulige forbedringsområder. Eksempler på tiltak er å legge til rette for forbedringsgrupper, tavlemøter, forslagskasser eller at forbedringer tas opp i medarbeidersamtaler. Medarbeiderne kan også medvirke gjennom avviksbehandlingen og i generelt forbedringsarbeid. Lederkontrakter, arbeidsgiverpolitikk der det angis hva som forventes av medarbeiderne, rutiner for håndtering av forbedringsideer, og rutiner for kompetanseheving i forbedringsarbeid kan skriftlig-gjøre medarbeidernes medvirkning. Tilrettelegging av medvirkning fra de ansatte i kommunen og at deres kunnskap og erfaringer benyttes til å forbedre tjenestene, er avgjørende for å sikre forsvarlige tjenester. Dette omfatter også forbedring med hensyn til kunnskap og kompetanse.

I henhold til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7 e), plikter kommunen å sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende. Som eksempel på tilretteleggingstiltak nevner veilederen til forskriften det å utarbeide rutiner for innhenting og bruk av denne typen erfaringer, deltagelse fra brukerne i forbedringsgrupper, etablering av brukerutvalg etc. Rutinene for innhenting av erfaringer bør omfatte både erfaringer fra det enkelte opphold/besøk/undersøkelse og mer systematiske brukerundersøkelser for større brukergrupper.

Dersom kommunen har et godt system for evaluering av tjenestene, og at evalueringene viser at kommunen når sine målsettinger og at tjenestene er forsvarlige, vil det være stor sannsynlighet for at styringssystemet og arbeidet med kompetanseutvikling har bidratt til å sikre dette. I Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 8, finnes en oversikt over hvilke oppgaver kommunen plikter å gjennomføre når det gjelder evaluering. Disse er å:

- kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres
- vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen
- vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer
- gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges

Evalueringplikten er nærmere spesifisert i veilederen til forskriften. Der heter det at kontroll av gjennomføringen er en lederoppgave og kan skje gjennom intern rapportering, ulike målinger, observasjon etc. Når det gjelder vurdering av om gjennomføringen er i henhold til lov og forskrift, presiserer veilederen at det er viktig med gode kilder og at det forventes at lokal og nasjonal statistikk benyttes. Det er videre presisert at det er viktig at medarbeiderne i virksomheten kjenner de krav og målsettinger som gjelder for virksomheten og at det legges til rette for tilbakemeldinger til ledelsen på oppgaver, tiltak eller planer som ikke løses på hensiktsmessig måte. Ellers er avvik, klager og brukererfaringer og resultat fra eksterne tilsyn/evalueringer viktige kilder.

Evaluering av iverksatte tiltak innebærer en vurdering av om tiltakene for å sikre måloppnåelse fungerer slik de er tenkt, eller om tiltakene må justeres/endres. I denne forbindelse vil rapportering på om virksomhetens målsettinger nås, nødvendigvis være et viktig grunnlag. Når det gjelder vurdering av virksomheten på bakgrunn av brukererfaringer må det legges til rette for slike tilbakemeldinger, og ledelsen må gjennomgå og drøfte resultatene systematisk. Med hensyn til gjennomgang av avvik er det presisert at det må være en kultur for åpenhet og læring av feil. En gjennomgang innebærer å avdekke årsaken til avvikene, fremme læring og å forebygge at tilsvarende skjer igjen.

I tillegg til den mer løpende oppfølgingen skal kommunen minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

I forskriften § 9 finnes oversikt over oppgaver som kommunen må utføre i forbindelse med korrigerende av aktiviteten. Dette innebærer å rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold og å sørge for korrigerende tiltak der det er risiko for at slike forhold skal oppstå. Plikten til å korrigere omfatter også forbedring av nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak som skal sikre forsvarlige

tjenester og hindre overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen. Svakheter ved det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet er nevnt spesielt.

3.3.1. Punktvis oppsummering av revisjonskriterier for problemstilling 3

Revisjonskriteriene for denne problemstillingen kan oppsummeres i følgende punkter:

15. Kommunen må sørge for å, til enhver tid, ha lovpålagt kompetanse på plass i et omfang som sikrer forsvarlige helse- og omsorgstjenester.
16. Tiltakene i de overordnede styringsdokumentene for kompetanseutvikling i kommunen benyttes, evalueres slik det er det er forutsatt og endres dersom det er behov for det.
17. Kommunen må legge til rette for medvirkning fra de ansatte i forbedringsarbeidet og bruke deres kunnskap og erfaring i forbedringsarbeidet.
18. Kommunen må sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende i forbedringsarbeidet.
19. Kommunen må ha evaluert tjenestene i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring og benyttet kunnskap fra evalueringen i forbedringsarbeidet og til å gjøre korrigeringer.
20. Kommunen må minst en gang i året ha gjennomgått og vurdert hele styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene og korrigert der det er behov.

Arkivsak-dok. 21/00004-58
Saksbehandler Gunvor Kristin Moe

Saksgang
Engerdal kontrollutvalg 2019 - 2023

Møtedato
06.03.2023

SAK EN-4/23 INTERIMRAPPORT REGNSKAPSREVISJON REGNSKAPSÅRET 2022

Forslag til vedtak/innstilling:

Kontrollutvalget tar revisjonens rapportering til orientering

Vedlegg:

Revisjonsrapport interim

Saksframstilling:

I vedlegget legger Revisjon Øst IKS fram en statusrapport for den regnskapsrevisjonen som er gjennomført på bakgrunn av revisjonsstrategien for revisjonsåret 2022. Denne rapporten blir sendt til kommunedirektør med kopi til kontrollutvalget.

For å forsikre seg om at internkontrollen fungerer har revisjonen testet følgende kontroller:

Attestasjon og anvisning knyttet til

- innkjøp – elektroniske og manuelle bilag
- variabel lønn - elektroniske og manuelle bilag
- sosiale utbetalinger

Avstemminger og kontroller knyttet til

- bank
- skattetrekk, arbeidsgiveravgift, forskudd lønn og sykepengerefusjoner
- leverandørgjeld
- ordinær merverdiavgift og merverdiavgiftskompensasjon

I tillegg har vi kontrollert om

- inn- og utmelding av pensjonsordningene fungerer tilfredsstillende
- fast lønn utbetales på bakgrunn av signert arbeidsavtale

- det er etablert betryggende rutiner og kontroller knyttet til kontant omsetning
- skillet mellom drift og investering synes ivaretatt
- arbeidsdeling utbetaling bank er ivaretatt
- opprinnelig budsjett er i henhold til kommunestyrets vedtak og er satt opp i henhold til budsjett- og regnskapsforskriften
- kommunen har finansielle derivater

I hovedsak har revisjonens tester ikke avdekket feil eller avvik, og de mener derfor kommunens interne kontroll med noen få unntak fungerer tilfredsstillende. Revisjonen kommer derfor med noen kommentarer og anbefalinger, disse omtales på side 2 og 3 i vedlagte interimrapport.

Engerdal kommune
v/kommunedirektør
Engerdalsveien 1794
2440 Engerdal

Postboks 84, 2341 Løten
Telefon: 62 43 58 00
www.revisjon-ost.no
post@rev-ost.no
Org.nr.: 974 644 576 MVA
Bankgiro: 1822.46.49505

Saksbeh.:
My Hanh Thi Tran

Direkte tlf.:
40481993

Deres ref.:

Vår ref.:
200/2022

Dato:
14.12.2022

REVISJONSRAPPORT INTERIM 2022 – ENGERDAL KOMMUNE

Vi har gjennomført interimsrevisjon i Engerdal kommune for 2022 og ønsker å knytte noen kommentarer til det arbeidet som er gjort.

Gjennom høsten har vi oppdatert tidligere kartlagte rutiner og implementerte kontroller. For at vi skal kunne bygge på kommunens interne kontrollhandlinger i vårt arbeid, må vi skaffe oss sikkerhet for at de interne rutine og implementerte kontrollene fungerer tilfredsstillende. Dette gjør vi ved bruk av blant annet utvalgsbasert testing. På andre regnskapsområder der vi mener kommunens rutiner er svake eller der vi mener det er mer effektivt, vil vi teste detaljer, noe som medfører en større kontroll av regnskapsdataene. Hensikten er å gi oss tilfredsstillende sikkerhet for at det ikke oppstår vesentlige feil i regnskapet.

Nedenfor har vi summert opp våre erfaringer etter interimsrevisjonen.

Gjennomførte kontroller

Kommunen driver en mangeartet og kompleks virksomhet med et stort antall transaksjoner. Det er derfor svært viktig at det er etablert god økonomisk intern kontroll og at de etablerte kontrollene fungerer som forutsatt.

For å forsikre oss om at internkontrollen fungerer har vi testet følgende kontroller:

Attestasjon og anvisning knyttet til

- innkjøp – elektroniske og manuelle bilag
- variabel lønn - elektroniske og manuelle bilag
- sosiale utbetalinger

Avstemming og kontroller knyttet til

- bank
- skattetrekk, arbeidsgiveravgift, forskudd lønn og sykepengerefusjoner
- leverandørgjeld
- ordinær merverdiavgift og merverdiavgiftskompensasjon

I tillegg har vi kontrollert om

- inn- og utmelding av pensjonsordningene fungerer tilfredsstillende
- fast lønn utbetales på bakgrunn av signert arbeidsavtale
- det er etablert betryggende rutiner og kontroller knyttet til kontant omsetning
- skillet mellom drift og investering synes ivaretatt
- arbeidsdeling utbetaling bank er ivaretatt
- opprinnelig budsjett er i henhold til kommunestyrets vedtak og er satt opp i henhold til budsjett- og regnskapsforskriften
- kommunen har finansielle derivater

Budsjettregulering

Det er gjennomført forespørsel for kontroll av regulering av budsjett. Vi har foreløpig ikke mottatt svar og kontrollen vil bli fulgt opp i årsavslutningen.

I hovedsak har våre tester ikke avdekket feil eller avvik, og vi mener derfor kommunens interne kontroll med noen få unntak fungerer tilfredsstillende. Vi vil imidlertid komme med noen anbefalinger:

Attestasjon og anvisning

Kommunen benytter to fagsystemer innen helse (Visma Ressurs) og skole (Visma Timeplan) for variabel lønn. Systemene tillater at ansatte kan registrere og anwise timer på samme variabel lønnsbilag. Vår vurdering er at dette øker risikoen for misligheter for lønnsutbetalinger.

Kommunen følger opp risikoen Visma Ressurs ved å attestere og anwise manuelt. Rutinen fungerer.

I Visma Timeplan er det ikke etablert tilsvarende kontrollrutiner som kan etterprøves. Vi anbefaler at kommunen vurderer etablering av tiltak.

Attestasjon og anvisning på utbetaling av økonomisk sosialhjelp

Vi har kontrollert rutiner for attestasjon og anvisning på remitteringsfiler som oversendes økonomiavdelingen for utbetaling.

Vi fant 4 remitteringsfiler som ikke var oversendt i henhold til rutine. Vi kan derfor ikke bekrefte at rutinen fungerer før vi har fått avklart forholdet i dialog med NAV. Følges opp i årsavslutning.

Avstemming bank

Det er etablert månedlig avstemming på flere av kommunens bankkonti. Gjennom vår interimsrevisjon finner vi at økonomiavdelingen er forsinket i sine kontroller. Vedrører konto Elevrådet ved EBUS, Engerdal Flyktningmottak og skattetrekk-konto.

Vår vurdering er derfor at den etablerte rutinen ikke fungerer som forutsatt. Vi anbefaler at kommunen sørger for at rutinene etterleveres.

Dokumentasjon avstemminger

Ved test av avstemming skatt og arbeidsgiveravgift vil vi anbefale at det tas ut terminvis rapport A07 som viser innrapportert beløp (Altinn). Benyttes for å avstemme korrekt betaling av skatt og arbeidsgiveravgift.

Budsjett premisser

I dialog med administrasjonen har vi diskutert om kommunens årsbudsjettet inneholder politikernes premisser for bruken av bevilgningene.

Det følger av kommuneloven § 14-4 andre ledd at årsbudsjettet skal vise de mål og premisser som budsjettet bygger på. Av forarbeidene følger at dette også omfatter premissene for bruken av bevilgningene (Prop 46 L (2017-2018) i kommentarene til § 14-4).

Budsjettpremisser består av:

- *Tekniske budsjettforutsetninger* – Forutsetninger om pris- og lønnsvekst, rentenivå og andre parametere.
- *Premisser for bruken av bevilgningene* – Kommunestyrets premisser for bruken av de tallmessige bevilgningene i årsbudsjettet.

Tekniske budsjettforutsetninger kan forstås som ytre rammebetingelser for budsjettet som kommunestyret må legge til grunn ved fastsettelsen av budsjettet.

Premisser for bruken av bevilgningene er kommunestyrets forutsetninger og mål for hvordan de bevilgningene som gis i årsbudsjettet skal disponeres. Eksempler på slike premisser kan f. eks. være en forutsetning om at det innen eldreomsorgen skal være en gitt andel heltidsstillinger, at investeringsrammen på vei skal benyttes til å bygge x kilometer nye sykkelveier eller at kommunens bilpark skal bestå av en gitt andel el-biler.

Avvik fra premisser for bruken av bevilgningene vil ikke nødvendigvis utgjøre vesentlige tallmessige avvik fra budsjettet. For eksempel kan kommunestyret ha forutsatt at innenfor vedlikeholdsbudsjettet på veisektoren skal en spesiell veistrekning asfalteres. Men så blir vinteren så hard og langvarig at en så stor del av budsjettet går med til brøyting og strøing, at man ikke finner rom til asfaltering. I en slik situasjon vil det ikke være et vesentlig beløpsmessig avvik fra budsjettet, men det vil foreligge et avvik fra kommunestyrets premisser for bruken av bevilgningene.

Vi anbefaler at det jobbes videre med og identifiserer kommunestyrets premisser.

Årsavslutningen

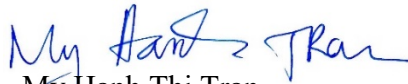
Før vi avlegger revisjonsberetningen vil vi ved behov avvikle et møte mellom ledelsen og revisjonen hvor vi gjennomgår utkast til årsavslutningsbrev og utkast til revisjonsberetning for 2022. Vi vil eventuelt komme tilbake til tidspunkt senere.

Vi minner om at frist for avleggelse av årsregnskapet er 22.02 og frist for avleggelse av årsberetning 31.03. Dersom disse fristene overholdes vil vi avgi vår revisjonsberetning innen fristen 15.04.

Løten, 14. desember 2022



Tommy Pettersen
oppdragsansvarlig regnskapsrevisor/
statsautorisert revisor



My Hanh Thi Tran
regnskapsrevisor

Kopi: Kontrollutvalget

Arkivsak-dok. 21/00019-13
Saksbehandler Gunvor Kristin Moe

Saksgang
Engerdal kontrollutvalg 2019 - 2023

Møtedato
06.03.2023

SAK EN-5/23 ORIENTERING FRA KOMMUNEDIREKTØR OG ORDFØRER

Forslag til vedtak/innstilling:

Kontrollutvalget tar kommunedirektørens og ordførerens redegjørelse til orientering

Vedlegg:

Ingen

Saksframstilling:

Kontrollutvalget har invitert kommunedirektør og ordfører for følgende orientering:

- Rutiner for oppfølging av kommunedyresaker
- Status på kommunens eierskapsmelding
- Økonomi, sykefravær
- I tillegg til relevante ting kontrollutvalget bør være kjent med

De møter i kontrollutvalget kl 12:00.

Arkivsak-dok. 21/00018-17
Saksbehandler Gunvor Kristin Moe

Saksgang
Engerdal kontrollutvalg 2019 - 2023

Møtedato
06.03.2023

SAK EN-6/23 FAKTAUNDERSØKELSE RETTET MOT ANSKAFFELSER FRA LEVERANDØR

Forslag til vedtak/innstilling:

Kontrollutvalget tar vedlagte notat fra Revisjon Øst IKS til orientering

Vedlegg:

Notat - faktaundersøkelse

Saksframstilling:

Kontrollutvalget i Engerdal vedtok i møte den 21.11.22 jf. sak 33/22, å bestille en fakturaundersøkelse om kjøp av varer og tjenester fra enkeltmannsforetaket/virksomheten Per Joar Kviltén. Faktaundersøkelsen ble bestilt med bakgrunn i en skriftlig henvendelse til kontrollutvalget fra en privatperson der det ble tilkjennegitt at det ble foretatt anskaffelser av varer og tjenester som ikke var i tråd med lov om offentlige anskaffelser og kommunens egne retningslinjer knyttet til enkeltmannsforetaket. Kontrollutvalgets vurdering var at disse måtte undersøkes. Faktaundersøkelsen skal belyse hvordan kommunen og det kommunale foretaket har håndtert sine innkjøp. Faktaundersøkelsen skal ikke belyse forhold hos den eksterne leverandøren.

Kontrollutvalget søkte derfor kommunestyret om ekstrabevilgning på kr 55 000,- for å få gjennomført undersøkelsen. Denne ble innvilget, jf PS sak 87/2022 den 14.12.22.

Revisjon Øst IKS påbegynte kontrollarbeidet den 10.1.23 og arbeidet er avsluttet med ferdigsstilling av dette notatet den 24.2.23. De har sett på innkjøp av varer og tjenester både foretatt av Engerdal kommune og av Engerdal kommuneskoger KF.

Faktaundersøkelsen er gjennomført for årene 2018-2022, og er gjort med bruk av:

- ✓ Dokument- og regnskapsanalyse
- ✓ Stikkprøvekontroll av attestasjon og anvisning av fakturaer

Viser for øvrig til vedlagte notat datert 24.2.23.

Engerdal kommune
v/kontrollutvalget

Postboks 84, 2341 Løten
Telefon: 62 43 58 00
www.revisjon-ost.no
post@rev-ost.no
Org.nr.: 974 644 576 MVA
Bankgiro: 1822.46.49505

Saksbeh.:
My Tran

Direkte tlf.:
404 81 993

Deres ref.:

Vår ref.:

Dato:
24.2.23

NOTAT - FAKTAUNDERSØKELSE RETTET OM ANSKAFFELSER FRA LEVERANDØR

Kontrollutvalget i Engerdal vedtok i møte den 21.11.22 jf. sak 33/22, å bestille en fakturaundersøkelse om kjøp av varer og tjenester fra enkeltmannsforetaket/virksomheten Per Joar Kvilten. Faktaundersøkelsen ble bestilt med bakgrunn i en skriftlig henvendelse til kontrollutvalget fra en privatperson der det ble tilkjennegitt at det ble foretatt anskaffelser av varer og tjenester som ikke var i tråd med lov om offentlige anskaffelser og kommunens egne retningslinjer knyttet til enkeltmannsforetaket. Kontrollutvalgets vurdering var at disse måtte undersøkes. Faktaundersøkelsen skal belyse hvordan kommunen og det kommunale foretaket har håndtert sine innkjøp. Faktaundersøkelsen skal ikke belyse forhold hos den eksterne leverandøren.

Kommunestyret har i etterkant av at kontrollutvalget behandlet saken i møte den 21.11.22, bevilget midler til å få gjennomført undersøkelsen, jf PS sak 87/2022 den 14.12.22.

Revisjon Øst IKS påbegynte kontrollarbeidet den 10.1.23 og arbeidet er avsluttet med ferdigsstillelse av dette notatet den 24.2.23. Vi har sett på innkjøp av varer og tjenester både foretatt av Engerdal kommune og av Engerdal kommuneskoger KF.

Metode

Faktaundersøkelsen er gjennomført for årene 2018-2022, og er gjort med bruk av:

- Dokument- og regnskapsanalyse
- Stikkprøvekontroll av attestasjon og anvisning av fakturaer

Under knyttet vi først kommentarer til Engerdal kommune, og deretter Engerdal kommuneskoger KF.

1) ENGERDAL KOMMUNE

Vi har foretatt et søk på Abakus AS sin hjemmeside for å sjekke om Abakus AS har bistått Engerdal kommune mhp å inngå en avtale med enkeltmannsforetaket, Per Joar Kviltén, orgn.nr 965 853 766. Abakus AS sine hjemmesider inneholder ikke opplysninger om at de har bistått kommunen i fremforhandling av avtaler med virksomheten ENK Per Joar Kviltén (status pr 10.1.23 og pr 24.2.23).

Den 12.1.23 har vi fått tilsendt avtalene mellom Engerdal kommune og leverandør Per Joar Kviltén fra virksomhetsleder Teknisk v/Per Olav Opgård:

- Signert snøbrøyteavtale for periode 2017 – 2021
- Signert avtale grunnarbeid til nytt boligfelt – Drevsjø 2021 (periode 20/09/21-20/10/21), konkurransegrunnlag Abakus AS og underdokumentasjoner knyttet til nytt boligfelt Drevsjø, med vedlegg
- Flytting av ladestasjon (avtale bekreftet inngått pr epost)

Teknisk ved virksomhetsleder bekreftet også at Kviltén har vært involvert i andre kommunale prosjekter (leilighetsbygg i Sømådalen, Elgå og Heggeriset og omsorgsboliger i Engerdal sentrum), men dette er som underentreprenør til selskapet som har hatt hovedentreprisen.

Vi har den 8.2.23 fått tilsendt anskaffelsesprotokoller for;

- Nytt boligfelt på Drevsjø
- Flytting av ladestasjon
- Snøbrøyting

Anskaffelsesprotokollen for flytting av ladestasjon er datert 8.2.23. Teknisk v/virksomhetsleder har opplyst at ved en forglemmelse ble den ikke utarbeidet når anbudet ble avgjort.

Gjennomgang av regnskapet til Engerdal kommune viser at det samlet sett er foretatt innkjøp som følger i perioden 2018-2022:

År	2018	2019	2020	2021	2022
Sum drift i kr	409 312	507 053	535 625	277 941	43 828
investering i kr	55 298	457 437	0	1 000 407	344 748

Resultat dokument- og regnskapsanalyse

Regnskap 2018

Drift:

Sum snøbrøytings avtaler/tjenester kr 198 055 er i hht. årspris

Avtalen opplyser ekstra arbeid kan utøves for strøing og høvling på timepris.

Vi finner at det er levert andre tjenester som ikke står i avtalen for eksempel; tillegg snøbrøytingstjenester, kjøring ut brøytekanter, kosting av veier og gangveier, fjerning av snø mm.

I tillegg er det bokført faktura knyttet til avløpsanlegg Engerdal setra kr 42 412 og leie lift i Engerdalhallen kr 850.

Investering (se kommentarer under fra teknisk sjef Per Olav Opgård):

Prosjekt 671008 – Oppgradering Langsjøveien kr 52 298.

Oppsummering

	Beløp (kroner)
Driftsavtale snøbrøyting	198 055
Strøing og høvling	41 350
Andre tjenester	169 907
Investering	55 298
Sum	464 610

Regnskap 2019**Drift:**

Sum snøbrøytings avtaler/tjenester kr 198 055 er i hht. årspris

Vi finner at det er levert andre tjenester som ikke står i avtalen for eksempel; tillegg snøbrøytingstjenester, kosting plasser og veier, kjørte lass veigrus, rep. veiskade, rensing av kryss mm.

I tillegg er det bokført faktura knyttet til utbedring vannlekkasje kr 32 018, leie/frakt/tømming av containere kr 16 490.

Prosjekt 1108001- Mobil- og bredbåndsdekning kr 106 524 i over flere år

Investering (se kommentarer under fra teknisk sjef Per Olav Opgård):

Prosjekt 641001 – Ledningsnett vann og avløp i Engerdal sentrum kr 25 200

Prosjekt 671008 – Oppgradering Langsjøveien kr 432 235

Oppsummering

	Beløp(kroner)
Driftsavtale snøbrøyting	198 055
Strøing og høvling	62 200
Prosjekt-mobil og bredbåndsdekning	106 525
Andre tjenester	140 273
Investering	457 435
Sum	964 488

Regnskap 2020**Drift:**

Sum snøbrøytings avtaler/tjenester kr 198 055 er i hht. årspris

Vi finner at det er levert andre tjenester som ikke står i avtalen for eksempel; tillegg snøbrøytingstjenester, salting, fjerne snø mm.

I tillegg er det bokført faktura knyttet til arbeid på Gårdjordet med kr 27 300.

Prosjekt 1108001- Mobil- og bredbåndsdekning kr 162 870

Oppsummering

	Beløp (kroner)
Driftsavtale snøbrøyting	198 055
Strøing og høvling	58 950
Prosjekt-mobil og bredbåndsdekning	162 870
Andre tjenester	115 751
Investering	0
Sum	535 626

Ingen utgifter i investering i 2020.

Regnskap 2021Drift:

Sum snøbrøytings avtaler/tjenester kr 113 160 er i hht. årspris (avtalen avsluttet 01/07/2021)

Vi finner at det er levert andre tjenester som ikke står i avtalen for eksempel; tillegg snøbrøytingstjenester, salting, frakting palletanker, frakt og tømning av containere, rense basseng Elgå, graving, maskintransport mm.

Prosjekt 641005 - Ledningsnett avløp på Drevsjø kr 34 395

Investering (se kommentarer under fra teknisk sjef Per Olav Opgård)::

Prosjekt 642008 - VA- anlegg Engerdal Østfjell kr 4 250

Prosjekt 626003 - Rehabilitering Engerdal helsesenter kr 45 390

Prosjekt 108004 - Stedsutvikling Drevsjø kr 38 594,80

Prosjekt 671009 - Trafikksikkerhetstiltak nytt boligområde Drevsjø kr 324 840 (faktura oktober), kr 568 601 (faktura desember).

Sum total er kr 893 441 som ikke er i hht. avtalen.

Avtalen viser fastpris kr 525 170 og tidsfrist fra 20.09.21 til 20.10.21

	Beløp (kroner)
Driftsavtale snøbrøyting	113 160
Strøing og høvling	37 175
Prosjekt-ledningsnett avløp på Drevsjø	34 395
Andre tjenester	93 211
Investering	1 000 407
Sum	1 278 348

Regnskap 2022

Drift:

Det er bokført faktura knyttet til grusing av Brennaveien kr 12 830, etterisolering kr 4 628 og graving fiber til Engerdal renseanlegg kr 26 370.

Investering (se kommentarer under fra teknisk sjef Per Olav Opgård):

Prosjekt 671009 – nytt boligfelt Drevsjø kr 13 392 i 2022

Prosjekt 651002 – Oppgradering slamdeponi kr 46 414

Prosjekt 108002 – Engerdal Torg – omsorgsboliger kr 125 114

Prosjekt 108004 – Stedsutvikling Drevsjø kr 171 521

Oppsummering

	Beløp (kroner)
Drift tjenester	43 829
Investering	344 748
Sum	388 577

Tilbakemelding fra virksomhetsleder på investeringsprosjektene

Mottatt forklaring fra Per Olav Oppgård den 8.2.23 på prosjektene Per Joar Kviltén har vært involvert i;

- Prosjekt 671008 – Oppgradering Langsjøveien kr 484 533 (2018, 2019)

Knut Hanssen hadde hovedprosjektet. Mini-konkurranse Grusing av veien. 05.10.2018. Per Joar Kviltén, Fredheim Transport og Vidar Holøyen. Kviltén billigst!

- Prosjekt 1108001- Mobil- og bredbåndsdekning kr 269 394 (2019, 2020)

Graving av trekkerør for fiber inn til kommunale utleieboliger og anlegg. Bestilt av Ove Andreassen. **Ikke vært kunngjort.**

- Prosjekt 641001 – Ledningsnett vann og avløp i Engerdal sentrum kr 25 200 (2019)

Per Hagen AS var hovedentreprenør. Per Joar Kviltén leverte masser i begynnelsen av prosjektet.

- Prosjekt 641005 - Ledningsnett avløp på Drevsjø kr 34 395 (2021)

Nødreparasjoner av veien etter flom/vårløsning. Bestilt av Arnt Kjølvang.

- Prosjekt 642008 - VA- anlegg Engerdal Østfjell kr 4 250 (2021)

Kabelgrøft utført av Engerdal kommuneskoger gjennom samarbeidsavtale. (v/Østfjellveien 603). Kabelsand levert av Per Joar Kviltén. Underleverandør.

- Prosjekt 626003 – Rehabilitering Engerdal helsesenter kr 45 390 (2021)
Gjelder grunnarbeid Hagestue etter bestilling fra Ove Andreassen.

- Prosjekt 108004 – Stedsutvikling Drevsjø kr 210 115 (2021, 2022)
Blokkodden. Dette er et prosjekt som er styrt av Bjarne Granli.

- Prosjekt 651002 – Oppgradering slamdeponi 46 414 (2022)

Demontering av ferist i Hylleråsveien som ble lagt ned i innkjøringen til slamdeponiet. Bestilt direkte av Arnt Kjølvang.

- Prosjekt 108002 – Engerdal Torg – omsorgsboliger 125 114 (2022)

Arbeid i forbindelse med oppføring av støttemur. Støttemuren var ikke en del av prosjektet. **Ove Andreassen iverksatte dette uten forankring hos overordnede.**

- Prosjekt 671009 - Trafikksikkerhetstiltak nytt boligområde Drevsjø.
 - Kr 324 840 (faktura oktober 2021).
 Dette er i hovedsak tilleggsarbeider knyttet til nytt boligområde. Av beløpet er kr 138 888,- feilfakturert. Dette er viderefakturert til bolig/tomteeiere.
 - Kr 568 601 (faktura desember2021).
 Beløpet er noe større enn det som er fastsatt i anbudet. Dette skyldes i hovedsak vederlag for regningsarbeid som er hjemlet i post nr. 004 i anbudsdokumentet.
 - Kr 13 392 (faktura for arbeid i juni og juli 2022).
 Gjelder grusing av gangveg i nytt boligfelt.

Total summen er kr 906 833 i periode 2021-2022.

Avtalen viser fastpris kr 525 170 og tidsfrister er fra 20.09.21 til 20.10.21.

Generell kommentar fra Per Olav Opgård:

Som det fremgår av forklaringene så er en del av beløpene tilleggsarbeider knyttet til inngåtte anbud. Årsaken til dette kan være forskjellig, men noe skyldes for dårlig styring og kostnadskontroll fra de/den av kommunens ansatte som har hatt prosjektansvaret.

Mottatt epost fra Per Olav Opgård 14.02.23 at kommunen ikke har dokumentasjon som viser Per Joar Kvilten er underleverandør.

Forespørsel om prosjekt 108004- Stedsutvikling Drevsjø ble sendt til virksomhetsleder Bjarne Granli 14.02.23.

Mottatt svar 20.02.23 at prosjektet ikke har satt ut til anbud.

Kommentarer fra virksomhetsleder Bjarne Granli:

Arbeidet med prosjekt møteplass Blokkodden 2021-22

Etter at det ikke var noe mye framdrift i prosjektet i 2021 ble det våren 2022 laget en detaljert arbeidsplan for sommeren 2022. Undertegnede var ansvarlig for delprosjekt møteplass Blokkodden og daværende prosjektmedarbeider i Engerdal kommune, Ove Andreassen ble etter eget initiativ sterkt engasjert i prosjektet. Planlegging og budsjettering ble gjort av oss i fellesskap og praktisk oppfølging av arbeidet ble i stor grad gjort av Ove Andreassen. Ove Andreassen hentet inn pris på grus fra flere entreprenører. Her var Per Joar Kvilten billigst og fikk leveransen. Det var ikke planlagt kjøp av store kvanta og det ble derfor ikke utarbeidet noen anskaffelsesprotokoll.

Som det går fram av detaljplanen var det planlagt involvering av flere aktører, hver for seg langt under terskelen på 100 000,- der det kreves at det må ut på anbud.

Arbeidet ble mer omfattende enn vi hadde forutsatt og etterhvert som vi fikk inn fakturaer fra Per Joar Kvilten så vi at kalkylene våre ikke var gode nok og at vi fikk store overskridelser.

I ettertid ser vi at både budsjettering og oppfølgingen av prosjektet ble for dårlig, noe vi må ta selvkritikk for.

Bortsett fra innkjøp av lys der vi fikk skriftlig tilbud fra Engerdal Elektro AS ble alt for mye av arbeidet basert på muntlige avtaler.

Resultat stikkprøvekontroll av attestasjon og anvisning

2018:

Bilag 9180000539, Arnt Kjølvang attestant og Markus Pettersen anviser. OK jf. oversikt over attestanter og anvisere.

2019:

Bilag 9190000892, Jan Aage attestant og Torils Stones anviser. OK jf. oversikt over attestanter og anvisere.

Bilag 9190000934, Arnt Kjølvang attestant og Odd Magnar Opgård anviser. OK jf. oversikt over attestanter og anvisere.

2020:

Bilag 9200000202, Arnt Kjølvang attestant og Odd Magnar Opgård anviser. Ok jf. oversikt over attestanter og anvisere.

2021:

Bilag 9210000162, Arnt Kjølvang attestant og Bjarne Granli anviser. Avvik mot oversikt over attestanter og anvisere. Bjarne Granli står ikke oppført med anvisningsfullmakt.

Bilag 9210000266, Vigdis Elvheim attestant og Kristin Opgård anviser. Ok jf. oversikt over attestanter og anvisere.

2022:

Bilag 922004195, Bjarne Granli attestant og Odd Magnar Opgård anviser. Ok jf. oversikt over attestanter og anvisere.

Bilag 922003332, Ove Andreassen attestant og Per Olav Opgård anviser. Finner ikke ansvar 6270 i oversikt over attestanter og anvisere. Bilaget er teksten arbeid ligger ikke i kontrakt.

2) Engerdal kommuneskog KF

Kjøp av varer og tjenester fra virksomheten Per Joar Kvilten av Engerdal kommuneskoger KF for årene 2018-2022 viser følgende.

År	2018	2019	2020	2021	2022
Sum i kr	79 031	67 963	79 475	199 606	242 312

På forespørsel fra revisor om å få tilsendt avtaler og anbudsprotokoller for perioden 2018 tom 2022 har vi mottatt fra daglig leder avtalen og anbudsprotokollen som gjelder for perioden 01.04.2021 frem til 31.03.26. Avtalen omfatter Djupdalen masseuttak.

3) Oppsummering

Faktaundersøkelsen knyttet til etterlevelse av lov om offentlig anskaffelser viser at det i Engerdal kommune er forekomster av direkte ulovlig anskaffelser uten forutgående konkurranse. Disse har vi **markert** over. Gjennomgangen har også vist at enkelt av innkjøpene varer og tjenester har hatt mangelfull styring, jf også kommentar fra virksomhetslederne Per Olav Opgård og Bjarne Granli.

Stikkprøver på om attestasjon- og anvisningsrutinene fungerer viser med et lite unntak at alle har de nødvendige fullmakter. Alle utgifter er pådradd med to elektroniske signaturer i kommunens regnskapssystem, en for attestasjon og en for anvisning.

Når det gjelder kommuneskogen har revisor bare fått seg forelagt avtale for årene 2021/2022. Dersom det ikke er inngått en avtale etter konkurranse for de forutgående årene 2018-2020, er dette også et brudd på anskaffelsesreglene.

Løten, den 24.2.23



Morten Alm Birkelid
daglig leder



My Tran
regnskapsrevisor

Arkivsak-dok. 21/00004-54
Saksbehandler Gunvor Kristin Moe

Saksgang
Engerdal kontrollutvalg 2019 - 2023

Møtedato
06.03.2023

SAK EN-7/23 BENCHMARKING - REVISJON ØST IKS

Forslag til vedtak/innstilling:

Kontrollutvalget tar Revisjon Øst IKS sin redegjørelse til orientering.

Vedlegg:

Ingen

Saksframstilling:

I tråd med oppdragsavtalen skal Revisjon Øst IKS delta i landsomfattende prissammenligning, benchmarking. Kontrollutvalget skal orienteres om resultatet.

NKRF inviterer bedriftsmedlemmer som leverer regnskapsrevisjonstjenester til å delta i benchmarking av regnskapsrevisjon. Benchmarking vil være et nyttig instrument for å vurdere eget kostnadsnivå.

For å drive virksomheten på en kostnadseffektiv måte er det et behov for å måle egen virksomhet opp mot hva som må betraktes å være et rimelig kostnadsnivå. Sammenligningen vil kunne gi et generelt bilde av kostnadsnivået på revisjonen av kommuner med en gitt aktivitet. Avvik kan være begrunnet med spesielle forhold knyttet til revisjonen av den aktuelle kommunen.

Det er lagt opp å måle revisjonens faktiske kostnader ved revisjonen av kommunene, noe som ikke nødvendigvis samsvarer med hva kommunene betaler for revisjonstjenestene.

Arkivsak-dok. 21/00004-55
Saksbehandler Gunvor Kristin Moe

Saksgang
Engerdal kontrollutvalg 2019 - 2023

Møtedato
06.03.2023

SAK EN-8/23 STATUSRAPPORT REVISJON 2. HALVÅR 2022

Forslag til vedtak/innstilling:

Kontrollutvalget tar statusrapport pr 2. halvår 2022 til orientering

Vedlegg:

Statusrapport 31.12.22

Saksframstilling:

Kontrollutvalget behandlet i møtet 21.9.21 oppdragsavtale med Revisjon Øst IKS. Oppdragsavtalen inneholder bl.a. en oversikt over planlagt ressursbruk for revisjonen i Engerdal kommune. Vedlagte statusrapport gir informasjon om ressursbruken for andre halvår 2022.

Tabellen i vedlagte rapport viser avtalt timeantall, samt status pr rapporteringstidspunkt.

Med bakgrunn i det som fremkommer over blir Engerdal kommune debiteres (belastet) med kr 115 763 pr 31.12.22.

Selskapet har i løpet av 2022 ikke fakturert kommunen akonto for ekstrabevilgning på kr 100 timer til forvaltningsrevisjon, dvs kr 105 000. Reelt merforbruk kr 15 763.

Statusrapport revisjon for 2021 - status 31.12

Engerdal kommune



Utarbeidet 10.1.23

Rapportering

Av oppdragsavtale for 2021 fremgår det av punkt 4.5 Økonomirapportering at revisor skal rapportere til kontrollutvalget pr 30.06. Videre skal det avgis en årsrapport (31/12). I tillegg til økonomirapporteringen kommer egne faglige statusrapporter knyttet til planlegging/revisjonsstrategi, interimsrevisjon og årsavslutningsrevisjon når det gjelder regnskapsrevisjon, samt statusrapporter under vegs når det gjelder arbeid med forvaltnings- og selskapskontrollrapporter.

Rapporteringen skal gjøres på samme nivå som oppdragsavtalen og oversendes kontrollutvalget senest en måned etter utløp av rapporteringsperioden. Rapporteringene skal begrunne eventuelle vesentlige avvik mellom budsjett og prognose.

Rapporteringen vår tar utgangspunkt i avtalt ressursbruk slik den fremgår av oppdragsavtalens punkt 3.

Tabellen under viser avtalt timetall, samt status pr rapporteringstidspunkt:

Tjeneste	Timer avtalt 2022	Timer medgått pr 30.06	Timer medgått pr 31.12	Forbruk 2022
Regnskapsrevisjon				
1 Regnskapsrevisjon	250	169,75	284,50	
2 Revisjonsuttalelser	100	69,75	90,50	
3 Beboerregnskap	15	-	-	
4 Veiledning/bistand	20	4,75	9,25	
5 Etterlevelseskontroll	25	27,50	34,75	
SUM 1-5	410	271,75	419,00	102,20 %
Bestilte rev.tj.				
6 Mindre undersøkelser	0	1,50	3,75	
7 Forvaltningsrevisjon	200	24,00	193,75	
8 Eierskapskontroll	0	-	-	
SUM 6-8	200	25,50	197,50	98,75 %
Annet				
9 Møter i Kontrollutvalg/ Kommunestyre	30	22,00	33,75	112,50 %
SUM TOTALT 1-9	640	319,25	650,25	101,60 %

Linje 6 omfatter følgende særskilte bestillinger:

1521	Slamtømming - vurdering	1,75 timer
1535	Etterlevelse av lov om offentlige anskaffelser	2,00 timer
Totalt		3,75 timer

De to henvendelsene til kontrollutvalget er fulgt opp i møte 19.9.22, jf sak 24/22, og 21.11.22, jf sak 33/22.

Linje 7 omfatter følgende forvaltningsrevisjonsprosjekter/foranalyser:

255	Styring, drift om kompetanse PLO	193,75 timer
Totalt		193,75 timer

Prosjektplan knyttet til PLO, styring, drift og kompetanse, ble bestilt i møte den 1.3.21, jf sak 3/21. Kontrollutvalget godkjente prosjektplanen i møte den 31.5.21, jf sak 23/21. Styring, drift og kompetanse PLO, prosjekt 255, er bestilt med en ressursramme på 250 timer. Oppstart var høsten 2021 med levering vinteren 2022/2023. Rapporten forventes å komme til behandling i kontrollutvalgets møte den 6.3.23

Linje 8 omfatter følgende eierskapskontroller:

Ingen eierskapskontroller bestilt/levert i 2022.

Kommentar til og vurdering av ressursbruken

Oppdragsavtalen 1-5:

Revisjonsberetning for Engerdal kommunes regnskap for 2021 ble avlagt 12.4.22, Revisjonsberetningen ble behandlet i møte den 30.5.22, jf sak 17/22.

Revisjonsberetningen omfatter også revisjon av det konsoliderte årsregnskapet til Engerdal kommunes som består av kommuneregnskapet og Engerdal kommuneskog KF sitt regnskap.

Rapport om forenklet etterlevelseskontroll knyttet til hvordan kommunen beregner indirekte henførbare kostnader innenfor selvkost med frist 30.6 er avlagt 21.6.22. Kontrollutvalget vil behandle rapporten i møte 19.9.22, jf sak 25/22.

Plan for forenklet etterlevelseskontroll 2022 ble for øvrig behandlet i møte den 21.11.22, jf sak 35/22.

Oppdragsavtalen 6-8

Planlagt ressursbruk, status og kommentarer fremgår av tabellen over.

Det er ikke registrerte andre avvik i forhold til prosjekter som etter vår vurdering trengs å følges opp.

Oppdragsavtalen 9

Medgått er tid ligger fortsatt innenfor det som er forutsatt i oppdragsavtalen. Vi har brukt 14,75 timer på møtedeltakelse og 19 timer på forberedelser mm i 2022. I tillegg kommer kjøring med 20 timer som knytter seg i det alt vesentligste til dokumentinnsamling og møter/intervjuer knyttet regnskapsrevisjon forvaltningsrevisjon. I tillegg kommer deltakelse i fysiske møter i kontrollutvalget. Timer til kjøring er innkalkulert som en del av timeprisen på kr 1 050.

Oppsummering revisjon

Revisjonsberetning for 2021 er avlagt den 12.4.22, dvs innenfor fristen 15.4.

Revisjonsrapport for forenklet etterlevelseskontroll ble avlagt 21.6.22, dvs innenfor fristen 30.6. Denne ble behandlet av kontrollutvalget i møte 19.9.22.

Forvaltningsrevisjonsprosjektet er noe forskjøvet pr 30.6 i forhold til den opprinnelige kjøreplanen som vi hadde lagt opp til. Dette tilskrives endringer i bemanningen i Revisjon Øst IKS.

Oppsummering økonomi

Med bakgrunn i det som fremkommer over blir Engerdal kommune debiteres (belastet) med kr 115 763 pr 31.12.22.

Medgått tid 2022 (650,25 timer a kr 1 050)	kr	682 763
- Fakturert akonto 2022 (kr 141 750 pr kvartal)	kr	- 567 000
<u>Slutfakturering pr 31.12.22</u>	kr	<u>115 763</u>

Selskapet har i løpet av 2022 ikke fakturert kommunen akonto for ekstrabevilgning på kr 100 timer til forvaltningsrevisjon, dvs kr 105 000. Reelt merforbruk kr 15 763.

Løten, den 10. januar 2023

Morten Alm Birkelid

Morten Alm Birkelid
daglig leder

Arkivsak-dok. 21/00004-56
Saksbehandler Gunvor Kristin Moe

Saksgang
Engerdal kontrollutvalg 2019 - 2023

Møtedato
06.03.2023

SAK EN-9/23 VURDERING AV OPPDRAGSANSVARLIG FORVALTNINGSREVISORS (FR) UAVHENGIGHET

Forslag til vedtak/innstilling:

Kontrollutvalget tar oppdragsansvarlig revisor sin egenvurdering av uavhengighet i revisjonsoppdraget for revisjonsåret 2023 til orientering

Vedlegg:

Revisors uavhengighetserklæring

Saksframstilling:

I følge forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 19 skal oppdragsansvarlig revisor hvert år avgi en skriftlig egenvurdering av sin uavhengighet til kontrollutvalget. Krav til revisors uavhengighet og objektivitet finner vi i KommuneLOven § 24-4 og forskrift om revisjon (kap. 3).

Krav til uavhengighet og objektivitet gjelder også for revisors medarbeidere, men det er kun oppdragsansvarlig revisorer som plikter å legge fram en skriftlig vurdering for kontrollutvalget.

I Revisjon Øst IKS sine revisjonsplaner vil vurdering av uavhengigheten til hver enkelt revisor i kommunens revisjonsteam inngå som et eget punkt i revisjonsplanen. Oppdragsansvarlig revisors skriftlige egenvurdering skal ligge som et vedlegg til dette punktet.

Av vedlagte egenvurdering framkommer ingen forhold som svekker revisors uavhengighet eller objektivitet i forhold til oppdraget i Engerdal kommune.

Kontrollutvalget i Engerdal kommune
v/Konsek Øst IKS
Torget 1
2450 Åmot

Postboks 84, 2341 Løten
Telefon: 62 43 58 00
www.revisjon-ost.no
post@rev-ost.no
Org.nr.: 974 644 576 MVA
Bankgiro: 1822.46.49505

Saksbeh.:
Jo Erik Skjeggestad

Direkte tlf.:
902 82 725

Deres ref.:

Vår ref.:
200/2023

Dato:
5. januar 2023

Vurdering av oppdragsansvarlig revisors uavhengighet i forhold til Engerdal kommune 2023

Innledning

I følge forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 19 skal oppdragsansvarlig revisor hvert år, og ellers ved behov, avgi en skriftlig egenvurdering av sin uavhengighet til kontrollutvalget. Krav til uavhengighet og objektivitet gjelder også for revisors medarbeidere, men det er kun oppdragsansvarlige revisorer som plikter å legge fram en skriftlig vurdering for kontrollutvalget. De øvrige revisorer som har arbeidsoppgaver tilknyttet Engerdal kommune fyller ut egne skjemaer som arkiveres for det enkelte oppdrag.

Lovgivningsmessige krav til revisors uavhengighet

Følgende fremgår av forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 17:

Den som foretar revisjon for en kommune eller fylkeskommune kan ikke ivareta revisjons- og kontrolloppdrag for kommunen eller fylkeskommunen dersom revisor eller dennes nærstående har en slik tilknytning til revidert eller kontrollert virksomhet, dens ansatte eller tillitsmenn, at dette kan svekke revisors uavhengighet og objektivitet. Som nærstående regnes

- a) Ektefelle eller samboer og deres søsken
- b) Slektninger i rett oppstigende eller nedstigende linje og deres ektefeller eller samboere
- c) Søsken og deres ektefeller eller samboere
- d) Slektninger i rett oppstigende eller nedstigende linje til revisorens ektefelle eller samboer

Det samme gjelder dersom det foreligger særegne forhold som er egnet til å svekke tilliten til revisors uavhengighet og objektivitet ved gjennomføring av oppgavene. Ansettelse som revisor i kommunen eller fylkeskommunen, eller i en interkommunal samarbeidsordning, medfører ikke i seg selv at revisoren mangler nødvendig uavhengighet og objektivitet.

Krav til uavhengighet er nærmere spesifisert i forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 18 pkt. a-d:

- Revisor kan etter denne forskrift ikke inneha andre stillinger hos kommunen eller i virksomhet som kommunen deltar i eller er eier i, ved siden av revisoroppdraget.

- Revisor kan ikke være medlem av styrende organer i virksomhet som kommunen deltar i eller er eier i. Unntaket er virksomhet som utfører revisjon i kommunen.
- Revisor kan ikke delta i, eller ha funksjoner i annen virksomhet hvis det kan føre til at vedkommendes interesser kommer i konflikt med interessene til oppdragsgiverne eller på annen måte er egnet til å svekke tilliten til den som foretar revisjon.

I tillegg er det følgende begrensninger ved gjennomføring av oppgaver, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 18 pkt. e-g:

- Revisor kan ikke utføre rådgivnings- eller andre tjenester for kommunen hvis dette er egnet til å svekke revisorens uavhengighet og objektivitet.
- Revisor kan ikke yte tjenester som hører inn under den reviderte virksomhetens egne ledelses- og kontrolloppgaver.
- Revisor kan ikke opptre som fullmektig for den reviderte virksomheten, unntatt ved bistand i skattesaker etter domstolloven.

Oppdragsansvarlig revisors vurdering av uavhengighet

Punkt 1: Ansettelsesforhold	<i>Vi har ikke ansettelsesforhold i andre stillinger enn i Revisjon Øst IKS.</i>
Punkt 2: Medlem i styrende organer	<i>Vi er ikke medlem av styrende organ i noen virksomhet som Engerdal kommune deltar i.</i>
Punkt 3: Delta eller inneha funksjoner i annen virksomhet, som kan føre til interessekonflikt eller svekket tillit	<i>Vi deltar ikke i eller innehar funksjoner i annen virksomhet som kan føre til interessekonflikt eller svekket tillit til rollen som revisor.</i>
Punkt 4: Nærstående	<i>Vi har ikke nærstående som har tilknytning til Engerdal kommune som har betydning for uavhengighet og objektivitet.</i>
Punkt 5: Rådgivnings- eller andre tjenester som er egnet til å påvirke revisors habilitet	<i>Før slike tjenester utføres vil det bli foretatt en vurdering av rådgivningens eller tjenestens art i forhold til revisors uavhengighet og objektivitet. Dersom vurderingen konkluderer med at utøvelse av slik tjeneste kommer i konflikt med bestemmelsen i forskriften § 18 pkt. e, skal revisor ikke utføre tjenesten. Hvert enkelt tilfelle må vurderes særskilt.</i> <i>Revisor besvarer løpende spørsmål/henvendelser som er å betrakte som veiledning og bistand og ikke revisjon. Paragrafen sier at også slike veiledninger må skje med varsomhet og på en måte som ikke binder opp revisors senere revisjons- og kontrollvurderinger.</i>

	<i>Vi har ikke ytet rådgivnings- eller andre tjenester overfor Engerdal kommune som kommer i konflikt med denne bestemmelsen.</i>
Punkt 6: Tjenester under kommunens egne ledelses- og kontrolloppgaver	<i>Vi har ikke ytet tjenester overfor Engerdal kommune som hører inn under kommunens egne ledelses- og kontrolloppgaver.</i>
Punkt 7: Opptre som fullmektig for den revisjonspliktige	<i>Vi opptrer ikke som fullmektig for Engerdal kommune.</i>
Punkt 8: Andre særegne forhold	<i>Vi kjenner ikke til andre særegne forhold som er egnet til å svekke tilliten til uavhengighet og objektivitet.</i>

Med hilsen

Magnus Michaelson

Magnus Michaelson
oppdragsansvarlig
forvaltningsrevisor

Jo Erik Skjeggstad

Jo Erik Skjeggstad
oppdragsansvarlig
forvaltningsrevisor

Arkivsak-dok. 21/00004-57
Saksbehandler Gunvor Kristin Moe

Saksgang
Engerdal kontrollutvalg 2019 - 2023

Møtedato
06.03.2023

SAK EN-10/23 VURDERING AV OPPDRAGSANSVARLIG REGNSKAPSREVISORS (RR) SIN UAVHENGIGHET

Forslag til vedtak/innstilling:

Kontrollutvalget tar oppdragsansvarlig revisor egenvurdering av uavhengighet i revisjonsoppdraget for revisjonsåret 2023 til orientering.

Vedlegg:

1. Uavhengighetserklæring Rolf Berg – uttalelser Engerdal kommune
2. Uavhengighetserklæring Tommy Pettersen – Engerdal kommune

Saksframstilling:

Ifølge kommuneloven § 24-4 skal revisor være uavhengig og ha en godandel. Nærmere krav til revisors uavhengighet ogandel følger av forskrift om kontrollutvalg og revisjon §§ 16-19. Kravene til uavhengighet og objektivitet gjelder for alle som utfører revisjon for kommunen, herunder regnskapsrevisjon, forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll. Dette omfatter både oppdragsansvarlig revisor, medarbeidere på oppdraget og eventuelt andre som er engasjert på oppdraget.

I følge kontrollutvalgs og revisjonsforskriften § 19 skal oppdragsansvarlig revisor hvert år, og ellers ved behov, gi en skriftlig egenvurdering av sin uavhengighet til kontrollutvalget.

Rolf Berg er primært tillagt oppgaven med å være oppdragsansvarlig regnskapsrevisor for revisjonsuttalelser/revisjonsberetninger til tilskuddsgivere. Han kan i oppdragsansvarlig regnskapsrevisor for kommuneoppdraget, Tommy Pettersen, sitt fravær bli tillagt oppgaven med å avgi revisjonsberetning for kommuner og kommunale foretak.

Til kontrollutvalget i Engerdal kommune

Vurdering av oppdragsansvarlig regnskapsrevisors uavhengighet

**Oppdragsansvaret er primært begrenset til å gjelde revisjonsuttalelser/
revisjonsberetninger til tilskuddsgivere.**

Innledning

Ifølge kommuneloven § 24-4 skal revisor være uavhengig og ha godandel. Nærmere krav til revisors uavhengighet ogandel følger av forskrift om kontrollutvalg og revisjon §§ 16-19. Kravene til uavhengighet og objektivitet gjelder for alle som utfører revisjon for kommunen, herunder regnskapsrevisjon, forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll. Dette omfatter både oppdragsansvarlig revisor, medarbeidere på oppdraget og eventuelt andre som er engasjert på oppdraget.

Revisjon Øst IKS har et kvalitetskontrollsystem i samsvar med internasjonale standarder for kvalitetsstyring (ISQM 1 og 2). Kvalitetskontrollsystemet omfatter dokumenterte retningslinjer og rutiner for etterlevelse av etiske krav, faglige standarder og krav i gjeldende lovgivning og annen regulering. Som en del av kvalitetskontrollsystemet har vi rutiner for å følge opp og sikre at revisjonsteamet har tilstrekkelig uavhengighet.

Ifølge kontrollutvalgs- og revisjonsforskriften § 19 skal oppdragsansvarlig revisor hvert år, og ellers ved behov, gi en skriftlig egenvurdering av sin uavhengighet til kontrollutvalget. Denne egenvurderingen følger nedenfor og omfatter kommunen og eventuelle kommunale foretak.

Undertegnede er primært tillagt oppgaven med å være oppdragsansvarlig regnskapsrevisor for revisjonsuttalelser/revisjonsberetninger til tilskuddsgivere, men kan i oppdragsansvarlig regnskapsrevisor for kommuneoppdraget sitt fravær, bli tillagt oppgaven med å avgi revisjonsberetning for kommuner og kommunale foretak.

Oppdragsansvarlig revisors vurdering av uavhengighet

Forskriftskrav	Oppdragsansvarlig revisors egenvurdering
Overordnet krav til uavhengighet (§ 16)	<i>Undertegnede bekrefter at det ikke foreligger spesielle forhold som er egnet til å svekke tilliten til revisors uavhengighet og objektivitet.</i>
Tilknytning til den reviderte virksomheten (§ 17)	<i>Undertegnede har ikke selv eller nærstående som har en slik tilknytning til den reviderte eller kontrollerte virksomheten eller virksomhetens ansatte eller tillitsmenn at den er egnet til å svekke revisorens uavhengighet og objektivitet.</i>
Stillinger i kommunen (§ 18 a)	<i>Undertegnede har ikke stillinger eller verv i kommunen.</i>
Stillinger i virksomhet (§ 18 b)	<i>Undertegnede har ikke andre stillinger i en virksomhet som kommunen deltar i eller er eier av, utover ansettelsesforhold i Revisjon Øst IKS som utfører revisjon og er organisert som et interkommunalt selskap.</i>
Medlem av styrende organer (§ 18 c)	<i>Undertegnede er ikke medlem av styrende organer i virksomhet som kommunen deltar i eller er eier av.</i>
Deltakelse eller funksjoner i annen virksomhet (§ 18 d)	<i>Undertegnede deltar ikke i, eller har funksjoner i en annen virksomhet, som kan medføre at revisors interesser kommer i konflikt med interessene til kommunen, eller på annen måte er egnet til å svekke tilliten til revisor.</i>
Rådgivning eller andre tjenester (§ 18 e)	<i>Før slike tjenester gjør undertegnede en vurdering av rådgivningens eller tjenestens art med hensyn til revisors uavhengighet og objektivitet. Dersom vurderingen konkluderer med at utøvelse av slik tjeneste kommer i konflikt med kontrollutvalgs- og revisjonsforskriften § 18 e, utfører vi ikke tjenesten. Revisor vurderer hvert enkelt tilfelle særskilt.</i> <i>Revisor besvarer løpende spørsmål/henvendelser som er å betrakte som veiledning og bistand og ikke revisjon. Undertegnede er bevisst på at også slik veiledning må skje med varsomhet og på en måte som ikke binder opp revisors senere revisjons- og kontrollvurderinger.</i> <i>Undertegnede har ikke ytet rådgivnings- eller andre tjenester overfor kommunen som kommer i konflikt med denne bestemmelsen.</i>
Tjenester under kommunens egne ledelses- og kontrollopgaver (§ 18 f)	<i>Undertegnede har ikke ytet tjenester overfor kommunen som hører inn under kommunens egne ledelses- og kontrollopgaver.</i>
Fullmektig for den revisjonspliktige (§ 18 g)	<i>Undertegnede opptrer ikke som fullmektig for kommunen.</i>

Kongsvinger, 6. januar 2023

Rolf Berg
oppdragsansvarlig regnskapsrevisor/
statsautorisert revisor

Postboks 84, 2341 Løten
Telefon: 62 43 58 00
www.revisjon-ost.no
post@rev-ost.no
Org.nr.: 974 644 576 MVA
Bankgiro: 1822.46.49505

Til kontrollutvalget i Engerdal kommune

Vurdering av oppdragsansvarlig regnskapsrevisors uavhengighet

Innledning

Ifølge kommuneloven § 24-4 skal revisor være uavhengig og ha godandel. Nærmere krav til revisors uavhengighet ogandel følger av forskrift om kontrollutvalg og revisjon §§ 16-19. Kravene til uavhengighet og objektivitet gjelder for alle som utfører revisjon for kommunen, herunder regnskapsrevisjon, forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll. Dette omfatter både oppdragsansvarlig revisor, medarbeidere på oppdraget og eventuelt andre som er engasjert på oppdraget.

Revisjon Øst IKS har et kvalitetskontrollsystem i samsvar med internasjonale standarder for kvalitetsstyring (ISQM 1 og 2). Kvalitetskontrollsystemet omfatter dokumenterte retningslinjer og rutiner for etterlevelse av etiske krav, faglige standarder og krav i gjeldende lovgivning og annen regulering. Som en del av kvalitetskontrollsystemet har vi rutiner for å følge opp og sikre at revisjonsteamet har tilstrekkelig uavhengighet.

Ifølge kontrollutvalgs- og revisjonsforskriften § 19 skal oppdragsansvarlig revisor hvert år, og ellers ved behov, gi en skriftlig egenvurdering av sin uavhengighet til kontrollutvalget. Denne egenvurderingen følger nedenfor og omfatter kommunen og eventuelle kommunale foretak.

Oppdragsansvarlig revisors vurdering av uavhengighet

Forskriftskrav	Oppdragsansvarlig revisors egenvurdering
Overordnet krav til uavhengighet (§ 16)	<i>Undertegnede bekrefter at det ikke foreligger spesielle forhold som er egnet til å svekke tilliten til revisors uavhengighet og objektivitet.</i>
Tilknytning til den reviderte virksomheten (§ 17)	<i>Undertegnede har ikke selv eller nærstående som har en slik tilknytning til den reviderte eller kontrollerte virksomheten eller virksomhetens ansatte eller tillitsmenn at den er egnet til å svekke revisorens uavhengighet og objektivitet.</i>
Stillinger i kommunen (§ 18 a)	<i>Undertegnede har ikke stillinger eller verv i kommunen.</i>
Stillinger i virksomhet (§ 18 b)	<i>Undertegnede har ikke andre stillinger i en virksomhet som kommunen deltar i eller er eier av, utover ansettelsesforhold i Revisjon Øst IKS som utfører revisjon og er organisert som et interkommunalt selskap.</i>
Medlem av styrende organer (§ 18 c)	<i>Undertegnede er ikke medlem av styrende organer i virksomhet som kommunen deltar i eller er eier av.</i>
Deltakelse eller funksjoner i annen virksomhet (§ 18 d)	<i>Undertegnede deltar ikke i, eller har funksjoner i en annen virksomhet, som kan medføre at revisors interesser kommer i konflikt med interessene til kommunen, eller på annen måte er egnet til å svekke tilliten til revisor.</i>
Rådgivning eller andre tjenester (§ 18 e)	<i>Før slike tjenester gjør undertegnede en vurdering av rådgivningens eller tjenestens art med hensyn til revisors uavhengighet og objektivitet. Dersom vurderingen konkluderer med at utøvelse av slik tjeneste kommer i konflikt med kontrollutvalgs- og revisjonsforskriften § 18 e, utfører vi ikke tjenesten. Revisor vurderer hvert enkelt tilfelle særskilt.</i> <i>Revisor besvarer løpende spørsmål/henvendelser som er å betrakte som veiledning og bistand og ikke revisjon. Undertegnede er bevisst på at også slik veiledning må skje med varsomhet og på en måte som ikke binder opp revisors senere revisjons- og kontrollvurderinger.</i> <i>Undertegnede har ikke ytet rådgivnings- eller andre tjenester overfor kommunen som kommer i konflikt med denne bestemmelsen.</i>
Tjenester under kommunens egne ledelses- og kontrolloppgaver (§ 18 f)	<i>Undertegnede har ikke ytet tjenester overfor kommunen som hører inn under kommunens egne ledelses- og kontrolloppgaver.</i>
Fullmektig for den revisjonspliktige (§ 18 g)	<i>Undertegnede opptrer ikke som fullmektig for kommunen.</i>

Løten, 6. januar 2023


Tommy Pettersen

oppdragsansvarlig regnskapsrevisor/
statsautorisert revisor

Arkivsak-dok. 21/00004-59
Saksbehandler Gunvor Kristin Moe

Saksgang
Engerdal kontrollutvalg 2019 - 2023

Møtedato
06.03.2023

SAK EN-11/23 VURDERING AV KU'S PÅSEANSVAR FOR REGNSKAPS- OG FORVALTNINGSREVISJON FOR 2022

Forslag til vedtak/innstilling:

Kontrollutvalget slutter seg til vurderingene som går fram av vedlegg
«Kontrollutvalgets påseansvar for regnskapsrevisjon og forvaltningsrevisjon pr.
31.12.2022»

Vedlegg:

Vurdering av KU's påseansvar for RR og FR for 2022
NKRF – ny veileder kontrollutvalgets påseansvar

Saksframstilling:

Som det går fram av koml. § 23-2 skal kontrollutvalget påse at kommunens regnskaper blir revidert på en betryggende måte og skal påse at det utføres forvaltningsrevisjon av kommunens virksomhet og av kommunens selskaper.

For å hjelpe kontrollutvalget med dette påseansvaret ovenfor revisor, har NKRF gitt ut veiledere med anbefalinger om hvordan dette kan gjennomføres. Mange av anbefalingene følges allerede, men vi tar en gjennomgang her for å vurdere de forskjellige punktene, jf. vedlegg. NKRF kom i desember 2022 ut med en ny veileder, denne er lagt til saken.

På denne måten anses kontrollutvalgets påseansvar som dokumentert.

Kontrollutvalgets påseansvar for forvaltningsrevisjon (FR) og regnskapsrevisjon (RR) i Revisjon Øst IKS utarbeidet av Konsek Øst IKS

Anbefalingene følger av ny kommunelov – Lov 2018-06-22-83 og forskrift om kontrollutvalg og revisjon, FOR 2019-06-17-904. NKRF har ikke kommet med noen oppdatert versjon av anbefalingene, og vurderingene er derfor gjort i medhold av kommuneloven kap. 24 og forskriftens bestemmelser kap. 2 og 3.

Krav i henhold til lov og forskrift	Vurdering pr. 31.12.22 – kontrollutvalget i Engerdal
<p>1. Kontrollutvalgets oppgaver ved regnskapsrevisjon, jf. forskriften § 3 Kontrollutvalget skal holde seg løpende orientert om revisjonsarbeidet og påse at</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kommunens årsregnskaper blir revidert på betryggende måte - Regnskapsrevisjonen utfører i samsvar med lov, forskrift og kontrollutvalgets instruksjer og avtaler med revisor - Regnskapsrevisjonen blir utført av revisorer som oppfyller kravene i kapittel 2 og 3. 	
<p>2. Revisors ansvar og myndighet – loven § 24-2 Revisor skal utføre regnskapsrevisjon, forvaltningsrevisjon, eierskapskontroll og annen kontroll som er bestemt i lov eller i medhold av lov og skal planlegge, gjennomføre, dokumentere og rapportere sitt arbeid i samsvar med lov og forskrift og god kommunal revisjonsskikk.</p>	
<p>3. Krav til kompetanse for oppdragsansvarlig revisor – forskriften § 9 Forskriften stiller krav om at oppdragsansvarlig regnskapsrevisor skal ha en bachelor- eller mastergrad i regnskap og revisjon i samsvar med Finanstilsynets krav til registrert og statsautorisert revisor gitt med hjemmel i revisorloven, og i tillegg ha tre års praksis fra regnskapsrevisjon. For oppdragsansvarlig forvaltningsrevisjon er det verken i lov eller forskrift krav til formalkompetanse og praksis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Det er to oppdragsansvarlige regnskapsrevisor knyttet til Engerdal kommune. Begge tilfredsstillende kravene gitt i forskriften. - De 3 oppdragsansvarlige forvaltningsrevisorene knyttet til Engerdal kommune har alle masterutdannelse og minst tre års praksis fra forvaltningsrevisjon.
<p>4. Krav til uavhengighet og vandel – loven § 24-4 og forskriften § 16 Det er i kommuneloven satt krav om at revisor skal være uavhengig og ha god vandel. Revisor kan ikke utføre revisjon eller annen kontroll for kommunen hvis det foreligger særegne forhold som er egnet til å svekke tilliten til revisorens uavhengighet og objektivitet, jf. forskriften § 16.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - De oppdragsansvarlige regnskapsrevisorene og forvaltningsrevisorene knyttet til Engerdal kommune tilfredsstillende kravene
<p>5. Krav til egenvurdering av uavhengighet – forskriften § 19 Revisor har plikt til løpende å foreta en vurdering av egen uavhengighet. Oppdragsansvarlig revisor skal hvert år, og ellers ved behov, avgi en skriftlig egenvurdering av sin uavhengighet til</p>	<ul style="list-style-type: none"> - De utøvende revisorene leverer sin egenvurdering til daglig leder i Revisjon Øst IKS. De oppdragsansvarlige revisorene leverer også sin vurdering til daglig leder, i tillegg til kontrollutvalget

Krav i henhold til lov og forskrift	Vurdering pr. 31.12.22 – kontrollutvalget i Engerdal
<p>kontrollutvalget. Det skal avgis uavhengighetserklæringer for hver kommune.</p> <p>Ved tilbud om revisjon skal det alltid følge en skriftlig egenvurdering om revisjonens uavhengighet.</p>	
<p>6. Grenser for revisors tilknytning til den reviderte virksomheten hvilke stillinger, verv og tjenester revisor kan ha – forskriften §§ 17 og 18</p> <p>Revisor kan ikke utføre revisjon eller annen kontroll for kommunen hvis revisoren eller revisorens nærstående har en slik tilknytning til den reviderte eller kontrollerte virksomheten eller virksomhetens ansatte eller tillitsmenn at den er egent til å svekke revisorens uavhengighet og objektivitet.</p> <p>Det er gitt begrensninger for alle som deltar i revisjonen av en kommune i forhold til andre ansettelsesforhold, styreverv, interessekonflikter og rådgivningstjenester.</p> <p>Revisor er ansvarlig for å foreta de nødvendige vurderingene slik at utførelse av revisjonen og bemanning er i henhold til krav i lov og forskrift.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Det er ikke satt noen krav om at disse vurderingene dokumenteres overfor kontrollutvalget, men utvalget er kjent med de formelle begrensningene for utførelse av revisjonen og at slike vurderinger foretas.
<p>7. Grunnlaget for gjennomføringen av et forvaltningsrevisjonsprosjekt og revisjonskriterier – forskriften §15</p> <p>Kontrollutvalget bør få seg forelagt og drøfte et utkast til prosjektplan.</p> <p>Vedtatt prosjektplan danner grunnlaget for videre gjennomføring av prosjektet. Prosjektplanen utarbeides etter faste maler. Revisor skal etablere revisjonskriterier for det enkelte revisjonsprosjektet.</p> <p>Dersom det oppstår behov for å gjøre vesentlige endringer i prosjektplanen, skal endringene legges frem for kontrollutvalget for godkjenning.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - All forvaltningsrevisjon gjennomføres på bakgrunn av bestilling fra kontrollutvalget. - På bakgrunn av bestillingen, lager revisjonen en prosjektplan. <p>-Kontrollutvalget kan i samarbeid med revisjonen endre planen, dersom nødvendig.</p>
<p>8. Kvalitetskontroll ved forvaltningsrevisjon</p> <p>Kontrollutvalget bør forsikre seg om at forvaltningsrevisjonsprosjektet gjennomføres i samsvar med kravene i RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon (Fastsatt av NKRFs styre 12.08.2020 og gjort gjeldende som god kommunal revisjonsskikk for forvaltningsrevisjoner med oppstartsbrev sendt etter 30.09.2020). Forvaltningsrevisjon skal kvalitetssikres og kontrollutvalget bør få en orientering fra revisor om det kvalitetskontrollsystemet som er iverksatt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Benchmarking - Revisjon Øst IKS har hatt ekstern kvalitetskontroll innen forvaltnings- og regnskapsrevisjon i 2021 der resultatet er bestått på begge deler
<p>9. Uttalelsesrett ved forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll – forskriften § 14</p> <p>Revisor skal sende et utkast til forvaltningsrevisjonsrapport eller rapport om eierskapskontroll til uttalelse til kommunedirektøren, til det kommunale foretaket eller selskapet som er gjenstand for forvaltningsrevisjon eller er omfattet av eierskapskontrollen og til den som utøver kommunens eierfunksjon. Uttalelsen skal i sin helhet fremgå av rapporten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Uttalelsesretten ved revisjonsrapporter er ivaretatt
<p>10. Framlegging av ferdig forvaltningsrevisjonsrapport</p> <p>Revisor bør presentere det ferdige prosjektet for kontrollutvalget og svare på spørsmål i et møte.</p> <p>Kontrollutvalget må kontrollere at rapporten er i henhold til bestillingen, og at alle problemstillingene er besvart. Men rapportens utforming, herunder dens innhold, vurderinger og konklusjoner faller inn under revisors selvstendige, faglige ansvar. Kontrollutvalget kan ikke selv endre en forvaltningsrevisjonsrapport. Dersom kontrollutvalget mener at</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sekretariatet dokumenterer i saksframstillingen, vurdering av om en rapport er iht. bestillingen og om problemstillingene er besvart, når rapporten legges fram i møtet. - Oppdragsansvarlig revisor eller utførende revisor har vært til stede i kontrollutvalgets møter og presentert rapportene og svart på spørsmål.

Krav i henhold til lov og forskrift	Vurdering pr. 31.12.22 – kontrollutvalget i Engerdal
<p>revisors rapport ikke er god nok eller ikke svarer på bestillingen, bør dette avklares gjennom en dialog med revisor.</p>	
<p>11. Misligheter Kontrollutvalget bør forsikre seg om at revisjonsenheten har rutiner som sikrer en forsvarlig håndtering av misligheter og feil som blir avdekket i forbindelse med forvaltnings- eller regnskapsrevisjon. Hvis revisor avdekker eller på annen måte blir kjent med misligheter, skal han eller hun straks melde fra om det, jf. også punkt 15 nedenfor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - KU mener Revisjon Øst IKS følger bestemmelsene som er gitt når det gjelder misligheter. - Det er ikke behandlet noen saker knyttet til misligheter i 2022
<p>12. Revisors møterett, opplysningsplikt mv. – loven § 24-3 Oppdragsansvarlig revisor eller hans/hennes stedfortreder har plikt til å møte i kommunestyret når det behandler saker som har tilknytning til revisors oppdrag. For øvrig har oppdragsansvarlig revisor møterett i kommunestyret. Dette gjelder også i de tilfeller dørene lukkes. Oppdragsansvarlig revisor har møte- og talerett i kontrollutvalgets møter. Revisor har opplysningsplikt overfor medlemmer av kommunestyret og kontrollutvalget om forhold som revisor har fått kjennskap til gjennom revisjonen, når dette kreves. Dersom revisjoner utenfor et møte blir bedt om å gi informasjon til et medlem av kommunestyret eller kontrollutvalget, kan revisor kreve å gå gi sitt svar i et møte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Oppdragsansvarlig revisor eller hans/hennes stedfortreder er til stede i kommunestyret når regnskapet og forvaltningsrevisjonsrapporter mm blir behandlet - Revisor er til stede i kommunestyrets møte hvis ordfører ber om det, og det er forhold i revisjonsberetningen eller forvaltningsrevisjonsrapporten som det kan bli spørsmål om. Hvis det ikke er nødvendig, er oppdragsansvarlig revisor tilgjengelig på nett eller telefon under kommunestyrets møte. - Kontrollutvalget har fått de opplysningene fra revisor som de har bedt om.
<p>13. Oppdragsavtale Revisjon Øst IKS utarbeider en oppdragsavtale som signeres av daglig leder og kontrollutvalgets leder. Det gis informasjon om regnskapsrevisjonen i vedlegg til oppdragsavtalen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kontrollutvalget har vedtatt oppdragsavtale for 2022 - Revisjon Øst IKS rapporterer om oppdragsavtalen hvert halvår
<p>14. Revisjonsstrategi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Oppdragsansvarlig revisor for kommunens årsregnskap rapporterer sitt arbeid årlig til kontrollutvalget ved: - Plan/revisjonsstrategi (høst) - Interimrapport (vinter) - Årsavslutning (vår), revisjonsberetning og årsavslutningsbrev - Se også punkt 8 ovenfor
<p>15. Skriftlige påpekninger fra regnskapsrevisor, nummererte brev – loven § 24-8 Revisor skal gi skriftlige meldinger om vesentlige feil, vesentlige mangler, manglende eller mangelfull redegjørelse ved vesentlige budsjettavvik, enhver mislighet m.m. Meldinger sendes i nummerte brev til kontrollutvalget, med kopi til kommunedirektøren. Revisor skal årlig gi en skriftlig oppsummering til kontrollutvalget om slike forhold som er tatt opp, men som ikke er rettet opp eller som ikke er tilstrekkelig fulgt opp.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kontrollutvalget får nummererte brev der det er påkrevet. - Kontrollutvalget har ikke mottatt noen nummerte brev i 2022
<p>16. Revisjonsberetningen – loven § 24-8 Regnskapsrevisor skal avgi en revisjonsberetning til kommunestyret senest 15. april. Det sendes kopi til kontrollutvalget. Hvis revisor konkluderer med forbehold, konkluderer negativt eller ikke har tilstrekkelig grunnlag for å konkludere, skal årsaken beskrives. Beretningen skal også omfatte andre forhold som revisor mener det er nødvendig å opplyse om etter god kommunal revisjonsskikk, jf. også kontrollutvalgets ansvar i punkt 1 ovenfor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kontrollutvalget mottar kopi av revisjonsberetningen, slik bestemmelsene sier. Dersom det er alvorlige mangler, sendes nummerert brev i forkant, jf. punkt 15 ovenfor.

Krav i henhold til lov og forskrift	Vurdering pr. 31.12.22 – kontrollutvalget i Engerdal
<p data-bbox="260 275 858 331">17. Krav til dokumentasjon av revisors virksomhet – forskriften § 21</p> <p data-bbox="212 333 858 508">Revisor skal dokumentere hvordan revisjonen er gjennomført og resultatet av revisjonen. Dokumentasjonen skal kunne underbygge og gi grunnlag for å etterprøve revisors konklusjoner. Ved rådgivning og andre tjenester for den reviderte virksomheten skal revisor dokumentere oppdragets art, omfang og en eventuell anbefaling.</p>	<p data-bbox="914 333 1453 389">- Det har ikke vært spørsmål om dokumentasjon for noe revisjon har utført i 2022</p>

Veileder for kontrollutvalgets påseansvar



Fastsatt av styret i NKRF 6. desember 2022



Innhold

Veileder for kontrollutvalgets påseansvar	1
1. Innledning.....	3
2. Det rettslige grunnlaget	3
3. Den gode dialogen.....	4
4. Overordnet rammeverk	5
4.1 Innledning.....	5
4.2 God kommunal revisjonsskikk	5
4.3 Kvalitetsstyringssystemer	6
4.4 Instruks og avtaler	6
4.5 Ressurser til kontrollarbeidet.....	7
4.6 anbefalinger	7
5. Betyggende revisjon av regnskapene.....	8
5.1 Innledning.....	8
5.2 Løpende orientert.....	8
5.3 Betyggende regnskapsrevisjon.....	8
5.4 Regnskapsrevisjon i samsvar med lov, forskrift m.m.	8
5.5 Kravene til revisor	8
5.6 anbefalinger	9
6. Kontroll med den økonomiske forvaltningen.....	9
6.1 Innledning.....	9
6.2 Forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen.....	10
6.3 Forenklet etterlevelseskontroll med vesentlige budsjettavvik.....	11
6.4 anbefalinger	11
7. Forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll	11
7.1 Innledning.....	11
7.2 Vesentlighets- og risikovurdering og plan for forvaltningsrevisjoner og eierskapskontroller	12
7.3 Kontrollutvalgets behandling av forvaltningsrevisjonsrapporter og rapporter om eierskapskontroller	12
7.4 anbefalinger	12
8. Oppfølging av kommunestyrets vedtak.....	13
8.1 Innledning.....	13
8.2 Oppfølging i praksis	13
8.3 anbefalinger	13
9. Sluttkommentar	13
10. anbefalinger.....	14
10.1 Generelt	14
10.2 En gang i løpet av kommunestyreperioden	14
10.3 Hvert år.....	14

1. Innledning

Kontrollutvalgets ansvar og myndighet er regulert av kommuneloven og kontrollutvalgs- og revisjonsforskriften. En oppgave er påseansvaret. Denne veilederen tar for seg kontrollutvalgets samlede påseansvar, ikke bare påseansvaret med revisjonsarbeidet.

Slik vi definerer påseansvaret i denne veilederen, innebærer det at kontrollutvalget skal påse at ulike oppgaver blir gjort, blant annet i henhold til lov og forskrift og eventuelle avtaler med revisor. Det er en klar avgrensning i forhold til tilsyn og kvalitetskontroll, som må utføres av andre. Det enkelte kontrollutvalg har imidlertid frihet til å gjøre egne vurderinger av hvordan påseansvaret skal utøves i praksis – og hvordan man håndterer situasjoner der kontrollutvalget mener oppgaver etter lov og avtale ikke blir gjort.

Dette dokumentet skal ikke gi regler for hvordan folkevalgte organer skal ivareta sitt påseansvar, men gi råd og veiledning om hvordan dette påseansvaret kan utøves innenfor lovens rammer. Målet er å bidra til kunnskap og refleksjon i kontrollutvalgene slik at de finner sin måte å oppfylle kravene og intensjonene i lov og forskrift.

I det følgende er betegnelsen kommune brukt på både kommune og fylkeskommune. Det samme gjelder for henholdsvis kommunal og fylkeskommunal. Når kontrollutvalget omtales nedenfor, vil dette også i praksis omfatte kontrollutvalgets sekretariat.

2. Det rettslige grunnlaget

Utgangspunktet for kontrollutvalgets påseansvar er kommuneloven og kontrollutvalgs- og revisjonsforskriften.

I kommuneloven § 23-2 *Kontrollutvalgets ansvar og myndighet første ledd* kan man lese følgende:

Kontrollutvalget skal påse at

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

Kontrollutvalgs- og revisjonsforskriften § 3 sier følgende:

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 instruksjer og avtaler med revisor*
- c. *regnskapsrevisjonen blir utført av revisorer som oppfyller kravene i kapitlene 2 og 3*

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

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.

Videre sier kontrollutvalgs- og revisjonsforskriften § 5 at *kontrollutvalget skal påse av kommunestyrets eller fylkestingets vedtak om regnskapsrevisjoner, forvaltningsrevisjoner og eierskapskontroller blir fulgt opp og skal rapportere til kommunestyret eller fylkestinget om vedtaket er fulgt opp.*

3. Den gode dialogen

Selv om kontrollutvalget utfører sine påseoppgaver i henhold til lov og forskrift, vil det ikke kunne gjøres på en tilfredsstillende måte hvis ikke dialogen med revisor er god.

Dialogen mellom kontrollutvalget som oppdragsgiver og revisor som oppdragstaker, er avgjørende for kontrollutvalgets påseansvar – og tillit er avgjørende for en god dialog.

I tillegg er det viktig at kontrollutvalget og revisor har en felles oppfatning av hvilke forutsetninger som må være til stede for utøvelsen av påseansvaret. En felles oppfatning vil gjøre påseansvaret mer effektivt og konstruktivt.

Lover og forskrifter gir noen holdepunkter om hvordan dialogen kan og skal være, og hva det skal informeres om.

Kommuneloven fastslår at kontrollutvalget har et påseansvar overfor revisjonsarbeidet. Det kan også inngås skriftlige avtaler mellom revisor og kommune/kontrollutvalg, og revisor skriver et engasjementsbrev som avklarer formålet med og innholdet i revisjonen og revisors plikter. Avtaler mellom kontrollutvalget og revisor vil også kunne dreie seg om oppgaver som ikke er lovpålagte. Det er imidlertid ikke mulig å inngå avtaler som er i strid med det ansvar og de oppgaver kontrollutvalg og revisor er gitt i lov og forskrift. Prosessen med å lage slike avtaler gir en god mulighet til å avtale og avklare blant annet forventninger til og innhold i dialogen mellom revisor og kontrollutvalg. Slike avtaler kan være selskapsavtaler, vedtak, prosjektplaner, anbudsdokumenter m.m.

Dialog om det løpende revisjonsarbeidet er en viktig del av dette. Selv om revisor på enkelte områder har et særlig ansvar for å sikre avklaringer og god dialog, jf. RSK 001 og 002, bør både kontrollutvalget og revisor sørge for å avklare seg imellom hva man forventer av hverandre og hvordan denne dialogen skal være i praksis.

I henhold til kommuneloven § 23-7 skal kontrollutvalget ha sekretariatsbistand som tilfredsstillende utvalgets behov. Sekretariatet har en viktig rolle når det gjelder å sørge for informasjonsflyt og at kontrollutvalget til rett tid har relevant informasjon. Også dette må skje gjennom en dialog med revisor og kommunen.

Utgangspunktet kan være forskjellig fra kontrollutvalg til kontrollutvalg, og fra kommune til kommune. Dette fordi det er ulike revisjonsordninger i kommunene, noe som igjen kan ha innvirkning på omfanget av avtalene med revisor. Vi har valgt å se på påseansvaret uavhengig av hvilken revisjonsordning kommunen har.

Selv om utgangspunktet kan være forskjellig, slår kommuneloven fast at kontrollutvalget har et påseansvar. Det kan imidlertid være ulike måter å utøve påseansvaret på. Igjen kommer behovet for god dialog mellom kontrollutvalg og revisor opp. En felles forståelse av hva påseansvaret innebærer legger til rette for en god utøvelse av dette ansvaret.

Vi vil i det følgende strukturere veilederen etter loven § 23-2. Forskriften utdyper loven på flere punkter. I tillegg er det fastsatt en veileder til forskriften, som også har en utdypende rolle når det gjelder kontrollutvalgets påseansvar. Departementets har utarbeidet "Kontrollutvalgsboka. Om rolla og oppgåvene til kontrollutvalet". Denne er oppdatert og foreligger nå i en 3. utgave. Denne veilederen bygger på disse kildene.

4. Overordnet rammeverk

4.1 Innledning

I det nedenstående gjøres det rede for noen sentrale elementer innen kommunal kontroll og revisjon. Dette vil forhåpentligvis være nyttig når vi går inn på påseansvaret mer i detalj.

Vi vil til slutt i dette kapittelet gi noen anbefalinger knyttet til de ulike elementene.

4.2 God kommunal revisjonsskikk

Det vil normalt være nødvendig å utdype innholdet i revisjonen utover det som er bestemt gjennom lov og forskrift. For revisjon i kommuner vil slike utfyllende retningslinjer sammen med lov, forskrift, revisjonsstandarder og praksis utgjøre god kommunal revisjonsskikk. Dette innebærer at revisjonsarbeidet i tillegg til å skulle følge bestemmelsene i kommuneloven og forskriften om kontrollutvalg og revisjon, også skal være i samsvar med standarder for revisjon.

Innen regnskapsrevisjon benyttes de internasjonale revisjonsstandardene (ISAene). I tillegg er det fastsatt standard for forenklet etterlevelsesk kontroll med økonomiforvaltningen og standard for forenklet etterlevelsesk kontroll med vesentlige budsjettavvik. Det vil verken være hensiktsmessig eller praktisk mulig for kontrollutvalget å skulle kontrollere at disse standardene blir fulgt. Kontrollutvalget kan her basere seg på revisjonenshetens kvalitetsstyringssystemer og resultatet av den bransjebaserte kvalitetskontrollen.

Det kan være nyttig for kontrollutvalget å ha en oversikt over innholdet i god kommunal revisjonsskikk, men det bør ikke forventes at kontrollutvalgets medlemmer skal ha

inngående kjennskap til de ulike revisjonsstandardene. Det vil være revisors plikt å følge disse, og den bransjebaserte kvalitetskontrollen er et virkemiddel for å sikre at det gjøres.

Gjennomføring av forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll er nærmere regulert i henholdsvis RSK 001 *Standard for forvaltningsrevisjon* og RSK 002 *Standard for eierskapskontroll*.

Loven og standardene krever rapportering av forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll. Selve rapportene skal vise at arbeidet er gjennomført i samsvar med god kommunal revisjonsskikk, og informasjonen i rapportene vil derfor være den viktigste informasjonen for å ivareta påsefunksjonen knyttet til forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll.

Etterlevelse av kravene i standardene skal kvalitetssikres av revisjonsenheten. Kvalitetssikringen skal dokumenteres, og dette blir kontrollert i forbindelse med den bransjebaserte kvalitetskontrollen. Kontrollutvalget bør på et overordnet nivå innhente informasjon om hvordan revisjonsenheten ivaretar disse kravene, jf. pkt. 4.2.

Kontrollutvalget har gjennom sin behandling av planer og rapporter et omfattende grunnlag for å vurdere kvaliteten på forvaltningsrevisjonen og eierskapskontrollen.

4.3 Kvalitetsstyringssystemer

Sentral informasjon om revisjonsenhetens arbeid vil kontrollutvalget finne i revisjonsenhetens kvalitetssystem. Arbeidet med påseansvaret bør gjerne starte der.

Slik informasjon vil vise om og hvordan revisor sikrer at revisjonsarbeidet utføres i samsvar med gjeldende krav i lovverk og standarder.

Dokumentasjon av revisors arbeid har betydning både for kontrollutvalgets påseansvar overfor revisor og for bransjebaserte kontrollordninger. Informasjon om hvordan revisors arbeid dokumenteres kan for eksempel etterspørres som en del av informasjonen om kvalitetskontrollsystemet.

Kontrollutvalget bør stille krav om at revisor er underlagt bransjebasert kvalitetskontroll, og be om dokumentasjon av at kvalitetskontroll er gjennomført. Både NKRF og Revisorforeningen utfører slik kvalitetskontroll av egne medlemmer.

4.4 Instruksjer og avtaler

Revisors engasjementsbrev redegjør for formålet med og innholdet i revisjonen. Hensikten med engasjementsbrevet er å nedtegne vilkårene for oppdraget og kommunisere dette med oppdragsgiver. Det skal bidra til å sikre en felles forståelse for arbeidsoppgaver og ansvarsdeling mellom revidert part og revisor. Dette er et viktig dokument for hvordan samarbeidet mellom kontrollutvalget og revisor skal være. Engasjementsbrevet for kommuner skal sendes kontrollutvalget.

I tillegg kan kontrollutvalget og revisor bli enige om avtaler og rutiner som regulerer samarbeidet og arbeidsfordelingen dem imellom. Her reguleres gjerne forhold som ikke følger av lov, forskrift og standarder. Slike avtaler/rutiner kan omfatte

- krav til skriftlighet i rapportering/kommunikasjon
- kvalitet på tjenesteleveransen med resultatmål og frister
- revisors innspill til budsjett for revisjonsoppdraget for kommende år og hvilke tjenester som dekkes i henhold til engasjementsbrevet
- avklaring av tilleggstjenester

Avtaler og rutiner kan bidra til en tydeligere avklaring av roller og hva kontrollutvalget kan forvente fra revisor. Behovet for slike avklaringer må imidlertid sees i sammenheng med selskapsavtaler og andre avtaler som allerede regulerer det enkelte oppdraget.

Som oppdragsgiver vil kontrollutvalget ha en interesse og et ansvar for å følge opp at avtalene overholdes. Oppfølgingen av revisors avtalemessige forpliktelser kan være overlappende med kontrollutvalgets påseansvar. Kontrollutvalget må likevel være bevisst på hva kontrollutvalget ensidig kan kreve i kraft av det lovpålagte påseansvaret, og hvilke krav og forventninger som eventuelt må bygge på avtale med revisor.

4.5 Ressurser til kontrollarbeidet

Kontrollutvalget må tildeles tilstrekkelig med ressurser for at det skal kunne utøve sitt ansvar på en tilfredsstillende måte.

Kommunestyret skal vedta et samlet budsjett for kontrollarbeidet i kommunen, herunder utgifter til kontrollutvalget, sekretærbistand og revisjon.

Kontrollutvalget skal utarbeide et forslag til budsjett, der utgiftene må synliggjøres. Det er viktig at budsjettet tar høyde for at det kan oppstå uventede situasjoner som kontrollutvalget må følge opp. Forslaget skal følge innstillingen til årsbudsjettet til kommunestyret.

4.6 Anbefalinger

- Kontrollutvalget bør få informasjon om hvordan revisors arbeid dokumenteres, og kan for eksempel etterspørres som en del av informasjonen om kvalitetsstyringssystemet.
- Kontrollutvalget bør stille krav om at revisor er underlagt bransjebasert kvalitetskontroll, og be om dokumentasjon av at kvalitetskontroll er gjennomført.
- Kontrollutvalget bør påse at de mottar engasjementsbrev fra revisor.
- Kontrollutvalget bør være bevisst på hva kontrollutvalget ensidig kan kreve i kraft av det lovpålagte påseansvaret, og hvilke krav og forventninger som eventuelt må bygge på avtale med revisor.
- Kontrollutvalget bør følge opp eventuelle avtaler med revisor jevnlig.
- Kontrollutvalgets budsjett bør ta høyde for at det kan oppstå uventede situasjoner.

5. Betyggende revisjon av regnskapene

5.1 Innledning

Kommuneloven § 23-2 bokstav a slår fast at kontrollutvalget skal påse at kommunens regnskaper blir revidert på en betryggende måte.

Dette utdypes i kontrollutvalgs- og revisjonsforskriften § 3 *Kontrollutvalgets oppgaver ved regnskapsrevisjon*. Dette kapittelet vil struktureres i henhold til denne forskriften.

5.2 Løpende orientert

Forskriften innledes med at kontrollutvalget skal holde seg løpende orientert om revisjonsarbeidet. Det er nærliggende å tolke dette som en forutsetning for at kontrollutvalget skal kunne utføre de andre oppgavene som gjengis i forskriften.

Det vil i stor grad være opp til det enkelte kontrollutvalg selv hvordan man skal holde seg løpende orientert om revisjonsarbeidet, men kontrollutvalget vil for eksempel kunne be om at revisor orienterer om de ulike fasene i revisjonsarbeidet. Slike orienteringer vil blant annet kunne handle om revisors risikovurderinger knyttet til oppdraget, presentasjon av revisjonsstrategi og orienteringer om delkonklusjoner på bakgrunn av innsamlet revisjonsbevis.

5.3 Betyggende regnskapsrevisjon

Bokstav a i forskriften sier det samme som loven. Kontrollutvalget skal påse at kommunens regnskaper blir revidert på en betryggende måte. Dette kan gjøres ved å etterspørre informasjon om gjennomførte kvalitetskontroller.

5.4 Regnskapsrevisjon i samsvar med lov, forskrift m.m.

I forskriften bokstav b slås det fast at kontrollutvalget skal påse at regnskapsrevisjonen utføres i samsvar med lov, forskrift og kontrollutvalgets instruks og avtaler med revisor.

Dette betyr i praksis at kontrollutvalget skal påse at revisor følger kommuneloven med forskrift, samt god kommunal revisjonsskikk, i revisjonsarbeidet. Revisjonsberetningen gir informasjon om dette. Informasjon om enhetens kvalitetsstyringssystem og den bransjevise kvalitetskontrollen vil gi indikasjoner om etterlevelse.

Videre er det slik at kontrollutvalget skal påse at revisor følger kontrollutvalgets instruks og avtaler inngått mellom kontrollutvalget og revisor.

Det er midlertid viktig å presisere at kontrollutvalget ikke skal instruere revisor i revisjonsfaglig arbeid.

5.5 Kravene til revisor

I bokstav c i forskriften står det at kontrollutvalget skal påse at regnskapsrevisjonen blir utført av revisorer som oppfyller kravene i kapitlene 2 og 3 i forskriften. Dette dreier seg blant annet om

- kvalifikasjonskrav til oppdragsansvarlig regnskapsrevisor
- krav til revisors uavhengighet

- grenser for revisors tilknytning til den reviderte virksomheten
- grenser for hvilke stillinger, verv og tjenester som revisor kan ha
- krav til revisors egenvurdering av uavhengighet

5.6 Anbefalinger

- For å holde seg løpende orientert om regnskapsrevisjonen bør kontrollutvalget be om at revisor orienterer om de ulike fasene i revisjonsarbeidet. Slike orienteringer vil kunne handle om revisors risikovurderinger knyttet til oppdraget, presentasjon av revisjonsstrategi og orienteringer om delkonklusjoner på bakgrunn av innsamlet revisjonsbevis. Det kan også være aktuelt for kontrollutvalget å etterspørre informasjon om hvilken vesentlighetsgrense som gjelder for revisjonen.
- Kontrollutvalget bør sette seg inn i hva kommuneloven, kontrollutvalgs- og revisjonsforskriften sier, slik at utvalget på denne måten kan stille spørsmål og be om orienteringer fra revisor om hvordan disse reglene etterleves.
- Kontrollutvalget bør ha en jevnlig gjennomgang av instruksjer og eventuelle avtaler med revisor for å forsikre seg om at disse overholdes.
- Kontrollutvalget bør innhente informasjon om revisors kvalifikasjoner og uavhengighet. Oppdragsansvarlig revisor skal gi en skriftlig egenvurdering av sin uavhengighet til kontrollutvalget, som hovedregel hvert år og når det er behov for det.

6. Kontroll med den økonomiske forvaltningen

6.1 Innledning

Kommuneloven § 23-2 bokstav b sier at kontrollutvalget skal påse at det føres kontroll med at den økonomiske forvaltningen foregår i samsvar med gjeldende bestemmelser og vedtak.

Dette er en oppgave på lik linje med utvalgets oppgaver knyttet til blant annet regnskapsrevisjon og forvaltningsrevisjon. Kontrollutvalget bør danne seg en oppfatning av hvordan denne oppgaven skal følges opp, utover det som gjøres i regnskapsrevisjonen og forenklet etterlevelseskontroll (se nedenfor).

Kommuneloven § 14-1 første ledd slår fast at kommunene skal forvalte økonomien slik at den økonomiske handleevnen blir ivaretatt over tid. Som et ledd i dette skal kommunestyret vedta et eget økonomireglement for kommunen.

I tredje ledd står det at kommunene skal forvalte finansielle midler og gjeld på en måte som ikke innebærer vesentlig finansiell risiko. Kommunene skal ha et eget finansreglement som skal inneholde bestemmelser som hindrer kommunen i å ta en vesentlig finansiell risiko i finans- og gjeldsforvaltningen, og som sikrer at løpende betalingsforpliktelser kan innfris ved forfall.

Ved gjennomføring av regnskapsrevisjonen skal revisor se etter at den økonomiske kontrollen er ordnet på en betryggende måte. Det kan være naturlig at revisor

rapporterer om funn knyttet til den økonomiske internkontrollen i den avtalte rapporteringen til kontrollutvalget.

Dessuten skal det gjøres en uavhengig vurdering av om finansreglementet legger opp til en forvaltning i samsvar med loven. Denne vurderingen kan gjøres av revisor eller eventuelt andre. Kontrollutvalget bør bli orientert om vurderingen.

For øvrig bør kontrollutvalget være orientert om den økonomiske utviklingen i kommunen.

6.2 Forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen

Kommuneloven § 24-9 sier at regnskapsrevisor skal se etter at kommunens økonomiforvaltning i hovedsak foregår i samsvar med bestemmelser og vedtak. Minst en gang i året får kontrollutvalget seg forelagt rapportering eller uttalelse om forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen fra revisor. Lovbestemt frist er 30. juni. Bakgrunnen er en risiko- og vesentlighetsvurdering som kontrollutvalget har fått seg forelagt tidligere, basert på et eget dokument eller revisjonsstrategien. Gjennomføring av denne oppgaven er nærmere regulert i RSK 301 *Standard for forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen*.

Ved behandling av risiko- og vesentlighetsvurderingen bør kontrollutvalget ha en dialog med revisor. Følgende spørsmål kan blant annet være aktuelle å stille: Hvilke områder vurderer revisor som mest aktuelle? Er det flere områder som bør kontrolleres? Vurderer revisor det som aktuelt å gjennomføre en forvaltningsrevisjon innen utvalgte deler av den økonomiske forvaltningen? Det er revisor som bestemmer innholdet i etterlevelseskontrollen, men revisor bør være lydhør for synspunkter fra kontrollutvalget.

Dersom kontrollutvalget ønsker at revisor undersøker andre områder enn det som er bestemt, så kan dette bestilles. Dette forutsetter at kontrollutvalget har tilgjengelige ressurser. Dersom det ikke foreligger ressurser, kan kontrollutvalget invitere kommunedirektøren for å redegjøre nærmere om saken. En dialog med kommunedirektøren kan ofte medføre avklaringer for kontrollutvalget og mulige forbedringer hos administrasjonen.

Ved behandling av uttalelsen om etterlevelseskontrollen, vil kontrollutvalget stå overfor to alternativer. Uttalelse som ikke innebærer videre oppfølging fra kontrollutvalgets side eller («modifisert») uttalelse som innebærer nummerert brev på grunn av konstaterte feil/svakheter.

Dersom kontrollutvalget mottar nummerert brev, kan kommunedirektøren kalles inn til et møte for å redegjøre for saken.

For øvrig kan resultatet av en gjennomført etterlevelseskontroll medføre at kontrollutvalget bestiller en forvaltningsrevisjon innen angjeldende område.

6.3 Forenklet etterlevelseskontroll med vesentlige budsjettavvik

Formålet med forenklet etterlevelseskontroll med vesentlige budsjettavvik, som er en oppgave i kommuneloven, er innenfor en begrenset ressursramme, å bidra til tillit til at årsberetningen gir dekkende opplysninger om budsjettavvik og dermed styrke årsberetningen som verktøy for kommunestyrets styring og budsjettoppfølging. Kontrollen dekker både drifts- og investeringsbudsjett.

Standarden RSK 302 *Forenklet etterlevelseskontroll med vesentlige budsjettavvik* beskriver hvordan revisor skal planlegge og gjennomføre denne oppgaven.

Revisor skal i revisjonsberetningen uttale seg om det i årsberetningen er gitt dekkende opplysninger om vesentlige budsjettavvik, og om det er avdekket forhold som gir grunn til å tro at årsberetningen har en mangelfull redegjørelse om vesentlige budsjettavvik.

Kontrollutvalget kan be om en orientering om hva som er gjort av handlinger for å undersøke vesentlige budsjettavvik.

6.4 Anbefalinger

- Kontrollutvalget bør bli orientert om funn knyttet til den økonomiske internkontrollen i den avtalte rapporteringen til kontrollutvalget.
- Kontrollutvalget bør bli orientert om den uavhengige vurderingen av om kommunens finansreglement legger opp til en forvaltning i samsvar med loven.
- Kontrollutvalget bør ha en dialog med revisor i forbindelse med risiko- og vesentlighetsvurderingen forut for den forenklete etterlevelseskontrollen med forvaltningen. Aktuelle tema kan være
 - Hvilke områder vurderer revisor som mest aktuelle?
 - Er det flere områder som bør kontrolleres?
 - Vurderer revisor det som aktuelt å gjennomføre en forvaltningsrevisjon innen utvalgte deler av den økonomiske forvaltningen?
- Hvis revisors rapportering eller uttalelse om den forenklete etterlevelseskontrollen innebærer nummerert brev på grunn av konstaterede feil/svakheter, skal kontrollutvalget følge dette opp, for eksempel ved at kontrollutvalget ber kommunedirektøren om en orientering.
- Kontrollutvalget bør vurdere om resultatet av en gjennomført etterlevelseskontroll bør medføre at kontrollutvalget bestiller en forvaltningsrevisjon innen angjeldende område.

7. Forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll

7.1 Innledning

Kommuneloven § 23-2 bokstavene c og d sier at kontrollutvalget skal påse at det utføres forvaltningsrevisjon av kommunens eller fylkeskommunens virksomhet, og av selskaper kommunen eller fylkeskommunen har eierinteresser i. Videre skal det føres kontroll med forvaltningen av kommunens eller fylkeskommunens eierinteresser i selskapet mv. (eierskapskontroll).

7.2 Vesentlighets- og risikovurdering og plan for forvaltningsrevisjoner og eierskapskontroller

Loven slår også fast at kontrollutvalget skal utarbeide en plan for forvaltningsrevisjoner og eierskapskontroller. Denne planen skal baseres på en vesentlighets- og risikovurdering, og kontrollutvalgets forslag til plan skal vedtas av kommunestyret. Det framgår av lovforarbeidene at det må utarbeides planer som sikrer at det regelmessig gjennomføres forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll på de områdene hvor det er størst behov for det, og i et omfang som er tilpasset kommunens størrelse, kompleksitet og risiko.

På grunnlag av vedtatt plan og fullmakt fra kommunestyret bestiller kontrollutvalget forvaltningsrevisjoner og eierskapskontroller av revisor.

En forutsetning for å løse kontrollutvalgets ansvar, er at det tildeles tilstrekkelig ressurser. Dersom rammene ikke gir tilstrekkelig rom, må kontrollutvalget gjøre kommunestyret oppmerksom på det og på konsekvensene av manglende ressurser.

7.3 Kontrollutvalgets behandling av forvaltningsrevisjonsrapporter og rapporter om eierskapskontroller

Kontrollutvalgets påseansvar når det gjelder forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll er i loven slått fast ved at kontrollutvalget skal påse at det utføres forvaltningsrevisjoner og eierskapskontroller. Siden det er kontrollutvalget som bestiller slike undersøkelser, vil mye av påseansvaret utføres i forbindelse med utvalgets løpende virksomhet.

Kontrollutvalget skal rapportere til kommunestyret om gjennomførte forvaltningsrevisjoner og eierskapskontroller og resultatet av disse. Denne rapporteringen skal skje uten ugrunnet opphold.

7.4 Anbefalinger

Kontrollutvalget bør avtale med revisor hvordan det skal informeres om utførelsen av forvaltningsrevisjoner og eierskapskontroller, utover det som ligger i påseplikten. Det kan være

- prosjektplaner, der gjennomførbarhet er vurdert, og der det er redegjort for problemstilling(er), kriterier og metodebruk m.m.
- spørsmål om avgrensinger og utvelgelse av undersøkelsesobjekt
- forventet ressursbruk og leveransetidspunkt
- rapportering underveis om status i arbeidet

Kontrollutvalget bør vurdere jevnlig evalueringer av arbeidet med forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll, for eksempel midtveis i valgperioden. Slike evalueringer kan være nyttige for å oppnå best mulig kvalitet, forventningsavklaringer og tilfredshet med leveransene. Aktuelle tema for evalueringen kan være kontrollutvalgets og kommunestyrets nytte av rapportene, rapportenes språk og lesbarhet samt arbeidets omfang og grundighet, og dialog underveis.

Kontrollutvalget bør også påse at forvaltningsrevisjoner og eierskapskontroller, og resultatet av disse, blir lagt frem for kommunestyret uten ugrunnet opphold.

8. Oppfølging av kommunestyrets vedtak

8.1 Innledning

I kommuneloven § 23-2 står det at kontrollutvalget skal påse at vedtak som kommunestyret eller fylkestinget fatter ved behandlingen av revisjonsrapporter, blir fulgt opp.

8.2 Oppfølging i praksis

Kontrollutvalgs- og revisjonsforskriften § 5 utdyper dette ved å slå fast at kontrollutvalget skal rapportere til kommunestyret om vedtaket er fulgt opp. I denne forbindelse er det viktig at kontrollutvalget får skriftlig rapportering om hva som er fulgt opp.

Rapporteringen skal inneholde både saker som er fulgt opp på en tilfredsstillende måte og saker som ikke er fulgt opp på en tilfredsstillende måte.

Oppfølging fra kontrollutvalget forutsetter at vedtaket krever eller åpner for etterfølgende aktivitet fra administrasjonen.

Etter at kontrollutvalget har fulgt opp kommunestyrets vedtak, må det vurderes om det er aktuelt med særskilt tilbakemelding til kommunestyret eller om tilbakerapportering kan gis i årsrapport eller årsmelding. Kontrollutvalget bør også vurdere om det er behov for nye undersøkelser på enkelte områder.

8.3 Anbefalinger

- Kontrollutvalget må følge med på vedtak i kommunestyret om revisjoner og eierskapskontroller, og rapportere tilbake til kommunestyret om vedtaket er fulgt opp.
- Kontrollutvalget bør i forbindelse med oppfølging av kommunestyrets vedtak også vurdere om det er behov for nye undersøkelser på enkelte områder.

9. Sluttkommentar

Anbefalingene/punktene over angir hvordan NKRF mener dialogen mellom revisor og kontrollutvalget bør og kan være innrettet når det gjelder kontrollutvalgets påseansvar.

Det er imidlertid det enkelte kontrollutvalg selv som må finne en hensiktsmessig måte å utøve påseansvaret på – så lenge det er i tråd med lov og forskrift.

Vi viser avslutningsvis til oversikt over anbefalinger om aktuelle saker eller temaer som kontrollutvalget skal eller kan behandle når det gjelder påseansvaret. Oversikten baserer seg på saker som behandles en gang i løpet av perioden og årlig. I tillegg kommer noen generelle anbefalinger.

10. Anbefalinger

10.1 Generelt

- Kontrollutvalget bør stille krav om at revisor er underlagt bransjebasert kvalitetskontroll, og be om dokumentasjon av at kvalitetskontroll er gjennomført.
- Kontrollutvalget bør være bevisst på hva kontrollutvalget ensidig kan kreve i kraft av det lovpålagte påseansvaret, og hvilke krav og forventninger som eventuelt må bygge på avtale med revisor.
- Kontrollutvalgets budsjett bør ta høyde for at det kan oppstå uventede situasjoner.
- For å holde seg løpende orientert om regnskapsrevisjonen bør kontrollutvalget be om at revisor orienterer om de ulike fasene i revisjonsarbeidet. Slike orienteringer vil kunne handle om revisors risikovurderinger knyttet til oppdraget, presentasjon av revisjonsstrategi og orienteringer om delkonklusjoner på bakgrunn av innsamlet revisjonsbevis. Det kan også være aktuelt for kontrollutvalget å etterspørre informasjon om hvilken vesentlighetsgrense som gjelder for revisjonen.
- Kontrollutvalget bør sette seg inn i hva kommuneloven, kontrollutvalgs- og revisjonsforskriften sier, slik at utvalget på denne måten kan stille spørsmål og be om orienteringer fra revisor om hvordan disse reglene etterleves.

10.2 En gang i løpet av kommunestyreperioden

- Kontrollutvalget bør påse at de mottar engasjementsbrev fra revisor.
- Kontrollutvalget bør få informasjon om hvordan revisors arbeid dokumenteres, og kan for eksempel etterspørres som en del av informasjonen om kvalitetsstyringssystemet.
- Det kan [også] være hensiktsmessig å avtale jevnlig evalueringer av arbeidet med forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll, for eksempel midtveis i valgperioden. Slike evalueringer kan være nyttige for å oppnå best mulig kvalitet, forventningsavklaringer og tilfredshet med leveransene. Evalueringer kan initieres og gjennomføres både av kontrollutvalg, sekretariat og revisor selv. Aktuelle tema for evalueringen kan være kontrollutvalgets og kommunestyrets nytte av rapportene, samt omfang, grundighet og dialog underveis.

10.3 Hvert år

- Kontrollutvalget bør ha en jevnlig gjennomgang av instruksjer og eventuelle avtaler med revisor for å forsikre seg om at disse overholdes.
- Kontrollutvalget bør innhente informasjon om revisors kvalifikasjoner og uavhengighet. Oppdragsansvarlig revisor skal gi en skriftlig egenvurdering av sin

uavhengighet til kontrollutvalget, som hovedregel hvert år og når det er behov for det.

- Kontrollutvalget bør bli orientert om funn knyttet til den økonomiske internkontrollen i den avtalte rapporteringen til kontrollutvalget.
- Kontrollutvalget bør bli orientert om den uavhengige vurderingen av om kommunens finansreglement legger opp til en forvaltning i samsvar med loven.
- Kontrollutvalget bør ha en dialog med revisor i forbindelse med risiko- og vesentlighetsvurderingen forut for den forenklete etterlevelseskontrollen med forvaltningen. Aktuelle tema kan være
 - Hvilke områder vurderer revisor som mest aktuelle?
 - Er det flere områder som bør kontrolleres?
 - Vurderer revisor det som aktuelt å gjennomføre en forvaltningsrevisjon innen utvalgte deler av den økonomiske forvaltningen?
 - Hvis revisors rapportering eller uttalelse om den forenklete etterlevelseskontrollen innebærer nummerert brev på grunn av konstaterte feil/svakheter, skal kontrollutvalget følge dette opp, for eksempel ved at kontrollutvalget ber kommunedirektøren om en orientering.
- Kontrollutvalget bør vurdere om resultatet av en gjennomført etterlevelseskontroll bør medføre at kontrollutvalget bestiller en forvaltningsrevisjon innen angjeldende område.
- Kontrollutvalget bør avtale å få informasjon om utførelsen av undersøkelsen, utover det som ligger i påseplikten. Det kan være
 - revisors vurdering av om kontrollutvalgets ønske lar seg gjennomføre. En slik vurdering må foreligge før bestilling.
 - prosjektplaner der det er redegjort for problemstilling(er), kriterier og metodebruk
 - spørsmål om avgrensinger og utvelgelse av undersøkelsesobjekt
 - forventet ressursbruk og leveransetidspunkt
 - rapportering underveis om status i arbeidet
- Kontrollutvalget bør vurdere forvaltningsrevisjonsrapportenes og eierskapskontrollrapportenes tilgjengelighet med hensyn til språk og lesbarhet.
- Kontrollutvalget bør også påse at forvaltningsrevisjoner og eierskapskontroller, og resultatet av disse, blir lagt frem for kommunestyret uten ugrunnet opphold.
- Kontrollutvalget må følge med på vedtak i kommunestyret om revisjoner og eierskapskontroller, og rapportere tilbake til kommunestyret om vedtaket er fulgt

opp.

- Kontrollutvalget bør i forbindelse med oppfølging av kommunestyrets vedtak også vurdere om det er behov for nye undersøkelser på enkelte områder.

Arkivsak-dok. 21/00028-10
Saksbehandler Gunvor Kristin Moe

Saksgang
Engerdal kontrollutvalg 2019 - 2023

Møtedato
06.03.2023

SAK EN-12/23 KONTROLLUTVALGETS ÅRSRAPPORT 2022

Forslag til vedtak/innstilling:

1. Kontrollutvalgets årsrapport for 2022 vedtas
2. Saken sendes kommunestyret med følgende forslag til vedtak:
 - Kommunestyret tar kontrollutvalgets årsrapport for 2022 til orientering.

Vedlegg:

- Kontrollutvalgets årsrapport 2022
- Kontrollutvalgets oppfølgingsliste 2022

Saksframstilling:

Kontrollutvalget skal rapportere om sin virksomhet til kommunestyret. I kontrollutvalgets årsplan for 2023, under pkt. 4.8, er det sagt følgende om kontrollutvalgets rapportering:

Kontrollutvalgets årsrapport for 2022 behandles i det første møtet i 2023, og oversendes deretter kommunestyret til orientering. Kontrollutvalget rapporterer til kommunestyret om resultatet av gjennomført forvaltningsrevisjon i årsrapporten. Eventuelle omprioriteringer av prosjekter skal også framgå av årsrapporten. Rapporter etter gjennomført forvaltningsrevisjon, selskapskontroller/eierskapskontroller, eventuelle andre bestillinger og eventuell oppfølging av nummererte brev sendes fortløpende til kommunestyret.

Kontrollutvalget er kommunestyrets organ, og kontrollutvalget håper at årsrapporten vil være et godt hjelpemiddel for kommunestyret, til å få informasjon om kontrollutvalgets virksomhet i året.



KONTROLLUTVALGET I ENGERDAL KOMMUNE

ÅRSRAPPORT 2022

**KONTROLLUTVALGET I
ENGERDAL KOMMUNE**



*Utarbeidet av Konsek Øst IKS
Behandlet i kontrollutvalget 6.3.23, sak 11/23
Behandlet i kommunestyret XX.X.23, sak XX/23*



KONTROLLUTVALGET I ENGERDAL KOMMUNE

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	3
	KONTROLLUTVALGETS VIRKSOMHET	3
2.1	MEDLEMMER.....	3
2.2	MØTER OG SAKER.....	4
3	KONTROLLUTVALGETS OPPGAVER	4
3.1	KONTROLL MED FORVALTNINGEN	4
3.2	KONTROLLUTVALGETS OPPGAVER VED REGNSKAPSREVISJON.....	4
3.2.2	<i>Rapportering om forenklet etterlevelseskontroll</i>	<i>5</i>
3.3	KONTROLLUTVALGETS OPPGAVER VED FORVALTNINGSREVISJON	5
3.3.1	<i>Plan, bestilling og gjennomføring av forvaltningsrevisjon</i>	<i>5</i>
3.3.2	<i>Rapportering av resultat etter gjennomført forvaltningsrevisjon.....</i>	<i>5</i>
3.4	KONTROLLUTVALGETS OPPGAVER VED FORVALTNINGSREVISJON AV SELSKAPER.....	5
3.4.1	<i>Plan, bestilling og gjennomføring av forvaltningsrevisjon</i>	<i>5</i>
3.4.2	<i>Rapportering av resultat etter gjennomført forvaltningskontroll.....</i>	<i>5</i>
3.4.3	<i>KONTROLLUTVALGETS OPPFØLGING AV EIERSKAPSKONTROLL</i>	<i>6</i>
3.6	KONTROLLUTVALGETS PÅSEANSVAR MED REVISJONEN	6
3.7	BUDSJETT FOR KONTROLL- OG REVISJONSARBEIDET	7
3.7	KONTROLLUTVALGETS RAPPORTERING	7
3.8	ØVRIGE AKTIVITETER	8
4	SEKRETÆRFUNKSJON.....	8
5	AVSLUTTENDE KOMMENTARER.....	9
	<i>Kommunestyrets vedtak:</i>	<i>Feil! Bokmerke er ikke definert.</i>
•	<i>Kommunestyret tar saken til orientering.....</i>	<i>Feil! Bokmerke er ikke definert.</i>



KONTROLLUTVALGET I ENGERDAL KOMMUNE

1 INNLEDNING

Kommunestyret har det øverste ansvaret for å kontrollere den kommunale forvaltningen. Kontrollutvalget er et sentralt hjelpeorgan for kommunestyret, og skal utøve sitt arbeid iht. kommuneloven og forskrift om kontrollutvalg. Kontrollutvalget rapporterer om sin virksomhet til kommunestyret.

Det er utarbeidet eget reglement for kontrollutvalgets virksomhet. Dette ble vedtatt i kontrollutvalget og kommunestyret i 2021.

Kontrollutvalgets årsrapport er basert på årsplanen for kontrollutvalget for 2022, som ble vedtatt i kontrollutvalgets møte 29.11.21. Årsplanen omtaler kontrollutvalgets ordinære oppgaver og hva kontrollutvalget planlegger på et mer overordnet nivå og blir oversendt kommunestyret til orientering. I tillegg er årsrapporten basert på kontrollutvalgets tiltaksplan, som er en mer detaljert plan for hva som planlegges for hvert møte. Denne benyttes som et internt arbeidsdokument for kontrollutvalget. *Oppfølgingsplanen for 2022* følger som vedlegg til årsrapporten. Denne viser møtedatoer med oversikt over alle saker behandlet i kontrollutvalget, samt om sakene eventuelt er behandlet i kommunestyret.

Alle sentrale dokumenter for hvert kontrollutvalg tilhørende sekretariatets eierkommuner – herunder årsplan og kontrollutvalgets reglement, innkallinger til møter og møteprotokoller, ligger på sekretariatets hjemmeside www.konsek-ost.no/Kontrollutvalgene/

KONTROLLUTVALGETS VIRKSOMHET

2.1 Medlemmer

Kontrollutvalget i Engerdal består av 5 medlemmer. Det har vært noe utskifting av medlemmer siden utvalget først ble valgt, men følgende medlemmer og varamedlemmer er pr. i dag valgt for perioden 2019-2023:

Medlem	Varamedlem
Thor Haugen (AP) - leder	Ole Kveen Brustad
May-Britt Solbakken(uavhengig)	Maren Sørjoten-Drevsjømoen
Monica B. Spånberg (saml.lista)	Jon Bakken
Morten Solbakken (AP)	Jon Anders Mortensson
Belia Marianne Søbak (H) ble i mars 2022 valgt inn etter Tor Erik Skramstad som måtte fratre pga. ansettelsesforhold i kommunen	Gunveig E. Eggen



KONTROLLUTVALGET I ENGERDAL KOMMUNE

2.2 Møter og saker

Kontrollutvalget i 2022 hatt 4 ordinære møter og behandlet 40 saker. Hvilke saker som er behandlet, vedtakene i sakene og hvordan de er fulgt opp, går som nevnt frem av vedlegget til årsrapporten. Alle sakene er enten fulgt opp eller lagt inn i tiltaksplanen for oppfølging i 2023.

Kontrollutvalgets møter er åpne på lik linje med andre kommunale utvalg. Møtedeltakelsen går frem av de enkelte møteprotokollene.

Det har vært avholdt én felles fagdag for alle kontrollutvalgsmedlemmer i regionen i 2022.

3 KONTROLLUTVALGETS OPPGAVER

3.1 Kontroll med forvaltningen

Kontrollutvalgets kontroll med forvaltningen har i 2022 bl.a. blitt gjennomført på følgende måter:

- Kontroll med politiske vedtak: Kontrollutvalget gjennomfører en gjensidig rapportering fra de ulike politiske utvalgene i hvert møte eller ved behov.
- Ordfører, som har generelt møte- og talerett i kontrollutvalgets møter, har vært invitert til å delta i en samtale med kontrollutvalget i hvert møte, så sant det er mulig. Kontrollutvalget anser at samtalen med ordfører er nyttig, som et ledd i kontrollutvalgets kontakt med kommunestyret.
- Kommunedirektøren har blitt invitert til hvert møte for å orientere kontrollutvalget om ulike saker. Det gis som regel noen faste orienteringer i hvert møte:
 - Økonomi (utvikling/budsjett og investeringer).
 - Sykefravær.
 - Eventuelle anmeldelser eller varslinger.
- Kontrollutvalget ønsker også orientering om kommunedirektørens system for oppfølging av KS-saker. Hvilke saker det ellers er orientert om, går frem av protokollen fra møtene.
- Statlige tilsynsrapporter: Kontrollutvalget ønsker at det blir lagt frem en oversikt for kontrollutvalget 2 ganger i året.
- I tillegg har kontrollutvalget fått informasjon i møtene fra ulike av kommunens enheter.

Sammen med revisjonens rapportering, danner ovennevnte grunnlag for det løpende tilsynet med kommunen.

3.2 Kontrollutvalgets oppgaver ved regnskapsrevisjon

Kommuneregnskapet ble behandlet i mai. Kontrollutvalget ga sin uttalelse til kommuneregnskapet i henhold til forskrift om kontrollutvalg § 7.

Kontrollutvalget får vanligvis informasjon om revisjonsstrategien for året i løpet av høsten hvert år. Interimrapporten behandles normalt i årets første KU-møte.



KONTROLLUTVALGET I ENGERDAL KOMMUNE

Kontrollutvalget har ikke mottatt noen nummererte brev i 2022 og det er for øvrig ingen revisjonsmerknader som ikke er fulgt opp, jf. forskrift om kontrollutvalg § 8.

3.2.2 Rapportering om forenklet etterlevelseskontroll

Kontrollutvalget behandlet rapportering om forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen for 2021 i november. Det ble gjennomført etterlevelseskontroll på området «I hvilken grad er Engerdal kommune lojal mot inngåtte rammeavtaler i hhv. drifts- og investeringsregnskapet».

Revisjon Øst IKS ga i november orientering om plan av etterlevelseskontroll for 2022. Revisjon har valgt temaet «Vederlag for opphold i institusjon». Rapport til kontrollutvalget avgis innen 30. juni 2023.

3.3 Kontrollutvalgets oppgaver ved forvaltningsrevisjon

3.3.1 Plan, bestilling og gjennomføring av forvaltningsrevisjon

Kontrollutvalget vedtok i møte 1.3.21 å bestille en prosjektplan for gjennomføring av et forvaltningsrevisjonsprosjekt knyttet til **PLO, styring, drift og kompetanse**. Prosjektplanen ble behandlet i kontrollutvalget i mai samme år. Prosjektet gjennomføres innenfor en ramme på 250 timer, prosjekt ferdigstilles våren 2023.

3.3.2 Rapportering av resultat etter gjennomført forvaltningsrevisjon

De mange anbefalinger som ble gitt av revisjonen i forvaltningsrevisjonsprosjekt SÅTE IKS, behandlet i kontrollutvalget mars 2021 er ikke fulgt opp av kontrollutvalget. Dette har ikke vært tema i 2022 da kommunen har sagt opp sitt samarbeid med vertskommunen som er Trysil. Det jobbes med å finne en fremtidig løsning for hvordan IKT skal driftes og utvikles i de fire kommunene i fremtiden. Kontrollutvalget har fått noe informasjon i sine møter.

Det er i 2022 gjennomført et par «mindre undersøkelser» av Revisjon Øst IKS på bestilling fra kontrollutvalget. Disse er: «Slamtømming – vurdering» og «etterlevelse av lov om offentlige anskaffelser».

3.4 Kontrollutvalgets oppgaver ved forvaltningsrevisjon av selskaper

3.4.1 Plan, bestilling og gjennomføring av forvaltningsrevisjon

Risiko- og vesentlighetsvurdering og plan for forvaltningsrevisjon av selskaper for perioden 2021-2024 ble behandlet i kontrollutvalgets møte 6. oktober 2020 og kontrollutvalget foreslo en plan for mulige prosjekter for 2021-2022, jf. årsplan 2021.

Planen er vedtatt av kommunestyret 21. oktober 2020. Det er ikke gjennomført noen eierskapskontroll i 2022.

3.4.2 Rapportering av resultat etter gjennomført forvaltningskontroll

Kontrollutvalget har ikke fulgt opp noen forvaltningsrevisjon i 2022 (jf. Pkt. 3.3.2).



KONTROLLUTVALGET I ENGERDAL KOMMUNE

3.4.3 Kontrollutvalgets oppfølging av eierskapskontroll

Kontrollutvalget skal minst én gang i valgperioden utarbeide en plan for hvilke eierskapskontroller som skal gjennomføres. Planen skal baseres på en risiko og vesentlighetsvurdering av kommunens eierskap, jf. kommuneloven § 23-4. I kontrollutvalgsmøte 3.12.20 ble Risiko- og vesentlighetsvurdering i forbindelse med plan for eierskapskontroll behandlet, der det ble bestemt hvilke selskaper som skal prioriteres i planen.

Det er ikke gjennomført noen eierskapskontroll i 2022.

3.6 Kontrollutvalgets påseansvar med revisjonen

Kontrollutvalget skal vurdere om kommunen har en forsvarlig revisjonsordning. Regler for revisjon følger av kommuneloven kap. 24 og utfyllende bestemmelser i forskrift om kontrollutvalg og revisjon (FOR-2019-06-17-904).

Kommunens revisor er Revisjon Øst IKS, som er revisor for 16 kommuner i Innlandet. Kontrollutvalget har ingen grunn til å tro at Engerdal kommune ikke har en forsvarlig revisjonsordning. Revisjon Øst IKS er medlem av NKRF¹ og er underlagt NKRFs kvalitetskontroll.

Påseansvaret med revisjonen har blitt utøvd på flere måter, bl.a.:

- Gjennom revisjonens orientering om sitt årlige planverk (revisjonsstrategi) og rapportering i forhold til dette (interimrapportering), jf. pkt. 3.2.
- Gjennom daglig leders orientering om gjennomført benchmarking av revisjonstjenestene.
- Gjennom kontrollutvalgets behandling av revisjonsberetninger til reviderte regnskaper og andre rapporter med utgangspunkt i revisjonsarbeidet (jf. pkt. 3.2).
- Gjennom revisjonens muntlige rapporteringer om revisjonsarbeidet.
- Gjennom vurderinger av mottatte revisjonsrapporter.

Dokumentasjonen av kontrollutvalgets oppfølging av dette påseansvaret for 2022 blir behandlet i første møtet 2023. Dokumentasjonen for kontrollutvalgets påseansvar for 2021, ble tilsvarende behandlet i kontrollutvalgets første møte i 2022.

Oppdragsansvarlig revisor for både forvaltningsrevisjon og regnskapsrevisjon har lagt frem uavhengighetserklæringer og kontrollutvalget har behandlet oppdragsavtale med Revisjon Øst IKS, se vedlagt oppfølgingsliste. I denne avtalen går det frem hvilke oppgaver som planlegges ut fra de ressurser som er til rådighet.

Revisjonen arbeider bevisst med å bedre kompetansen og revisjonsarbeidets kvalitet, planleggingen og rapporteringen. Det er tre oppdragsansvarlige forvaltningsrevisorer og to oppdragsansvarlige regnskapsrevisorer knyttet til Engerdal kommune. Kravene til den obligatoriske etterutdanningen (i tråd med NKRFs retningslinjer) er oppfylt for alle ansatte. Selskapet har etablert rutine der revisor løpende vurderer sin uavhengighet pr prosjekt.

¹ Norges Kommunerevisorforbund



KONTROLLUTVALGET I ENGERDAL KOMMUNE

All forvaltningsrevisjon gjennomføres på bakgrunn av bestilling fra kontrollutvalget. På bakgrunn av bestillingen, lager revisjonen en prosjektplan. Små endringer i prosjektplan kan gjøres av sekretariatet, mens større endringer legges frem for kontrollutvalget. Oppdragsansvarlig revisor eller utførende revisor er til stede i kontrollutvalgets møte og presenterer rapporten og svarer på spørsmål.

Dersom en forvaltningsrevisjon behandles i kommunestyret er forvaltningsrevisor til stede i kommunestyrets møte. Dette følger av revisors møterett og -plikt i kommunel. § 24-3.

3.7 Budsjett for kontroll- og revisjonsarbeidet

Kontrollutvalget skal legge fram forslag til budsjett for kontroll- og revisjonsarbeidet i kommunen. Budsjettforslaget skal inneholde utgifter til kontrollutvalgets virksomhet, ramme for sekretariatets budsjett og ramme for revisjonens budsjett. Til sammen skal dette utgjøre funksjon 110 i KOSTRA-rapporteringen.

I kontrollutvalgets budsjett ligger godtgjørelser, utgifter til reise, kurs, bevertning mv. Hva som ligger i sekretariatets virksomhet går fram av pkt. 4.

Kontrollutvalgets la i 2021 frem følgende forslag til budsjett for kontroll og revisjonsarbeidet for **2022**, som fordeler seg slik:

		2021
Kontrollutvalget	Sum	67 000
Sekretariat	Ramme for virksomheten	173 000
Revisjonen	Ramme for virksomheten	652 000
Sum		892 000

Kommunestyret vedtok kontrollutvalgets forslag til budsjett for 2022. Regnskap i forhold til budsjett for sekretariatet og revisjonen vil bli avregnet etter medgått tid i de respektive regnskapsavslutningene for 2022.

Kontrollutvalget har behandlet forslag til budsjett for **hele kontroll- og revisjonsarbeidet for 2023**. Tallene går fram av vedlegget til årsrapporten (Oppfølgingslisten). Forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 2², sier at kontrollutvalgets forslag skal følge med formannskapetets innstilling til kommunens budsjett ved kommunestyrebehandlingen. Kommunestyret har vedtatt kontrollutvalgets forslag til budsjett for 2023.

3.7 Kontrollutvalgets rapportering

Kontrollutvalget har i 2022 gjennomført følgende rapportering:

- Kontrollutvalgets **årsrapport for 2021** ble oversendt og vedtatt av kommunestyret

² Forskrift (FOR-2019-06-17-904) iht. ny kommunelov.



KONTROLLUTVALGET I ENGERDAL KOMMUNE

- Kontrollutvalgets **årsrapport for 2022** – her fremkommer resultatet av gjennomført forvaltningsrevisjon for dette året.
- **Årsplanen for 2023** ble behandlet i kontrollutvalget 21.11.22 og oversendt kommunestyret til orientering.
- Rapporter etter gjennomførte revisjoner og eierskapskontroller er for øvrig sendt fortløpende til kommunestyret til orientering/behandling.

3.8 Øvrige aktiviteter

Kontrollutvalgets oppgaver er mange og store og det er behov for en jevnlig oppdatering av kunnskap hos medlemmene, samt det å treffes og ha kontakt med andre kontrollutvalg. For å følge opp dette kan nevnes:

- Noen av kontrollutvalgets medlemmer deltok på NKRFs digitale kontrollutvalgskonferanse i 2022 (digital). Det var også en Fagsamling på Gardermoen i april der det var anledning til å delta.
- Sekretariatet har sendt ut kopier av en del fagartikler («Fagstoff») knyttet til kontroll og revisjon. Dette er et tiltak som kan være nyttig for å holde seg oppdatert.
- Det ble gjennomført en felles fagdag sammen med Revisjon Øst for alle kontrollutvalgene i sekretariatets eierkommuner i juni 2022, jf. punkt 2.2.

Kontrollutvalget er opptatt av å gjøre kontrollutvalgets virksomhet mer synlig. Kontrollutvalget er omtalt på kommunens hjemmeside. Alle sentrale dokumenter og møteprotokoller fra kontrollutvalget finnes også på sekretariatets hjemmeside. Kontrollutvalgets møter er åpne.

4 SEKRETÆRFUNKSJON

Kontrollutvalgene i Eidskog, Elverum, Engerdal, Grue, Kongsvinger, Nord-Odal, Stor-Elvdal, Sør-Odal, Trysil, Våler, Åmot og Åsnes har i 2021 hatt felles sekretariat gjennom det interkommunale selskapet Konsek Øst IKS. Selskapet har hatt 3 ansatte (2.8 årsverk).

Det meste av tiden i sekretariatet er brukt på de ulike kontrollutvalgene. I kontrollutvalget i Engerdal er det behandlet 40 saker i 2022.

Under den største oppgaven - saksbehandling til kontrollutvalget, ligger all saksforberedelse og forskjellige undersøkelser til kontrollutvalget, herunder årsplaner og årsrapporter, møteinnkallinger med tilhørende bestillinger og avtaler, referater og oversendelse av vedtak til videre behandling og oppfølging av vedtak.



KONTROLLUTVALGET I ENGERDAL KOMMUNE

Sekretariatets konsulent var ansatt i vikariat frem til 1. april. Det ble ansatt ny fast konsulent fra 8. mars slik at det var noe overlapping for nødvendig opplæring. Det har ellers ikke vært unormal tidsbruk eller ekstra kostnader i forhold til et normalår.

Den øvrige tidsbruken i sekretariatet har gått til saksbehandling og møter i styret og representantskapet, administrasjon/IT/kontor/arkiv, kurs og reiser til og fra møter i kommunene.



I henhold til selskapsavtalen blir 60 % av kommunenes betaling for sekretariatstjenesten fordelt etter tidsbruken i kontrollutvalgene i ettertid. De øvrige 40 % blir fordelt etter innbyggertall.

5 Avsluttende kommentarer

Kontrollutvalget har en viktig oppgave med å kontrollere kommunens virksomhet, sammen med revisjonen og sekretariatet. Kontrollutvalget er avhengig av et samarbeid mellom sekretariatet og revisjonen, og dette samspillet har fungert bra også i 2022.

Kontakten mot kommunen, spesielt ordføreren og kommunedirektøren, har også vært nyttig. Kontrollutvalget mener at samtalene som gjennomføres i kontrollutvalgsmøtene, bidrar positivt til felles nytte.

Engerdal, 6.3.23

Thor Haugen
leder kontrollutvalget

Kristin Moe
Avdelingsleder/sekretær

Oppfølgingsliste

Møte	Saknr.	Sak	Vedtak	Sendes/ behandles	Behandlet	Oppfølging	Ferdig
28.3.	1/22	Godkjenning innkalling/sakliste	Innkalling/sakliste godkjennes		KU		x
	2/22	Godkjenning protokoll 29.11.21	Protokoll fra 29.11.21 godkjennes. Kontrollutvalget ønsker for ettertiden at «saksframstilling» ikke legges inn i protokollen, bare forslag til vedtak/innstilling, møtebehandling, votering og vedtak.		KU		X
	3/22	Orientering fra kommunedirektør	Kontrollutvalget tar redegjørelsen fra kommunedirektøren og ordfører/varaordfører til orientering		KU		x
	4/22	Interimrapport regnskapsrevisjon, regnskapsåret 2021	Kontrollutvalget tar revisjonens rapportering til orientering		KU		X
	5/22	Statusrapport revisjon 2. halvår 2021	Kontrollutvalget tar statusrapport pr. 2. halvår 2021 til orientering		KU		X
	6/22	Benchmarking – Revisjon Øst IKS	Kontrollutvalget tar presentasjonen til Revisjon Øst IKS til orientering		KU		X
	7/22	Vurdering av oppdragsansvarlig regnskapsrevisors (RR) uavhengighet	Kontrollutvalget tar oppdragsansvarlig revisor egenvurdering av uavhengighet i revisjonsoppdraget for revisjonsåret 2022 til orientering.		KU		X
	8/22	Vurdering av oppdragsansvarlig forvaltningsrevisors (FR) uavhengighet	Kontrollutvalget tar oppdragsansvarlig revisor sin egenvurdering av uavhengighet i revisjonsoppdraget for revisjonsåret 2022 til orientering.		KU		X
	9/22	Vurdering av KU's påseansvar for regnskapsrevisjon og forvaltningsrevisjon for 2021	Kontrollutvalget slutter seg til vurderingene som går fram av vedlegg «Kontrollutvalgets påseansvar for regnskapsrevisjon og forvaltningsrevisjon pr. 31.12.2021»		KU		X
	10/22	Kontrollutvalgets årsrapport 2021	1. Kontrollutvalgets årsrapport for 2021 vedtas med endringer gjort i møtet. 2. Saken sendes kommunestyret med følgende forslag til vedtak: Kommunestyret tar kontrollutvalgets årsrapport for 2021 til orientering.	KS	KU		X
	11/22	Kontrollutvalgets egenevaluering 2021	Kontrollutvalget ser ikke behov for en egen sak med egenevaluering. Dette tas opp fortløpende om nødvendig.		KU		X
	12/22	Eventuelt	Det ble ikke lagt fram noe under eventuelt				
30.5.	13/22	Godkjenning innkalling/sakliste	Innkalling/sakliste godkjennes		KU		X
	14/22	Godkjenning av protokoll fra 28.3.22	Protokoll fra 28.3.22 godkjennes		KU		X
	15/22	Kontrollutvalgets uttalelse til Engerdal kommuneskoger KF 2021	Kontrollutvalgets uttalelse til årsregnskap og årsberetning for Engerdal kommuneskoger KF for 2021, oversendes kommunestyret, med kopi til foretakets styre og formannskapet	KS	KU		X



KONTROLLUTVALGET I ENGERDAL KOMMUNE

	16/22	Årsavslutningsbrev Engerdal kommuneskoger KF	Kontrollutvalget tar årsavslutningsbrev fra Revisjon Øst IKS til orientering.		KU		X
	17/22	Kontrollutvalgets uttalelse til Engerdal kommunes årsregnskap/årsberetning	Kontrollutvalgets uttalelse til Engerdal kommunes årsregnskap og årsberetning for 2021, oversendes kommunestyret med kopi til formannskapet	KS	KU		X
	18/22	Årsavslutningsbrev 2021	Kontrollutvalget tar saken årsavslutningsbrev fra Revisjon Øst IKS til orientering og følger opp saken igjen i løpet av høsten 2022		KU		X
	19/22	Kontrollutvalgets regnskap 2021	Kontrollutvalget tar kontrollutvalgets regnskap for 2021 til orientering		KU		X
	20/22	Eventuelt	Det var ingen sak under Eventuelt		KU		X
	21/22	Referatsaker	Referatsaker tas til orientering		KU		X
19.9.	22/22	Godkjenning innkalling/sakliste	Innkalling/sakliste godkjennes		KU		X
	23/22	Godkjenning av protokoll fra 30.5.22	Protokoll fra 30.5.22 godkjennes		KU		X
	24/22	Orientering	Kontrollutvalget tar redegjørelsene til orientering Kontrollutvalget har behandlet anonym henvendelse av 10.6.2022 Med bakgrunn i denne henvendelsen ønsker kontrollutvalget å få opplyst fra kommunedirektøren hvor og hvordan anbudsdokumentene knyttet til inngåelse av ny kontrakt på slamtømming har vært oppbevart i kommunen, og hvem som er gitt tilgang til å kunne ha innsyn i disse taushetsbelagte opplysningene, enten elektronisk eller på papir.		KU	Ok iflg. mail av 27.9.22 fra kom.dir.	X
	25/22	Rapportering til kontrollutvalget om «forenklet etterlevelseskontroll av økonomiforvaltningen»	Kontrollutvalget tar revisjonens rapportering til orientering		KU		X
	26/22	Statusrapport revisjon 1. halvår 2022	Kontrollutvalget tar statusrapport pr 1. halvår 2022 til orientering		KU		X
	27/22	Oppdragsavtale med Revisjon Øst IKS 2023	Oppdragsavtale med Revisjon Øst IKS for 2023 godkjennes under forutsetning av kommunestyrets budsjettvedtak for 2023		KU		X
	28/22	Budsjett kontroll og revisjonsarbeidet 2023	Vedlagt budsjett med en ramme på kr 831 000,- oversendes kommunestyret som kontrollutvalgets forslag til budsjett for kontroll og revisjonsarbeidet i Engerdal kommune 2023. Forslaget følger formannskapets innstilling til kommunestyret vedrørende budsjettet for Engerdal kommune 2023.	KS	KU		X
	29/22	Eventuelt	Det ble ikke lagt fram noe under Eventuelt		KU		X
	30/22	Referatsaker	Referatsaker tas til orientering		KU		X
21/22	31/22	Godkjenning innkalling/sakliste	Innkalling/sakliste godkjennes		KU		X
	32/22	Godkjenning av protokoll 19.9.	Protokoll fra 19.9. godkjennes		KU		X
	33/22	Henvendelse til kontrollutvalget	Møtet ble lukket under behandling av saken jf. Kom.l. § 11-5 2. ledd og off.lova § 24 Kontrollutvalget har mottatt en henvendelse av 19.9.22	KS	KU	Ok	X



KONTROLLUTVALGET I ENGERDAL KOMMUNE

			Kontrollutvalget ber Revisjon Øst IKS undersøke de spørsmål og påstander som er reist. Undersøkelsen vil ha fokus på om lov om offentlige anskaffelser er etterlevd Arbeidet starter i januar 2023 og ferdigstilles i mars 2023 Kontrollutvalget ber kommunestyret om en tilleggsbevilgning på inntil kr 55 000				
	34/22	Orientering om revisjonsstrategien 2022	Møtet ble lukket under den del av saken som gjaldt presentasjon av vesentlighet, identifiserte risikofaktorer jf. offentlighetsloven § 24 og Kontrollutvalget tar orienteringen om revisjonsstrategien for revisjonsåret 2022 til orientering.		KU		X
	35/22	Plan om forenklet etterlevelseskontroll	Kontrollutvalget tar «Plan for etterlevelseskontroll 2022» til orientering		KU		X
	36/22	Orientering	Saken går ut		KU	Tas i neste møte	X
	37/22	Kontrollutvalgets årsplan 2023	Kontrollutvalget vedtar den foreslåtte årsplanen og sender den til kommunestyret for orientering	KS	KU		X
	38/22	Møtekalender 2023	Kontrollutvalget vedtar vedlagte møteplan for 2023		KU		X
	39/22	Eventuelt	Det ble ikke lagt frem noe under Eventuelt		KU		X
	40/22	Referatsaker	Referatsaker tas til orientering		KU		X



KONTROLLUTVALGET I ENGERDAL KOMMUNE

Forvaltningsrevisjoner/eierskapskontroller	Frist	Notater
Prosjektplan bestilt 1.mars 2021 – «Kompetanse i kommunens organisasjon», og «Styring og drift av pleie- og omsorgstjenesten». Disse slås sammen til ett prosjekt.		Prosjektet ferdigstilles i løpet av 2022 Prosjektet er forsinket, behandles på første møte i 2023

Kontrollutvalgets budsjett		2023
Kontrollutvalget	Sum	61 000
Sekretariat	Ramme for virksomhet	176 000
Revisjon	Ramme for virksomhet	594 000
Sum		831 000

Arkivsak-dok. 21/00016-17
Saksbehandler Gunvor Kristin Moe

Saksgang
Engerdal kontrollutvalg 2019 - 2023

Møtedato
06.03.2023

SAK EN-13/23 EVENTUELT

Forslag til vedtak/innstilling:

Saken legges fram uten forslag til vedtak

Vedlegg:

Ingen

Saksframstilling:

Arkivsak-dok. 21/00022-14
Saksbehandler Gunvor Kristin Moe

Saksgang
Engerdal kontrollutvalg 2019 - 2023

Møtedato
06.03.2023

SAK EN-14/23 REFERATSAKER

Forslag til vedtak/innstilling:

Referatsaker tas til orientering

Vedlegg:

1. MHBR IKS – representantskapsprotokoll 14.11.22
2. MHBR IKS – innkalling styremøte 5.12.22
3. MHBR IKS – styreprotokoll 5.12.22

Saksframstilling:

Representantskapsprotokoll

Midt-Hedmark brann- og redningsvesen IKS

Sted/dato: Representantskapsmøte Kommunehuset i Folldal, mandag 14. november 2022 kl. 10:00

Tilstede:

Repr. skapets ordfører:	Eldri Svisdal
Representanter:	Dag Martin Bakken
	Ida Kristine Teien
	Mona Murud
	Johnny Hagen
	Kristin Langtjernet
	Øyvind Øien
	Linda Døsen Stubsveen
	Jørn Heiberg
	Even Moen
	Erik Sletten
	Merete M. Moen
	Nils P. Hagen
	May-Liss Sæterdalen
	Hans Robert Morønning
	Marianne Kjellgren
	Rune Sørлие

Vararepresentanter: Øyvind Lien

Brannsjef:	Trond Joar Kjenstadbakk
Styrets leder:	Sven Inge Sunde
Referent:	Lena Lundby
Økonomirådgiver:	Linda Alette Løkken
Varabranssjef/avd.leder:	Knut Bjørnseth

Forfall: Snorre Lillebo, Linda Nathalie Foss, Ketil Øien, Liz Bjørseth, Ann Kristin L. Sandvik

Ikke møtt: Einar Hilmarsen

Eldri Svisdal ønsket alle velkommen til representantskapsmøte.

Saksnr. Sak

07/22	<p>GODKJENNING AV MØTEINNKALLING OG SAKLISTE</p> <p>Vedtak: Innkalling og sakliste av 17. oktober 2022 ble godkjent, og ordføreren erklærte møtet for lovlig satt.</p> <p>Saksopplysninger: Ordføreren refererte til innkalling av 17.10.22, med spørsmål om forsamlingen hadde innvendinger mot innkalling og sakliste.</p>
08/22	<p>VALG AV 2 REPRESENTANTER TIL Å UNDERTEGNE PROTOKOLLEN</p> <p>Forslag: Marianne Kjellgren og Even Moen.</p>

Vedtak: Marianne Kjellgren og Even Moen ble valgt til å undertegne protokollen sammen med ordfører.

09/22 **BRUKERBETALING 110**

Styrets forslag til vedtak: Representantskapet tar den fremlagte orienteringen til etterretning og oppfordrer medlemmene i representantskapet til å løfte saken gjennom KS på vegne av egne kommuner.

Saksopplysninger: Ekstra kostnader for drift og utvikling av 110-sentralen har vært et gjennomgående tema for selskapet over lang tid. I budsjettprosessen for 2022 ble det i styremøte og representantskapet vedtatt at det varslede tillegget skulle sendes eierkommunene, og ikke dekkes av selskapets budsjett.

Tabellen under viser økonomisk utvikling og vedtatt kostnad.

År	Brukerbetaling pr. innbygger	Grunnlag innbyggere	SUM	Totalt	Merknad
2018	46,12	48 132	2 219 848	2 873 711	Tilleggsfaktura - flytting av 110
	13,58		653 863		
2019	47,50	48 127	2 286 033	2 286 033	
	Intet ekstra		0		
2020	56,00	48 127	2 695 112	2 765 859	Økning av bemanning 110, trinn 1 Underskudd 2019
	1,47		70 747		
2021	65,50	47 851	3 134 241	3 837 172	Økning av bemanning 110, trinn 2 Oppgradering 110 diverse
	14,69		702 931		
2022*	65,50	55 078	3 607 609	4 185 928	Oppgradering 110 diverse
	10,50		578 319		

Sum markert i gult viser totalsum som skal dekkes av eierkommuner.

20. april 2022 mottok MHBR ny informasjon, hvor det er på kommet ytterligere ekstrakostnader knyttet til investeringene nasjonalt i regi av NKS 110 IKS (Nasjonalt kommunesamarbeid for 110-sentralene IKS).

Tabell under viser ny total kostnad for 110, samt differansen på varslet økning og faktisk økning.

2022*	65,50	55 078	3 607 609	4 984 559	Oppgradering 110 diverse
	25,00		1 376 950		
	Differanse		798 631		

For MHBR/eierkommuner i MHBR utgjør økningen i underkant av 800' totalt.

Utviklingen som beskrives over underbygger de problemstillinger som selskapet tidligere har fremlagt for både styre og representantskap. Det er svært krevende å få tilstrekkelig informasjon og grunnlag for å legge inn i budsjetter.

Brannsjef har gjennom samhandlingsmøter igjen påpekt denne problemstillingen i brannsjefutvalg Innlandet. Problemstillingen er av nasjonal karakter, og ikke bare for vår region som tidligere påpekt.

Gjennom diskusjon i representantskapet nå sist er det en klar oppfatning at denne saken bør løftes politisk, samt inn i de planlagte utredninger som er signalisert. Det gjelder både totalberedskapskommissjonen, samt den varslede gjennomgangen av brann og redning fra regjeringens side.

Når det gjelder den nå sist påkomne økningen vist i tabell over på i underkant av kr 800', er administrasjonens vurdering at den dekkes av selskapets midler. Det blir således en deling av hvem som dekker ekstrautgifter, med den først varslede økningen som tas av eierkommunene, mens den siste tas av selskapet. Kombinert med regnskapsrapport for 2022 vurderes det som forsvarlig å gi denne anbefalingen.

Styret i MHBR IKS vedtok på styremøte i juni 2022 at den siste påkomne økningen dekkes av

selskapets midler.

Signaler 2023:

Som tidligere år er det signalisert fra 110 Innlandet at det også for neste år vil komme en ekstra kostnad ut over driften. Drift av 110 Innlandet er beregnet til kr 68,- pr innbygger for 2023. Ut over det signaliseres det en tilleggs faktura på ca. kr 32,- pr innbygger for investeringer som er nasjonalt styrt. Administrasjonen har lagt til grunn at brukerbetaling for drift av 110 Innlandet dekkes av MHBR IKS, mens tilleggs faktura for nasjonale investeringer betales av eierkommunene direkte.

Brannsjef har sendt et skriv til alle kommunedirektører med en forklaring på forholdene rundt 110. Dette skrevet ligger vedlagt sakspapirene.

Styret og administrasjonen har i flere møter diskutert og behandlet ulike aspekter rundt 110. I forkant av styremøte i juni 22 sendte brannsjefen ut en forespørsel til alle kommunedirektører med fokus på økonomi. Det ble skissert to modeller. Den ene gikk ut på å håndtere kostnader 110 som i dag. Den kan beskrives med at drift av 110 Innlandet dekkes av MHBR (som er hoved finansiert av eiertilskudd), mens ekstrautgifter vurderes i hvert enkelt tilfelle.

Modell 2 beskriver at brukerbetaling for 110 går direkte til eierkommuner i MHBR IKS, uten at selskapet er involvert.

De tilbakemeldinger som ble mottatt fra kommunedirektørene gikk ensidig i retning av å beholde dagens løsning (modell 1).

Noe av diskusjonen dreier seg ulike beregningsmodeller, hvor 110 fakturerer basert på innbyggertall, mens MHBR i sin Selskapsavtale benytter eierandel. Naturligvis gir disse to ulike beregningsmetoder ulike summer.

Tabell under viser forskjell på innbyggertall versus eierandel:

	Innbyggerantall	Eierandel
	% -vis av hele MHBR	
Åsnes	13,05	11,30 %
Våler	6,51	7,64 %
Elverum	38,80	33,22 %
Trysil	11,95	11,19 %
Engerdal	2,27	3,64 %
Stor-Elvdal	4,20	5,41 %
Rendalen	3,12	5,32 %
Alvdal	4,43	4,97 %
Folldal	2,77	3,55 %
Tynset	10,10	10,92 %
Tolga	2,81	2,84 %

Setter man kostnadene for 110 i 2022 inn i de ulike beregningsmetodene gir det følgende resultat:

Tabell 110 kostnader totalt for 2022

	Antall	%-vis av hele MHBR	Kostnad fordelt etter innbyggertall	Eierandel MHBR	Kostnad fordelt på eierandel	Differanse	%-vis differanse
Åsnes	7 211	13,05	652 596	11,3	564 973	-87 622	-13,43
Våler	3 597	6,51	325 529	7,64	381 982	56 453	17,34
Elverum	21 435	38,80	1 939 868	33,22	1 660 921	-278 946	-14,38
Trysil	6 603	11,95	597 572	11,19	559 473	-38 098	-6,38
Engerdal	1 253	2,27	113 397	3,64	181 991	68 595	60,49
Stor-Elvdal	2 318	4,20	209 779	5,41	270 487	60 708	28,94
Rendalen	1 722	3,12	155 841	5,32	265 987	110 146	70,68
Alvdal	2 445	4,43	221 273	4,97	248 488	27 216	12,30
Folldal	1 530	2,77	138 465	3,55	177 492	39 027	28,19
Tynset	5 581	10,10	505 081	10,92	545 974	40 894	8,10
Tolga	1 551	2,81	140 366	2,84	141 993	1 628	1,16
	55 246	100,00					
	Innbyggertall						
		90,5					
		4 999 763					

Kostnad MHBR 14,5 kr pr Innbygger
Totalsum MHBR (55 246)

Tabellen viser at dersom en sammenligner de to beregningsmåtene gir det svært ulik utslag for eierkommunene. Det må samtidig legges til at bakgrunnen for eierandel baserer seg på flere faktorer enn innbyggertall. Det er årsaken til differansen som fremgår av tabell. Denne saken vil bli gjenstand for videre oppfølging av administrasjonen i tett dialog med styret.

Brannsjefen ga en utfyllende informasjon om saken bl.a. historikken på kostnadsutviklingen for 110.

Forslag om at administrasjonen lager et saksframlegg til politisk behandling i kommunestyrene. Saken ble diskutert. Forslag om å få bistand fra KS og be Samfunnsbedriftene om å løfte saken sentralt.

Vedtak: Forslag til vedtak enstemmig vedtatt.

10/22 ØKONOMI – OG INVESTERINGSPLAN 2023-2026

Styrets forslag til vedtak: Representantskapet vedtar forslaget til investerings- og økonomiplan 2023-2026 for Midt-Hedmark brann- og redningsvesen IKS.

Saksopplysninger: **Økonomiplanen** bygger på budsjettet for 2023. På inntektssiden foreligger det en økning som følge av økt tilskudd fra eierne jf. tidligere vedtak i styremøte 18.05.2020 og i representantskapsmøte 09.06.2020. Økningen er i henhold til planen om å komme i balanse etter flere års planlagt bruk av egenkapital. Vi ser at vi må øke tilskuddet noe mer enn pris- og lønnsvekst for å gå i balanse. Tilskuddet i årene fremover blir gjenstand for en prosess med tanke på utviklingen av selskapet. Det er noe reduksjon i variabel inntekt, mens ABA-inntektene øker. Det er ingen økning på gebyr for feiing og tilsyn for 2023. Fra og med 2024 er det lagt inn 3% økning.

På kostnadssiden ligger 110-Innlandet inne med ordinær brukerbetaling uten ekstra kostnad. På lønnskostnader ligger det en ansatt ekstra og en prosjektstilling inne på selvkostområdet. Prosjektstillingen blir trukket ut igjen i 2024. Det blir økte avskrivninger fra og med 2023 ut fra nye investeringer. På annen driftskostnad er det lagt inn større økning på kostnader for drivstoff, husleie og forsikringer. Nye systemverktøy på selvkostområdet er også kommet inn og vil øke

kostnadene noe fremover. Vi har samtidig redusert noen kostnader på drift. Fra og med 2024 er det lagt inn 3% i pris- og lønnsvekst.

Låneforpliktelse er lagt inn med opptak av lån jf. investeringsplan, og det er beregnet avdrag og renter.

Investeringsplanen viser alle investeringer som skal aktiveres i balansen. Det betyr at de bokføres som en eiendel og avskrives over antatt levetid.

Beredskap: Nye mannskapsbiler i 2023 og 2025. Tankbiler må skiftes ut jevnlig. Andre investeringer er røykdykkerbil, kipp-bil, bytte av ATV og transporthengere, skogbrannutstyr, frigjøringsverktøy, kompressorer, røykvifter og løfteputer.

Feiing: Snøscooter med henger og slede.

Økonomirådgiver gikk igjennom økonomi- og investeringsplan for 2023-2026.

Vedtak: Forslag til vedtak enstemmig vedtatt.

11/22 DRIFTSRAMME 2023

Styrets forslag til vedtak: Representantskapet vedtar forslaget til driftsramme for 2023.

Saksopplysninger: Det er for 2023 en rammeøkning jf. vedtak i styremøte fra 18.05.2020 sak 10/20 og i representantskapsmøte 09.06.2020 sak 12/20. I tillegg kommer særavtale vakttillegg som var gjeldende fra og med 2022.

Det er lagt inn en kolonne for ekstrakostnader til 110. Dette vil komme i tillegg til ordinær ramme for 2023.

Det er gjort en vurdering sammen med revisor angående egenkapitalnivå. Forsvarlig egenkapital må sees opp mot langsiktig drift, risiko, investeringsbehov og likviditeten i selskapet. Egenkapitalprosenten bør ikke komme under 25%. Likviditetsgraden bør ikke komme under verdien 2.

Både en egenkapitalprosent på 25 og en likviditetsgrad på 2 er anbefalte minimumsnivå. Det vil si at jo nærmere vi er minimumsnivåene, jo mindre spillerom har vi til uforutsette utgifter og investeringer.

MIDT-HEDMARK BRANN- OG REDNINGSESEN IKS											
RAMME 2023											
Kommuner	Ramme 2020	Ramme 2021	Ramme 2022	Ramme 2022 110	Ramme 2022 Særavtale	Ramme 2022 Totalt	Ramme 2023	Ramme 2023 Særavtale	Ramme 2023 Totalt	Ekstra 2023 110	Fordelings- nøkkel
Våler	3 689 458	4 020 970	4 416 722	37 664	72 000	4 526 386	4 626 800	72 000	4 698 800	115 100	7,64 %
Engerdal	1 778 842	1 915 750	2 104 302	13 125	0	2 117 427	2 204 400	0	2 204 400	40 100	3,64 %
Trysil	5 422 018	5 889 353	6 468 995	69 090	0	6 538 085	6 776 600	0	6 776 600	211 300	11,18 %
Elverum	16 109 733	17 483 852	19 204 648	223 566	0	19 428 214	20 117 900	0	20 117 900	685 900	33,22 %
Stor-Elvdal	2 638 088	2 847 310	3 127 548	24 969	108 000	3 260 517	3 276 300	108 000	3 384 300	74 200	5,41 %
Alvdal	2 398 057	2 615 736	2 873 182	25 253	108 000	3 006 435	3 009 800	108 000	3 117 800	78 200	4,97 %
Rendalen	2 604 319	2 799 943	3 075 519	18 281	108 000	3 201 800	3 221 800	108 000	3 329 800	55 100	5,32 %
Folldal	1 695 350	1 868 383	2 052 273	15 939	108 000	2 176 212	2 149 900	108 000	2 257 900	49 000	3,55 %
Tynset	5 300 762	5 747 251	6 312 907	58 139	45 000	6 416 046	6 613 100	45 000	6 658 100	178 600	10,82 %
Tolga	1 393 918	1 494 706	1 641 818	16 412	90 000	1 748 230	1 719 900	90 000	1 809 900	49 600	2,84 %
Åsnes			6 532 586	75 884	0	6 608 470	6 843 200	0	6 843 200	230 800	11,30 %
Sum	43 030 545	46 683 254	57 810 500	578 322	639 000	59 027 822	60 559 700	639 000	61 198 700	1 767 900	100,00 %

Økonomirådgiver ga en utfyllende info om driftsramma for 2023. Styreleder ga en kort info om hvordan styret jobber og tenker ifht. økonomisk styring og sparetiltak for selskapet. Diskusjon

	<p>rundt saken.</p> <p>Vedtak: Forslag til vedtak enstemmig vedtatt.</p>
12/22	<p>GEBYRREGULATIV 2023</p> <p>Styrets forslag til vedtak: Representantskapet vedtar forslaget til gebyrregulativ 2023 for Midt-Hedmark brann- og redningsvesen IKS.</p> <p>Saksopplysninger: 3% pris- og lønnsvekst er lagt til grunn for økningen av gebyrene, unntatt er feie-/tilsynsgebyret som blir uendret i 2023. Årsaken til at feie-/tilsynsgebyret holdes uendret i 2023 er i forhold til selvkostfondet som har økt de siste to driftsårene. For ikke å ende opp i et for stort selvkostfond anbefaler derfor administrasjonen og styret at gebyret ikke økes i 2023.</p> <p>Vedtak: Forslag til vedtak enstemmig vedtatt.</p>
13/22	<p>GJENNOMGANG AV INTERKOMMUNALE SAMARBEID MED MÅL OM KOSTNADSEFFEKTIV DRIFT</p> <p>Forslag til vedtak: Representantskapet tar saken til orientering, og vedtar ut fra en helhetsvurdering at tiltaket ikke iverksettes for selskapet.</p> <p>Saksopplysninger: Saken har vært til diskusjon og behandling i styret. Den ble også kort presentert på forrige representantskapsmøte i april 2022. Under sees mandat som er mottatt fra SØIPR:</p> <p>SAK 03/22 MANDAT FOR GJENNOMGANG AV INTERKOMMUNALE SAMARBEID MED MÅL OM KOSTNADSEFFEKTIV DRIFT</p> <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Styret for SØIPR ønsker at kommunene i Sør-Østerdalsregionen i fellesskap iverksetter en gjennomgang av interkommunale selskaper hvor kommunene er medeiere, med mål om kostnadseffektiv drift. 2. Eierkommuner i selskapene som omfatter andre enn Sør-Østerdalsregionen og Kongsvingerregionen inviteres til å delta i gjennomgangen. Gjelder særlig MHBR. 3. Gjennomgangen av selskapene iverksettes etter at styrene og representantskapene i selskapene er orientert om vedtaket (pkt. 1), og eierkommunene har vedtatt at gjennomgangen skal iverksettes. 4. Ordfører i hver av kommunene tar ansvar for at gjennomgangen blir forankret og behandlet i eget formannskap og kommunestyre. 5. Arbeidet skal gjennomføres slik at eventuelle effektiviseringsgevinster kan innarbeides i selskapenes og kommunenes budsjetter fra og med 2023. <p>20. mai 22 mottok selskapet, styreleder og leder representantskap mail hvor følgende ble meddelt:</p> <p><i>«Sør-Østerdalsregionen interkommunalt politisk råd (SØIPR) ønsker å vurdere å iverksette en gjennomgang av interkommunale selskaper hvor kommunene er medeiere, med mål om kostnadseffektiv drift.</i></p> <p><i>Flere av selskapene som kommunene er medeiere i, er en del av gjennomgangen som Kongsvingerregionen allerede har igangsatt.</i></p> <p><i>Når det gjelder MHBR er i tillegg til kommunene i Sør-Østerdalen kommunene Åsnes, Rendalen, Folldal, Alvdal, Tynset og Tolga medeiere.</i></p>

Det forutsettes at alle eierkommune er enig før en prosess med å gjennomføre en eventuell gjennomgang iverksettes.

20.05.2022 ble det avholdt et Teams møte med ordførerne i kommunene Tynset, Rendal, Folldal og Åsnes hvor spørsmålet om en eventuell gjennomgang av MHBR ble diskutert.

Konklusjon ble at saken oversendes representantskapet, hvor alle eierkommunene er representert, for vurdering av om saken skal følges opp og en gjennomgang med mål om kostnadseffektiv drift skal iverksettes eller ikke.»

Administrasjonens vurdering og anbefaling:

MHBR har i løpet av de siste årene arbeidet strukturert og målrettet med å utvikle gode plandokumenter for både langsiktig styring i form av Strategisk Plan (4-årsplan), samt ny Virksomhetsplan med underliggende styrende dokumenter i form av investeringsplaner, kompetanseplaner og utskiftinger av kjøretøy.

Parallelt med dette arbeidet er det innført en strukturert rapportering både internt i selskapet, men også til styre og representantskap.

Mål og tiltak er i høy grad fokusert mot utvikling av selskapet både når det gjelder effektivitet, men også kvalitetshevende tiltak. Det gjennomføres solide prosesser på ledernivå i forbindelse med planlegging av budsjett kommende år, hvor det drives utstrakt prioritering for å holde kostnader nede.

Tiltaket som er stipulert å gjennomføre fra SØIPR sin side vil kreve relativt store ressurser fra både ledelsen og administrasjonen sin side. Kapasiteter som da må omprioriteres i forhold til planlagt aktivitet. Selskapet besitter en meget tynt oppsatt administrasjon, noe som gjør et slikt tiltak relativt omfattende ressursmessig.

Selskapet er av den oppfatning at fokus på effektivitet, rasjonalisering, kvalitetsheving og utvikling generelt er svært viktig, og at det er kan være meget sunt å gjennomføre slike tiltak. Allikevel er administrasjonen av den oppfatning at det som etterspørres og pekes på i stor utstrekning allerede er igangsatt og gjennomføres til daglig i selskapet, og ikke som et særskilt tiltak.

Administrasjonen anbefaler derfor at tiltaket slik det beskrives ikke iverksettes slik det er beskrevet, men heller at de allerede igangsatte prosesser følges opp i våre etablerte styringslinjer i styret og representantskapet.

Protokollført fra styremøte 20.06.22

Brannsjefen ga en oppdatering av saken i tillegg til informasjon om vurderingen som er gjort fra administrasjonen. Styremedlemmene kom med innspill, bl.a. at brannsjefen er rundt i alle kommunestyrene 2. hvert år og informerer om MHBR IKS.

Styrets vedtak:

Styret tar saken til orientering, og anbefaler overfor Representantskapet ut fra en helhetsvurdering at tiltaket ikke iverksettes.

Brannsjefen ga en utfyllende info om saken, bl.a. vurderingen som er gjort fra MHBR og styret. Diskusjon rundt saken og det kom innspill bl.a. om å kunne ta en ev. benchmarking eller sammenligne viktige tall fra andre tilsvarende brannvesen. De fleste var enige om at det bør gjennomføres en kontroll. Men det er også mulighet for å kunne sett på hva en benchmarking hadde vist. Viktig å vite hva som er årsaken til gjennomgangen og jobben som skal til å få utført den.

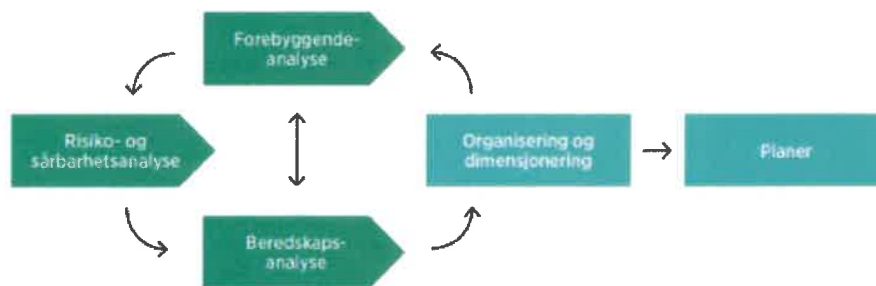
Brannsjefen svarte ut spørsmålene og begrunnet vedtaket iht. diskusjonen om saken som var i representantskapsmøtet i april.

	<p><i>Det er ønskelig med noen sammenligninger og hvilke konsekvenser det får for selskapet hvis bevilgningene som er satt opp iht. budsjett ikke blir innvilget. Sammenstillinger som benchmarking med andre brannvesen kan være aktuelt å bruke. Forslag om at styret kommer med noen forslag til en tilnærming for gjennomgang til representantskapet.</i></p> <p>Forslag til vedtak til votering: Forslag til vedtak 1 fra Erik Sletten: Representantskapet tar saken til orientering, og vedtar ut fra en helhetsvurdering at tiltaket iverksettes for selskapet.</p> <p>Forslag til vedtak 2 fra Eldri Svisdal: Representantskapet tar saken til orientering, og vedtar ut fra en helhetsvurdering at tiltaket sees i sammenheng med og innarbeides i planlagt analysearbeid i henhold til ny forskrift, jf. sak 14/22.</p> <p>Vedtak: Representantskapet tar saken til orientering, og vedtar ut fra en helhetsvurdering at tiltaket sees i sammenheng med og innarbeides i planlagt analysearbeid i henhold til ny forskrift, jf. sak 14/22, ble vedtatt med 11 mot 7 stemmer.</p>
14/22	<p>FOREBYGGENDE- OG BEREDSKAPSANALYSE</p> <p>Styrets forslag til vedtak: Representantskapet tar informasjon om analysearbeidet til etterretning.</p> <p>Saksopplysninger: Ny Forskrift om organisering, bemanning og utrustning av brann- og redningsvesen og nødmeldesentralene (brann- og redningsvesenforskriften) ble gjeldende fra 1. mars 2022. Denne stiller krav om TO nye analyser for brann- og redningsvesen i Norge. Henholdsvis Forebyggendeanalyse og Beredskapsanalyse.</p> <p>§ 8. Forebyggendeanalyse og krav til bemanning «Brann- og redningsvesenet skal utarbeide en forebyggendeanalyse på bakgrunn av</p> <ol style="list-style-type: none"> risiko- og sårbarhetsanalysen etter forskriften § 7, oppgavene i brann- og eksplosjonsvernloven § 11 og forskrifter gitt i medhold av denne. <p>Forebyggendeanalysen skal identifisere hvilken personell og hvilken kompetanse som er nødvendig for å sikre et tilfredsstillende forebyggende arbeid.</p> <p>Brann- og redningsvesenet skal ha personell til brannforebyggende arbeid etter forskrift 17. desember 2015 nr. 1710 om brannforebygging, og dette skal utføres med minst 0,1 årsverk per 1 000 innbyggere i ansvarsområdet. I tillegg til personell til brannforebyggende arbeid gjelder krav til årsverk til leder for forebyggendearbeid, jf. forskriften § 11, og krav til bemanning ved feiing og tilsyn med fyringsanlegg etter forskrift 17. desember 2015 nr. 1710 om brannforebygging § 17.»</p> <p>§ 9. Beredskapsanalyse «Brann- og redningsvesenet skal utarbeide en beredskapsanalyse på bakgrunn av risiko- og sårbarhetsanalysen og forebyggendeanalysen, jf. forskriften § 7 og § 8. Beredskapsanalysen skal besvare i hvilken grad brann- og redningsvesenet er organisert, utrustet og bemannet til å håndtere den kartlagte risikoen og sårbarheten, jf. forskriften § 7.</p> <p>Beredskapsanalysen skal identifisere og vurdere hvilke ressurser, som utstyr, personell og kompetanse, som er nødvendig for å kunne håndtere dimensjonerende hendelser på en tilfredsstillende måte.</p> <p>Vurderingen av antall personer i beredskapsstyrken, vaktberedskapen, antall vaktlag, reservestyrken og lokaliseringen av beredskapsstyrken, jf. forskriften § 13, § 15, § 16 og § 17, skal omfatte</p>

- a. *risikoen i ansvarsområdet*
- b. *kravet til utrykningstid*
- c. *oppmøtetiden for personellet som skal møte til førsteinnsats og videre innsats, og samarbeid med andre brann- og redningsvesen.»*
- d.

Videre er det fra DSB sin side utarbeidet en egen «Veileder til beredskapsanalyse for brann- og redningsvesenet og nødmeldesentralene». Denne beskriver både beredskapsanalysen og forebyggendeanalysen.

Figur fra veileder viser sammenhengen mellom ROS, forebyggende – og beredskapsanalyse:



Begge analysene er relativt omfattende og MHBR har arbeidet med analysene siden 2021, da det ble klart at kravet ville komme. MHBR har videre valgt å gjennomføre begge analysene ved hjelp av egne ressurser, og ikke leie inn ekstern støtte i form av konsulent slik mange brann og redningsvesen har gjort. Styrken ved vårt valg er meget god innsikt i grunnlag, vurderinger og konklusjoner som vil ligge til grunn. På en annen side er dette helt klart svært ressurskrevende for flere av våre ledere.

Oppsummert skal begge analysene resultere i en konklusjon for dimensjonering av og kompetanseplan for forebyggende avdeling, samt dimensjonering, organisering samt utrustning av beredskapsavdelingen.

Konklusjonene vil kunne medføre endringer i forhold til dagens bemanning, fagområder og utrustning. Det igjen vil kunne få økonomiske konsekvenser.

Det legges derfor stor vekt på at denne prosessen må forankres i styrende organer, som for MHBR sin del vil si styre, representantskap og kommunestyre.

Hensikten med at denne saken legges frem for styret i denne omgang er derfor å tydeliggjøre mulige konsekvenser og at det vil komme anbefalinger som på et senere tidspunkt som vil kreve beslutninger og anbefalinger til representantskap og i neste omgang kommunestyre rundt om i selskapet.

Foreløpige delkonklusjoner peker i retning at MHBR på flere områder kan være noe underdimensjonert både når det gjelder administrasjon, brannforebyggende og beredskap.

I styrets behandling av saken ble det lagt frem et ønske om at selskapet innhenter ekstern støtte for å kvalitetssikre arbeidet og konklusjoner som blir utarbeidet. Videre anbefalte styret at forankring i eierkommuner blir gjennomført av brannsjef gjennom besøk i de respektive kommunestyre. Bakgrunnen for det siste er å kvalitetssikre at samme informasjon blir presentert til våre eiere, i tillegg til å forsterke betydningen og viktigheten av dette arbeidet.

Følgende tidsplan er planlagt for prosessen:

Forebyggende Beredskaps-analyse	Informasjon om prosess Forankring Delkonklusjoner	Konklusjoner Anbefalinger
Styret	19.sep 22	5.des 22/Mars 23
Representantskap	14.nov 22	April 23
Kommunestyret	Nov 22 - Feb 23	April - Juni 23

Brannsjefen ga en utfyllende info om analysene og prosessen rundt dem. Styret har kommet med en beslutning om å kvalitetssikre analysene med bistand fra et konsulentfirma.

Vedtak: Forslag til vedtak enstemmig vedtatt.

15/22 BRANNSJEFENS PRIORITERINGER FOR 2023

Styrets forslag til vedtak: Representantskapet stiller seg bak de fremlagte prioriteringene for 2023, og ber selskapet innarbeide de i sin Virksomhetsplan.

Saksopplysninger: Strategisk Plan 2020-2024 beskriver selskapets langsiktige målsettinger, samt prioriterte områder i perioden. Av de 15 prioriteter som er beskrevet i Strategisk Plan har 12 hatt oppstart tidligere år. Det planlegges med oppstart av 2 nye i 2023. En av prioritertene som hadde planlagt oppstart i 2022 blir forskjøvet til 2023 på grunn av flere forhold.

De prioritertene som er startet pågår fremdeles. De fleste av punktene er av en slik karakter at selskapet vil måtte bruke flere år for å planlegge og implementere de på en god måte.

Selskapets erfaring med Strategisk Plan med definerte prioriteter for kommende periode er meget god. Det gir mulighet for en langsiktig planlegging og struktur for mye av satsningene for MHBR.

Under vises en kort oversikt over alle prioriteter for langtidsperioden, med utheving av de som anbefales iverksatt i 2023:

Prioriteter 2021 - 2024 MHBR IKS

Nr	Navn på tiltak	Målingsting	Ansvrer	2021		2022		2023	
				Akt/Start 2021	Viderebeholdt/avsluttet	Akt/Start 2022	Viderebeholdt/avsluttet	Akt/Start 2023	Viderebeholdt/avsluttet
1	Øvingssjess MHBR IKS	Øvelsen er økt og oppgradert for å sikre som kompetanse. Øvelsene behøver for å være et viktig ledd i beredskapsarbeidet og beredskapsarbeidet. Det er viktig å sikre at det kan brukes på våre beredskapsplaner. Det skal være samarbeid med andre skoler i regionen.	Beredskap	Øvingssjess avsluttet. Prosjektbeskrivelse videreført av interessenter.	Viderebeholdt/avsluttet. Dialog med interessenter. Budsjett og økonomiavtalt.	Oppstart			
2	Vedlikeholdskostnader utrykning (Kode 288)	Dei 4000 vedlikeholdskostnader utrykning for planlagt utrykning av kode 288. Det har vært en stor økning i utrykning. Det har vært en stor økning i utrykning. Det har vært en stor økning i utrykning.	Beredskap	Innebane data - behov, modeller, priser.		Oppstart		Oppstart forsikring til 2023	
3	Technologisk utvikling (Drone)	Selskapet skal utvikle teknisk og operativt på teknologisk utvikling for å sikre at selskapet kan bruke droner og andre teknologier. Det er viktig å sikre at det kan brukes på våre beredskapsplaner. Det skal være samarbeid med andre skoler i regionen.	Beredskap/teknisk utvikling				Oppstart		
4	BRBRMS	BRBRMS er et viktig ledd i beredskapsarbeidet og beredskapsarbeidet. Det er viktig å sikre at det kan brukes på våre beredskapsplaner. Det skal være samarbeid med andre skoler i regionen.	Informasjon/Beredskap	Anskaffelse av MANDOT hold	Revisjon av hold og CO2 utslipp	Videreutvikling av hold og CO2 utslipp			
5	Videokonferanse-utstyr	Utstyr for video konferanse er viktig for å sikre at selskapet kan bruke video konferanse og andre teknologier. Det er viktig å sikre at det kan brukes på våre beredskapsplaner. Det skal være samarbeid med andre skoler i regionen.	Informasjon/Beredskap			Oppstart			

Prioritert 2021 - 2024 MHBR IKS			2021			2022			2023		
Nr	Navn på tiltak	Beskrivelse	Ansvar	Aktivitet 2021	Aktivitet 2022	Aktivitet 2023	Aktivitet 2023	Aktivitet 2023	Aktivitet 2023	Aktivitet 2023	Aktivitet 2023
5	Videokonferanse-styret Kommunikasjon	MHBR skal se utarbeidet program med i samarbeid med styret. Målet er å etablere et stabilt mønster for videokonferanser med styret. Dette vil gi bedre kommunikasjon og samarbeid mellom styret og kommunestyret.	Adm/Brorud/For Folnes					Oppstart			
6	LANDAS	LANDAS er et viktig verktøy for å sikre at alle i kommunestyret har tilgjengelig informasjon om saker som er på agendaen. Dette vil gi bedre kommunikasjon og samarbeid mellom styret og kommunestyret.	Adm - alle	LANDAS 2.0 innføres med personlig passord	Oppstart av LANDAS funksjoner	Utvider og avfeier modulene til 1000 drift og bruk av systemet	LANDAS 2.0 implementert				
7	Utvikling av UL	Utvikling av UL er et viktig arbeid som vil gi bedre kommunikasjon og samarbeid mellom styret og kommunestyret.	Beredskap								Kontinuerlig og pågående
8	Innsettbedøse Systemet for Ledelse	Innsettbedøse er et viktig verktøy for å sikre at alle i kommunestyret har tilgjengelig informasjon om saker som er på agendaen. Dette vil gi bedre kommunikasjon og samarbeid mellom styret og kommunestyret.	Beredskap								Kontinuerlig og pågående
9	Redusert arbeidstid for kommunestyret	Redusert arbeidstid er et viktig arbeid som vil gi bedre kommunikasjon og samarbeid mellom styret og kommunestyret.	Adm - alle				Oppstart				
10	Samhandling etterkommere	Samhandling etterkommere er et viktig arbeid som vil gi bedre kommunikasjon og samarbeid mellom styret og kommunestyret.	Bransjer	Oppstart							Kontinuerlig og pågående
11	Informasjonsstrategi	Informasjonsstrategi er et viktig arbeid som vil gi bedre kommunikasjon og samarbeid mellom styret og kommunestyret.	Adm - alle					Oppstart			
12	Utvikling av fellesgjøstesen	Utvikling av fellesgjøstesen er et viktig arbeid som vil gi bedre kommunikasjon og samarbeid mellom styret og kommunestyret.	Forsyngnings				Oppstart				
13	Utvikling av kompetanse	Utvikling av kompetanse er et viktig arbeid som vil gi bedre kommunikasjon og samarbeid mellom styret og kommunestyret.	alle								Kontinuerlig og pågående
14	Følg opp på brannforebyggende arbeid	Følg opp på brannforebyggende arbeid er et viktig arbeid som vil gi bedre kommunikasjon og samarbeid mellom styret og kommunestyret.	Forsyngnings								Kontinuerlig og pågående
15	Håndtering av skogbranner	Håndtering av skogbranner er et viktig arbeid som vil gi bedre kommunikasjon og samarbeid mellom styret og kommunestyret.	Bransjer/ Bransjer/ Forsyngnings	Gjennomgang av saker på UL i samarbeid med bransjer							Kontinuerlig og pågående

Brannsjefen ga en utfyllende info om prioritertene for 2023.

Vedtak: Forslag til vedtak enstemmig vedtatt.

16/22 ORIENTERING FRA VIRKSOMHETEN

Forslag til vedtak: Representantskapet tar saken til orientering.

Saksopplysninger: Brannsjefen orienterte om følgende saker:

- Leveranser og overordnede mål for MHBR IKS.

Beredskap:

- Personell:
 - Ny leder beredskap er kommet godt i gang! Han gjør seg kjent med avdelingen, stasjon og ansatte.
 - Har vært litt bemanningsutfordringer i Elverum ifbm. langtidssykemeldte, permisjoner.
 - Prosjekt «Aspirant 2022» er i slutfasen (grunnkurs).
 - Opplæring «Arbeid i høyden» starter nå med sikkerhetsfokus/HMS.
- Materiell:
 - Opplæring på ny lift er godt i gang, og blir operativ fra tentativt nyåret. Noen småfeil er registrert hittil som er tatt opp med leverandør.
 - Kjøpt inn 2 nye båter med motor og henger til Elverum og Tynset.
 - Ny bil E-09 (brannsjef) er ikke ferdig rigget ennå.
- Spesielle hendelser:
 - Gjennomført nasjonalt grunnkurs i Skogbrann 13.-15. september, med 23 deltakere fra Kirkenes i nord til Arendal i sør. Fått veldig gode tilbakemeldinger på kurset.
 - Gjennomført «åpen dag» på brannstasjonene våre den 24. september.
 - CBRN øvelse i Våler ble gjennomført 26. oktober sammen med øvingsutvalget i Innlandet.

- Hyttebrann i Trysil 3. september hvor det med stor sannsynlighet er feil konstruksjon av ildsted som er årsaken.

Brannforebyggende:

- Avd. jobber med oppgavene som er oppsatt iht. virksomhetsplan. Bl.a. statusmøter for «Trygg hjemme» prosjektet og «Trygghetstreff» i Åsnes og Åmot i regi av Sanitetsforeningen.
- Brannundervisning for 6 kl. er gjennomført i nord i høst, og ble utført på våren i sør.
- MHBR deltok sammen med Skogbrand forsikring på De Nordiske Jakt og fiskedagene i Elverum i august. De sto med stand ved brannvaktårnet hvor det ble utnevnt skogens brannvoktere.
- På Yrkes- og utdanningsmesse 2022 ved Trysil videregående skole var vi representert fra alle avd.
- Ny medarbeider i avd. fra 1. juni, Silje Marie Fossbakk.

Feierseksjon/boligseksjon:

- Hovedfokus på feiing av fyringsanlegg i hele vårt tjenesteområde, i tillegg er det utført en del boligtilsyn.
- Ny medarbeider fra 16. august som koordinator for fritidseiendommer, Mats Tande-Gulbrandsen. Vi har også ansatt ny lærling fra 05.09.2022 i brannforebygger faget, Ylva Olsson. Vi har også noen ledige stillinger på avd. som ligger ute på hjemmesiden vår.
- Hatt fokus på informasjon til våre innbyggere på en skorsteinstype som ikke er bra, se vår hjemmeside for mer info,
- Inngått et samarbeid/avtale ved å leie inn 3 stk. brannforebyggere fra Hedmarken brannvesen i perioden 26.9.-9.12.22, for å komme mer ajour med etterslep på feiing hovedsakelig.

Status stasjoner:

Våler brannstasjon:

- Ingen endring av status pr. d.d.

Elverum beredskapssenter:

- Garasjer trinn 1 er i gang, har blitt behandlet i Elverum kommunestyre.
- Ren/uren sone blir trinn 2.
- Det blir en samkjøring med Ambulansetjenesten/Sykehuset Innlandet.

Trysil brannstasjon:

- Prosjekt møte med Trysil Industrihus og Trysil kommune er gjennomført.
- Skisser foreligger og håper at prosjektet er i gang våren 2023.

Tynset brannstasjon:

- Ombygging pågår og feierne har fått ny plass med garderober for damer og herrer.
- Kvikne har fått tilgang til oppholdsrom, wc og dusj.

Omorganisering i feierseksjon/boligseksjon:

- Bakgrunn:
 - Innføring av risikobasert tilsyn/feiing.
 - Tilsyn og feiing av fritidseiendommer.
 - Effektivisering og forbedring av dagens organisering.
- I denne omorganiseringsprosessen anbefales det at MHBR beslutter endring på nåværende titler i feierseksjon til følgende iht. nasjonale endringer:
 - Feierseksjon – Boligseksjon
 - Feierformann – Arbeidsleder
 - Feiersvenn – Brannforebygger
- Dagens struktur/org.modell for Feierseksjon og anbefalt org.modell for Boligseksjon ble vist fram.

Annet:

- Øvingsanlegg i MHBR IKS
 - Stasjonert anlegg i Elverum
 - Mindre anlegg i Tynset og Trysil
 - Mobilt anlegg
- Samarbeidspartnere:
 - INN (høgskolen) intensjonsavtale er på plass.
 - FSK m/Rena militære flyplass.
 - EKI

Vi hadde tilsyn fra Statsforvalter 3. oktober på dagens anlegg.

Høring av ny IKS-lov

- Krav om økt innsyn og åpenhet i selskapet – krav om åpne møter.
- Valg av medlemmer til representantskapet – antall.
- Representantskapet kan bestemme antall styremedlemmer.
- Godtgjørelse til ledervervet i representantskapet.
- Endringer i reglene om økonomiforvaltningen.
- Styrets ansvar.

Høringsfristen til KDD var 23. september 2022.

Møtet hevet kl. 13:30

Neste representantskapsmøte avholdes mandag 24. april 2023 kl. 10:00 i Engerdal.
Sendes som Outlook innkalling etter ønske.

Eldri Svisdal

Representantskapets ordfører

Even Moen

Marianne Kjellgren

Kopi til: Representantskapets varamedlemmer
Styrets medlemmer og varamedlemmer
EY AS
Kontrollutvalgene i Sør-Østerdal
Økonomiavd.
Ordfører og kommunedirektør i eierkommunene
Avdelingsledere i MHBR



MIDT-HEDMARK BRANN- OG REDNINGSVESEN IKS

Kirkevegen 75, 2413 Elverum
Telefon: 62 43 32 30
Faks: 62 41 12 34
Bank: 1822 42 07197
Org.nr.: 988 353 299
E-post: post@mhbr.no

Til styrets medlemmer og varamedlemmer

Administrasjon

Vår dato: 28.11.2022
Vår referanse: 2020000021-21
Arkiv: 20/21/
Deres dato:
Deres referanse:
Vår saksbehandler: Trond Joar
Kjenstadbakk

**Innkalling til styremøte mandag 5. desember 2022 kl. 10:00 på Forstmann
Spisested, Elverum**

Oversender sakspapirer til styremøte den 5. desember 2022 kl. 10:00 på Forstmann Spisested i Elverum.
Eventuelle forfall meldes til Lena Lundby på tlf. 974 19 786 eller undertegnede på tlf. 479 77 161 eller på
mail: post@mhbr.no

Varamedlemmer møter kun ved forfall.

Med hilsen


Trond Joar Kjenstadbakk
brannsjef



MØTEINNKALLING

Utvalg: Styremøte
Møtested: Forstmann Spisested, Elverum
Møtedato: Mandag 5. desember 2022 kl. 10:00

SAKLISTE

Saksnummer Innhold

Saksliste:

- | | |
|--------------|--|
| 27/22 | Åpning og godkjenning av innkalling |
| 28/22 | Økonomisk rapport pr. oktober 2022 |
| 29/22 | Detaljbudsjett 2023 |
| 30/22 | Virksomhetsplan 2023 |
| 31/22 | Forebyggende – og beredskapsanalyse |
| 32/22 | Orienteringssaker |
| 33/22 | Styrets egentid |
| 34/22 | Eventuelt |



Styremøte

Møtedato

05.12.22

OPPROP

Medlemmer:

Styreleder	Sven Inge Sunde	Elverum
Nestleder	Jorunn Graff Bjørnersen	Trysil
Styremedlem	Helen M. Schjelderup	Alvdal
	Lage Trangsrud	Engerdal
	Arne Hagestrø	Rendalen
	Bjørn Thomas Berget	Våler
	John Olav Sundli	Stor-Elvdal
	Tone Hagen	Tynset
	Tommy Kristoffersen	Folldal
	Eva Nyhus	Tolga
	Tove Lisbeth Finstad	Åsnes
	Terje Haugland	Ansattes repr.
	Anders Øverby	Ansattes repr.

Brannsjef Trond Joar Kjenstadbakk

Varabranssjef Knut Bjørnseth

Stabssjef Øystein Aamodt

Økonomirådg. Linda Alette Løkken

Referent: Lena Lundby

Forfall:

Vara:



Styremøte

Møtedato

05.12.22

SAK 27/22

GODKJENNING AV MØTEINNKALLING, SAKLISTE OG REFERAT FRA FORRIGE MØTE

Forslag til vedtak:

Innkalling, sakliste av 28. november 2022 og referat fra forrige møte ble godkjent, og styreleder erklærte møtet for lovlig satt.

Saksopplysninger:



Styremøte

Møtedato

05.12.22

SAK 28/22

ØKONOMISK RAPPORT PR. OKTOBER 2022

Forslag til vedtak:

Styret tar den fremlagte økonomiske rapporten pr. oktober 2022 til etterretning.

Saksopplysninger:

Resultat for Midt-Hedmark brann- og redningsvesen IKS pr. 31.10.2022 viser et overskudd på kr 3 187 000,- mot et budsjettert overskudd på kr 2 142 000,-. Prognosen viser at vi vil gå med et underskudd i 2022 jf. budsjett.

Resultatene pr. avdeling:

Netto pr. avdeling	Hittil i år 2022 (Januar tom oktober)		
	Regnskap	Budsjett	Avvik
Administrasjon	-2 512 257	-2 099 060	-413 197
Beredskap	-372 773	-1 574 738	1 201 965
Forebyggende	-18 896	325 900	-344 796
Netto sum drift	-2 903 926	-3 347 898	443 972
Feiing	-283 352	1 205 312	-1 488 664
Netto sum	-3 187 278	-2 142 586	-1 044 692

*minustegn er lik overskudd

Sum drift viser et overskudd og ligger litt foran budsjett.

På inntektssiden har vi mottatt tilskudd fra Fagforbundet for kjøp av båt til Tynset. I tillegg har vi fått tilskudd fra Landbruksdirektoratet som er benyttet til prosjektet for dyreredning. Det er også en liten økning av inntektene på ABA abonnemeter.

På kostnadssiden har vi nå i november mottatt fakturaene fra 110 –Innlandet. Årets lønnsoppgjør er med i regnskapet for november og øker totalkostnaden på lønn. Avskrivninger ser vi ikke resultater av før i årsoppgjøret når det tas med opplysninger om forsinket investeringer og nye kjøretøy fra Åsnes. Regnskapet viser økte kostnader på bl.a. forsikringer og drivstoff. Ellers ingen store avvik.

Selvkostområdet Boligseksjonen viser et overskudd og ligger foran budsjett.

På inntektssiden er gebyr for feiing og tilsyn fakturert i april og er i henhold til budsjett. På fritidsboliger er inntektene mindre enn budsjettert, ca. kr 1,3 mill. Dette skyldes igangsetting av ny organisering på område fritidsboliger og at dette ikke fikk helårseffekt.

På kostnadssiden er det brukt mindre lønnsmidler pga. refusjon av sykepenger og lønnskostnader i forbindelse med ansettelse i ny stilling. I budsjettet ligger ny koordinator fritidsboliger inne hele året, mens starttidspunkt ble nå i august. Det er leid inn vikarer for å bistå med feiing og tilsyn. Det er blitt gjort investeringer i systemverktøy som vil hjelpe den daglige driften. På andre kostnader sparer vi litt. Ellers ingen store avvik.

Prognosen for selvkostområdet beregnes til ca. kr 500 000,- i underskudd mot budsjettert overskudd på kr 500 000,-.



Prognosen for selskapet viser at vi sannsynlig vil gå i henhold til budsjett. De to største momentene som tidligere år er kostnader til 110-sentralen og pensjonsforpliktelsen. Vi ser nå at kostnader til 110 blir noe lavere enn forventet. Ut fra foreløpig beregninger for pensjonskostnadene så er de jfr. budsjett.

Vedlegg: Økonomisk rapport

MIDT-HEDMARK BRANN- OG REDNINGSVESEN IKS ØKONOMISK RAPPORTERING PR. 31.10.2022							
Kontobeskrivelse	Hittil i år			2021 Regnskap	2022		
	Regnskap	Budsjett	Avvik		Budsjett	Prognose	Avvik
SALGSINNEKTER AVG. PL	(16 518 791)	(16 766 667)	247 875	(20 492 195)	(22 832 000)	(21 771 000)	(1 061 000)
SALGSINNEKTER AVG. FRITT	(122 824)	(408 333)	285 509	(448 721)	(490 000)	(250 000)	(240 000)
SUM SALGSINNEKTER	(16 641 616)	(17 175 000)	533 384	(20 940 916)	(23 322 000)	(22 021 000)	(1 301 000)
OFFENTLIG TILSKUDD/REFUSJONER	(49 189 860)	(49 189 854)	(6)	(46 683 262)	(59 027 825)	(59 027 825)	-
ANDRE DRIFTSRELATERTE INNEKTER	(603 270)	(275 000)	(328 270)	(800 385)	(330 000)	(602 500)	272 500
SUM ANDRE DRIFTSINNEKTER	(49 793 130)	(49 464 854)	(328 276)	(47 483 637)	(59 357 825)	(59 630 325)	272 500
SUM DRIFTSINNEKTER	(66 434 746)	(66 639 854)	205 108	(88 424 553)	(82 679 825)	(81 651 325)	(1 028 500)
VAREKOSTNADER	740 059	988 333	(248 274)	5 921 786	6 300 200	6 566 000	(265 800)
LØNSKOSTNADER	50 778 908	50 716 768	62 140	50 646 985	61 361 500	61 361 500	-
AVSKRIVNINGER	1 648 287	2 260 833	(632 546)	1 997 951	2 737 000	2 737 000	-
ANDRE DRIFTSKOSTNADER	10 664 087	10 693 400	(29 313)	11 597 190	13 338 157	13 298 957	39 200
SUM DRIFTSKOSTNADER	63 831 341	64 679 335	(847 994)	70 163 913	83 736 857	83 963 457	(226 600)
FINANSINNEKTER	(691 711)	(416 667)	(275 044)	(282 451)	(500 000)	(891 000)	391 000
FINANSKOSTNADER	107 838	234 600	(126 762)	74 972	795 000	(282 000)	1 077 000
RESULTAT AV FINANSPOSTER	(583 873)	(182 067)	(401 806)	(207 479)	295 000	(173 000)	1 468 000
RESULTAT	(3 187 278)	(2 142 586)	(1 044 692)	1 531 881	1 352 032	1 139 132	212 900

MIDT-HEDMARK BRANN- OG REDNINGSVESEN IKS ØKONOMISK RAPPORTERING PR. 31.10.2022 - BOLIGSEKSJONEN					
Kontobeskrivelse	Hittil i år			2021 Regnskap	2022 Budsjett
	Regnskap	Budsjett	Avvik		
SALGSINNEKTER AVG. PL	(12 944 229)	(12 561 667)	(382 562)	(14 294 423)	(17 419 000)
SUM SALGSINNEKTER	(12 944 229)	(12 561 667)	(382 562)	(14 294 423)	(17 419 000)
OFFENTLIG TILSKUDD/REFUSJONER	(330 357)	(275 000)	(55 357)	(281 888)	(330 000)
ANDRE DRIFTSRELATERTE INNEKTER	-	-	-	(15 000)	-
SUM ANDRE DRIFTSINNEKTER	(330 357)	(275 000)	(55 357)	(296 888)	(330 000)
SUM DRIFTSINNEKTER	(13 274 586)	(12 836 667)	(437 920)	(14 591 311)	(17 749 000)
VAREKOSTNADER	312 677	450 000	(137 323)	736 145	900 000
LØNSKOSTNADER	9 664 075	10 498 745	(834 671)	9 845 587	12 766 200
AVSKRIVNINGER	144 275	232 500	(88 225)	196 295	279 000
ANDRE DRIFTSKOSTNADER	2 870 208	2 860 733	9 475	2 321 635	3 243 400
SUM DRIFTSKOSTNADER	12 991 235	14 041 979	(1 050 744)	13 099 662	17 188 600
RESULTAT FØR FINANS	(283 352)	1 205 312	(1 488 664)	(1 491 649)	(560 400)



Styremøte

Møtedato

05.12.22

SAK 29/22 DETALJBUDSJETT 2023

**Forslag til vedtak:
Styret tar saken til orientering.**

Saksopplysninger:

På inntektssiden foreligger det en økning på tilskuddet fra eierne jf. tidligere vedtak i styremøte 18.05.2020 og i representantskapsmøte 09.06.2020. Det er noe reduksjon i variabel inntekt, mens ABA-inntektene øker. Det er ingen økning på gebyr for feiing og tilsyn for 2023, men det er lagt inn økning i antall feiing og tilsyn av fritidsboliger som øker inntektene på selvkostområdet.

Selvkostområdet (Boligseksjonen) er budsjettert med et underskudd på kr 551 000,-.

På kostnadssiden ligger 110-Innlandet inne med ordinær brukerbetaling uten ekstra kostnad. På lønnskostnader er det lagt inn en ekstra ansatt og en prosjektstilling på selvkostområdet. Det blir økte avskrivninger fra og med 2023 ut fra nye investeringer. På annen driftskostnad er det lagt inn større økning på kostnader for drivstoff, husleie og forsikringer. Nye systemverktøy på selvkostområdet er også kjøpt inn og vil øke kostnadene noe fremover. Vi har samtidig redusert noen kostnader på drift.

Det er lagt inn økning av rentekostnader ut fra nye lån og med en rentesats på 2,5%.

Vedlegg: Detaljbudsjett for 2023



MIDT-HEDMARK BRANN- OG REDNINGSVESEN IKS BUDSJETT 2023			
TEKST	2021	2022	2023
GEBYR FOR FEING OG TILSYN	-13 946 000	-17 219 000	-18 235 400
ANDRE SALGSINNEKTER AVG.PL.	-5 487 000	-5 613 000	-6 043 000
SALGSINNEKTER AVG.FRITT	-530 000	-490 000	-340 000
SELVKOSTFOND	619 000	560 400	-551 100
SUM SALGSINNEKTE	-19 344 000	-22 761 600	-25 169 500
TILSKUDD FRA EIERE	-46 683 200	-59 027 800	-61 198 700
ANNEN DRIFTSRELATERT INNEKTE	-550 000	-330 000	-140 000
SUM ANNEN DRIFTSINNEKTE	-47 233 200	-59 357 800	-61 338 700
SUM DRIFTSINNEKTER	-66 577 200	-82 119 400	-86 508 200
VAREKOSTNADER	5 510 000	6 300 200	5 855 000
LØNNKOSTNAD	52 930 300	61 361 500	65 068 900
AVSKRIVNING	2 148 000	2 737 000	3 173 000
ANNEN DRIFTSKOSTNAD	11 914 100	13 338 200	13 563 300
SUM DRIFTSKOSTNADER	72 502 400	83 736 900	87 660 200
DRIFTSRESULTAT	5 925 200	1 617 500	1 152 000
RENTEINNEKTE	-700 000	-500 000	-500 000
ANNEN FINANSINNEKTE	0	0	0
SUM FINANSINNEKTE	-700 000	-500 000	-500 000
RENTEKOSTNAD	61 000	234 600	348 000
ANNEN FINANSKOSTNAD	0	0	0
SUM FINANSKOSTNAD	61 000	234 600	348 000
RESULTAT AV FINANSPOSTER	-639 000	-265 400	-152 000
ÅRSRESULTAT	5 286 200	1 352 100	1 000 000



Styremøte**Møtedato****05.12.22**

SAK 30/22**VIRKSOMHETSPLAN 2023****Forslag til vedtak:****Styret vedtar det fremlagte forslaget til virksomhetsplan for Midt-Hedmark brann- og redningsvesen IKS.****Saksopplysninger:**

Virksomhetsplan MHBR IKS 2023 er tredje driftsåret innen gjeldende Strategisk Plan-periode, og bygger videre på de målsettinger som gjelder for perioden.

De prioriteter som starter opp i 2023 er behandlet og vedtatt av styret og representantskapet.

Det har kommet inn en endring siden Strategisk Plan ble vedtatt og det er arbeid med Forebyggende- og Beredskapsanalysen, som er lovpålagt gjennom ny forskrift fra 01.03.2022. Dette arbeidet er startet opp, men vil også i 2023 være en stor aktivitet som vil involvere hele selskapet opp til og med våre kommunestyre. En slik oppgave vil måtte forskyve andre aktiviteter, da den er meget krevende.

Virksomhetsplanen for MHBR har i tillegg en rekke underliggende planer som selskapet benytter til intern styring. Det gjelder investeringer, kompetanseheving og selskapet vil i 2023 utvikle planer innen vedlikehold av materiell og kjøretøy.

Vedlegg: Virksomhetsplan 2023



Styremøte

Møtedato

05.12.22

SAK 31/22**FOREBYGGENDE – OG BEREDSKAPSANALYSE****Forslag til vedtak:****Styret tar orienteringssaken til etterretning.****Saksopplysninger:**

Ny Forskrift om organisering, bemanning og utrustning av brann- og redningsvesen og nødmeldesentralene (brann- og redningsvesenforskriften) ble gjeldende fra 1. mars 2022. Denne stiller krav om TO nye analyser for brann- og redningsvesen i Norge. Henholdsvis Forebyggendeanalyse og Beredskapsanalyse.

Saken er informert og forankret i styret og representantskapet i tidligere møter.

Selskapet har jobbet videre med de innspill som kom ved forrige styrebehandling, og ser at det vil være behov for å justere den ordinære tidsplanen noe.

Det vil sikre bedre tid til intern utvikling, men også sikre at tid til kvalitetssikring fra ekstern støtte også blir ivaretatt på en bedre måte.

Ny revidert tidsplan for arbeidet:

Forebyggende Beredskaps-analyse	Informasjon om prosess Forankring Delkonklusjoner	Konklusjoner Anbefalinger
Styret	19.sep 22	Mar 23/Jun 23/Sep 23
Representantskap	14.nov 22	Nov 23*)
Kommunestyret	Jan 23 - Feb 23	Nov 23 - Feb 24

*) behov for ekstraordinært repskap vurderes

Vedlegg: Ingen



Styremøte

Møtedato

05.12.22

SAK 32/22
ORIENTERINGSSAKER

Forslag til vedtak:
Styret tar orienteringssakene til etterretning.

Saksopplysninger:
Følgende orienteringssaker blir presentert:

Vedlegg: Ingen



Styremøte

Møtedato

05.12.22

SAK 33/22

STYRETS EGEN TID

Til styrelederens disposisjon

Vedlegg: Ingen



Styremøte

Møtedato

05.12.22

**SAK 34/22
EVENTUELT**

Neste styremøte mandag 13. mars 2023 kl. 10:00 i Stor-Elvdal.

Styremøter i 2023:

- Mandag 13. mars i Stor-Elvdal
- Mandag 12. juni i Folldal
- Mandag 18. september i Tynset
- Mandag 4. desember i Elverum



REISEREGNING

Styremøte 05.12.22

NAVN:

Personnr.: (11 siffer).....

ADRESSE:

Bankkonto nr:

Skatte
kommune:

REISESPESIFIKASJON						REISEUTLEGG	
DATO	FRA STED	TIL STED	KL.	ANT. KM	ANTALL PASS. KM	UTLEGG, TOG, BUSS, MV.	BELØP
KM. DENNE REISEN				SUM		SUM	

ARTS- KODE	ARTSTEKST	ENHETSTEKST	PRIS/BELØP	ANMERKNINGER
4200	Bilgodtgjørelse	Antall km:	4,03	
4210	Passasjertillegg	Antall km:	1,00	
4101	Utlegg, tog, buss mv.	Beløp utlegg	kr	
2145	Tapt arbeidsfortjeneste	Antall timer:		

Ansvarlig for møteinnkalling: styreleder

....., den.....20.....

Attestert, dato/sign.:.....

..... (sign.)

Anvist, dato/sign.:.....

Styreprotokoll Midt-Hedmark brann- og redningsvesen IKS

Sted/dato: Forstmann Spisested, Elverum, mandag 5. desember 2022 kl. 10:00

Tilstede: Styreleder Sven Inge Sunde
 Nestleder Jorunn Graff Bjørnensen
 Styremedlem Helen Margrethe Schjelderup
 Arne Hagestrø
 Lage Trangsrud
 Tommy Kristoffersen
 Eva Nyhus
 Bjørn Thomas Berget
 John Olav Sundli
 Tone Hagen
 Tove Lisbeth Finstad
 Anders Øverby
 Terje Haugland

Vararepr.

Brannsjef Trond Joar Kjenstadbakk
 Varabrannsjef Knut Bjørnseth
 Stabssjef Øystein Aamodt
 Økonomirådg. Linda Alette Løkken
 Referent: Lena Lundby

Forfall:

Styreleder Sven Inge Sunde ønsket alle velkommen til styremøte.

Saksnr. Sak

27/22	<p>GODKJENNING AV MØTEINNKALLING, SAKLISTE OG REFERAT FRA FORRIGE MØTE</p> <p>Forslag til vedtak: Innkalling, sakliste av 28. november 2022 og referat fra forrige møte ble godkjent, og styreleder erklærte møtet for lovlig satt.</p> <p>Saksopplysninger: Møteleder refererte til innkalling av 28. november 2022, med spørsmål om styret hadde innvendinger mot innkalling og sakliste.</p> <p>Vedtak: Forslag til vedtak enstemmig vedtatt.</p>
28/22	<p>ØKONOMISK RAPPORT PR. OKTOBER 2022</p> <p>Forslag til vedtak: Styret tar den fremlagte økonomiske rapporten pr. oktober 2022 til etterretning.</p> <p>Saksopplysninger: Resultat for Midt-Hedmark brann- og redningsvesen IKS pr. 31.10.2022 viser et overskudd på kr 3 187 000,- mot et budsjettert overskudd på kr 2 142 000,-. Prognosen viser at vi vil gå med et underskudd i 2022 jf. budsjett.</p>

Resultatene pr. avdeling:

Netto pr. avdeling	Hittil i år 2022 (Januar tom oktober)		
	Regnskap	Budsjett	Avvik
Administrasjon	-2 512 257	-2 099 060	-413 197
Beredskap	-372 773	-1 574 738	1 201 965
Forebyggende	-18 896	325 900	-344 796
Netto sum drift	-2 903 926	-3 347 898	443 972
Feiing	-283 352	1 205 312	-1 488 664
Netto sum	-3 187 278	-2 142 586	-1 044 692

*minustegn er lik overskudd

Sum drift viser et overskudd og ligger litt foran budsjett.

På inntektssiden har vi mottatt tilskudd fra Fagforbundet for kjøp av båt til Tynset. I tillegg har vi fått tilskudd fra Landbruksdirektoratet som er benyttet til prosjektet for dyreredning. Det er også en liten økning av inntektene på ABA abonnementer.

På kostnadssiden har vi nå i november mottatt fakturaene fra 110–Innlandet. Årets lønnsoppgjør er med i regnskapet for november og øker totalkostnaden på lønn. Avskrivninger ser vi ikke resultater av før i årsoppgjøret når det tas med opplysninger om forsinket investeringer og nye kjøretøy fra Åsnes. Regnskapet viser økte kostnader på bl.a. forsikringer og drivstoff. Ellers ingen store avvik.

Selvkostområdet Boligseksjonen viser et overskudd og ligger foran budsjett.

På inntektssiden er gebyr for feiing og tilsyn fakturert i april og er i henhold til budsjett. På fritidsboliger er inntektene mindre enn budsjettet, ca. kr 1,3 mill. Dette skyldes igangsetting av ny organisering på område fritidsboliger og at dette ikke fikk helårseffekt.

På kostnadssiden er det brukt mindre lønnsmidler pga. refusjon av sykepenger og lønnskostnader i forbindelse med ansettelse i ny stilling. I budsjettet ligger ny koordinator fritidsboliger inne hele året, mens starttidspunkt ble nå i august. Det er leid inn vikarer for å bistå med feiing og tilsyn. Det er blitt gjort investeringer i systemverktøy som vil hjelpe den daglige driften. På andre kostnader sparer vi litt. Ellers ingen store avvik.

Prognosen for selvkostområdet beregnes til ca. kr 500 000,- i underskudd mot budsjettet overskudd på kr 500 000,-.

Prognosen for selskapet viser at vi sannsynlig vil gå i henhold til budsjett. De to største momentene som tidligere år er kostnader til 110-sentralen og pensjonsforpliktelsen. Vi ser nå at kostnader til 110 blir noe lavere enn forventet. Ut fra foreløpig beregninger for pensjonskostnadene så er de jf. budsjett.

MIDT-HEDMARK BRANN- OG REDNINGSVESEN IKS							
ØKONOMISK RAPPORTERING PR. 31.10.2022							
Kontobeskrivelse	Hittil i år			2021	2022		
	Regnskap	Budsjett	Avvik		Regnskap	Budsjett	Prognose
SALGSINNTEKTER AVG. PL	(16 518 791)	(16 766 667)	247 875	(20 492 195)	(22 832 000)	(21 771 000)	(1 061 000)
SALGSINNTEKTER AVG. FRITT	(122 824)	(408 333)	285 509	(448 721)	(490 000)	(250 000)	(240 000)
SUM SALGSINNTEKTER	(16 641 616)	(17 175 000)	533 384	(20 940 916)	(23 322 000)	(22 021 000)	(1 301 000)
OFFENTLIG TILSKUDD/REFUSJONER	(49 189 860)	(49 189 854)	(6)	(46 683 252)	(59 027 825)	(59 027 825)	-
ANDRE DRIFTSRELATERTE INNTEKTER	(603 270)	(275 000)	(328 270)	(800 385)	(330 000)	(602 500)	272 500
SUM ANDRE DRIFTSINNTEKTER	(49 793 130)	(49 464 854)	(328 276)	(47 483 637)	(59 357 825)	(59 630 325)	272 500
SUM DRIFTSINNTEKTER	(66 434 746)	(66 639 854)	205 108	(68 424 553)	(82 679 825)	(81 651 325)	(1 028 500)
VAREKOSTNADER	740 059	988 333	(248 274)	5 921 786	6 300 200	6 566 000	(265 800)
LØNNSKOSTNADER	50 778 908	50 716 768	62 140	50 646 985	61 361 500	61 361 500	-
AVSKRIVNINGER	1 648 287	2 280 833	(632 546)	1 997 951	2 737 000	2 737 000	-
ANDRE DRIFTSKOSTNADER	10 664 087	10 693 400	(29 313)	11 597 190	13 338 157	13 298 957	39 200
SUM DRIFTSKOSTNADER	63 831 341	64 679 335	(847 994)	70 163 913	83 736 857	83 963 457	(226 600)
FINANSINNTEKTER	(691 711)	(416 667)	(275 044)	(282 451)	(500 000)	(891 000)	391 000
FINANSKOSTNADER	107 838	234 600	(126 762)	74 972	795 000	(282 000)	1 077 000
RESULTAT AV FINANSPOSTER	(583 873)	(182 067)	(401 806)	(207 479)	295 000	(1 173 000)	1 468 000
RESULTAT	(3 187 278)	(2 142 586)	(1 044 692)	1 531 881	1 352 032	1 139 132	212 900

MIDT-HEDMARK BRANN- OG REDNINGSGVESEN IKS					
ØKONOMISK RAPPORTERING PR. 31.10.2022 - BOLIGSEKSJONEN					
Kontobeskrivelse	Hittil i år			2021	2022
	Regnskap	Budsjett	Avvik	Regnskap	Budsjett
SALGSINNEKTER AVG. PL	(12 944 229)	(12 561 667)	(382 562)	(14 294 423)	(17 419 000)
SUM SALGSINNEKTER	(12 944 229)	(12 561 667)	(382 562)	(14 294 423)	(17 419 000)
OFFENTLIG TILSKUDD/REFUSJONER	(330 357)	(275 000)	(55 357)	(281 888)	(330 000)
ANDRE DRIFTSRELATERTE INNEKTER	-	-	-	(15 000)	-
SUM ANDRE DRIFTSINNEKTER	(330 357)	(275 000)	(55 357)	(296 888)	(330 000)
SUM DRIFTSINNEKTER	(13 274 586)	(12 836 667)	(437 920)	(14 591 311)	(17 749 000)
VAREKOSTNADER	312 677	450 000	(137 323)	736 145	900 000
LØNSKOSTNADER	9 664 075	10 498 745	(834 671)	9 845 587	12 766 200
AVSKRIVNINGER	144 275	232 500	(88 225)	196 295	279 000
ANDRE DRIFTSKOSTNADER	2 870 208	2 860 733	9 475	2 321 635	3 243 400
SUM DRIFTSKOSTNADER	12 991 235	14 041 979	(1 050 744)	13 099 662	17 138 600
RESULTAT FØR FINANS	(283 352)	1 205 312	(1 488 664)	(1 491 649)	(560 400)

Økonomirådgiver ga en utfyllende info om den økonomiske rapporten pr. oktober 2022. Brannsjefen informerte om ekstrakostnaden fra 110 Innlandet.

Kom spørsmål om premiefondet, som må sjekkes opp med EKP. Det kom ønske om det kan nevnes i årsrapporten. Administrasjonen tar det til etterretning.

Vedtak: Forslag til vedtak enstemmig vedtatt.

29/22 DETALJBUDSJETT 2023

Forslag til vedtak: Styret tar saken til orientering.

Saksopplysninger: På inntektssiden foreligger det en økning på tilskuddet fra eierne jf. tidligere vedtak i styremøte 18.05.2020 og i representantskapsmøte 09.06.2020. Det er noe reduksjon i variabel inntekt, mens ABA-inntektene øker. Det er ingen økning på gebyr for feiing og tilsyn for 2023, men det er lagt inn økning i antall feiing og tilsyn av fritidsboliger som øker inntektene på selvkostområdet.

Selvkostområdet (Boligseksjonen) er budsjettert med et underskudd på kr 551 000,-.

På kostnadssiden ligger 110-Innlandet inne med ordinær brukerbetaling uten ekstra kostnad. På lønnskostnader er det lagt inn en ekstra ansatt og en prosjektstilling på selvkostområdet. Det blir økte avskrivninger fra og med 2023 ut fra nye investeringer. På annen driftskostnad er det lagt inn større økning på kostnader for drivstoff, husleie og forsikringer. Nye systemverktøy på selvkostområdet er også kjøpt inn og vil øke kostnadene noe fremover. Vi har samtidig redusert noen kostnader på drift.

Det er lagt inn økning av rentekostnader ut fra nye lån og med en rentesats på 2,5%.

Økonomirådgiver ga en kort info om budsjettprosessen. Det ble stilt spørsmål om effekten av tilsyn i fritidsboliger etter hvert kan bli målt? Det er ikke signalisert eller tilrettelagt for rapportering som kan måle effekten av tilsyn fritidsboliger på nasjonalt nivå pr. d.d. MHBR vil se på om dette kan følges opp i eget selskap.

Vedtak: Forslag til vedtak enstemmig vedtatt.

30/22	<p>VIRKSOMHETSPLAN 2023</p> <p>Forslag til vedtak: Styret vedtar det fremlagte forslaget til virksomhetsplan for Midt-Hedmark brann- og redningsvesen IKS.</p> <p>Saksopplysninger: Virksomhetsplan MHBR IKS 2023 er tredje driftsåret innen gjeldende Strategisk Plan-periode, og bygger videre på de målsettinger som gjelder for perioden. De prioriteter som starter opp i 2023 er behandlet og vedtatt av styret og representantskapet. Det har kommet inn en endring siden Strategisk Plan ble vedtatt og det er arbeid med Forebyggende- og Beredskapsanalysen, som er lovpålagt gjennom ny forskrift fra 01.03.2022. Dette arbeidet er startet opp, men vil også i 2023 være en stor aktivitet som vil involvere hele selskapet opp til og med våre kommunestyre. En slik oppgave vil måtte forskyve andre aktiviteter, da den er meget krevende.</p> <p>Virksomhetsplanen for MHBR har i tillegg en rekke underliggende planer som selskapet benytter til intern styring. Det gjelder investeringer, kompetanseheving og selskapet vil i 2023 utvikle planer innen vedlikehold av materiell og kjøretøy.</p> <p><i>Brannsjefen ga en utfyllende info om prosessen rundt virksomhetsplanen. Forventninger og forpliktelser som kompetanse og materiell ble presentert i møtet, og om en vedlikeholdsplan som det jobbes med. Brannsjefen svarte ut spørsmålet om bruk av vikarer fra Hedmarken Brannvesenet som er utvidet med 1 mnd. (ut 2022).</i></p> <p>Vedtak: Forslag til vedtak enstemmig vedtatt.</p>												
31/22	<p>FOREBYGGENDE- OG BEREDSKAPSANALYSE</p> <p>Forslag til vedtak: Styret tar orienteringssaken til etterretning.</p> <p>Saksopplysninger: Ny Forskrift om organisering, bemanning og utrustning av brann- og redningsvesen og nødmeldesentralene (brann- og redningsvesenforskriften) ble gjeldende fra 1. mars 2022. Denne stiller krav om TO nye analyser for brann- og redningsvesen i Norge. Henholdsvis Forebyggendeanalyse og Beredskapsanalyse. Saken er informert og forankret i styret og representantskapet i tidligere møter.</p> <p>Selskapet har jobbet videre med de innspill som kom ved forrige styrebehandling, og ser at det vil være behov for å justere den ordinære tidsplanen noe. Det vil sikre bedre tid til intern utvikling, men også sikre at tid til kvalitetssikring fra ekstern støtte også blir ivaretatt på en bedre måte.</p> <p>Ny revidert tidsplan for arbeidet:</p> <table border="1" data-bbox="300 1653 1458 2047"> <thead> <tr> <th data-bbox="300 1653 635 1794">Forebyggende Beredskaps-analyse</th> <th data-bbox="635 1653 1050 1794">Informasjon om prosess Forankring Delkonklusjoner</th> <th data-bbox="1050 1653 1458 1794">Konklusjoner Anbefalinger</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="300 1794 635 1877">Styret</td> <td data-bbox="635 1794 1050 1877">19.sep 22</td> <td data-bbox="1050 1794 1458 1877">Mar 23/Jun 23/Sep 23</td> </tr> <tr> <td data-bbox="300 1877 635 1960">Representantskap</td> <td data-bbox="635 1877 1050 1960">14.nov 22</td> <td data-bbox="1050 1877 1458 1960">Nov 23*)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="300 1960 635 2047">Kommunestyre</td> <td data-bbox="635 1960 1050 2047">Jan 23 - Feb 23</td> <td data-bbox="1050 1960 1458 2047">Nov 23 - Feb 24</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="1054 2063 1426 2078">*) behov for ekstraordinært repskap vurderes</p>	Forebyggende Beredskaps-analyse	Informasjon om prosess Forankring Delkonklusjoner	Konklusjoner Anbefalinger	Styret	19.sep 22	Mar 23/Jun 23/Sep 23	Representantskap	14.nov 22	Nov 23*)	Kommunestyre	Jan 23 - Feb 23	Nov 23 - Feb 24
Forebyggende Beredskaps-analyse	Informasjon om prosess Forankring Delkonklusjoner	Konklusjoner Anbefalinger											
Styret	19.sep 22	Mar 23/Jun 23/Sep 23											
Representantskap	14.nov 22	Nov 23*)											
Kommunestyre	Jan 23 - Feb 23	Nov 23 - Feb 24											

	<p><i>Brannsjefen ga en kort info om status på analysearbeidet. Det ble orientert om ny oppdatert tidsplan.</i></p> <p>Vedtak: Forslag til vedtak enstemmig vedtatt.</p>
32/22	<p>ORIENTERINGSSAKER</p> <p>Forslag til vedtak: Styret tar orienteringssaker til etterretning.</p> <p>Følgende orienteringssaker ble presentert:</p> <p>Brannsjefen informerte om følgende temaer:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Leveranser og overordnede mål pr. november 2022 ble vist fram og informert om. <p>Beredskap:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Har gjennomført første aspirantkull som har vært igjennom 1 års opplæringsperiode og grunnkurset. ➤ Opplæring og øvelser på den nye liften er godt i gang, men det er mye og sette seg inn i og det tar tid. ➤ Gjennomført undervisningsdag for kurselever fra Sivilforsvaret. ➤ Det jobbes med «Arbeid i høyden» og opplæring av de ansatte. ➤ Dyreredning: <ul style="list-style-type: none"> - Statsforvalteren har gitt MHBR tilskudd til materiellsatser som skal benyttes til dyreredning i «fjellregionen». - Opplæring er i gan i flere av våre kommuner. Det er ansatte på Tynset som er ansvarlig for opplæringen. ➤ CBRN-hendelse i Våler – øvelse er gjennomført med en case, som var en minibuss med 16 ungdommer som kolliderer med tankbil fylt med ammoniakk. ➤ Spesielle hendelser: <ul style="list-style-type: none"> - Vært mange trafikkulykker som preger risikobildet, hatt to dødsulykker i vårt område på en uke. - Psykiatrispasienter skaper mange oppdrag for nødetatene. - Har hatt to større branner i Åsnes i høst, Jordan fabrikk og kornsiloen. <p>Brannforebyggende:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Stor etterspørsel etter informasjon- og motivasjonstiltak i kommunene etter pandemien. <ul style="list-style-type: none"> - Hatt opplæring for Tynset opplæringscenter for 105 flyktninger. - Hatt opplæring for ansatte innen helse. - Deltatt på stand på utdanningsmesse i Trysil. - Gjennomført trygghetstreff i flere kommuner sammen med sanitetsforeningen i den enkelte kommune. - Ifbm. Brannvesenets julekalender 2022 har vi besøkt alle 4. klassene i hele MHBR, ca. 500 elever. - Røykvarslerens dag 1. desember ble markert med stand på noen av våre kjøpesentre. - Trygg hjemme prosjekt er det gjennomført samarbeidsmøte med bl.a. Tynset. - Åpen brannstasjon ble gjennomført 24. september hvor Bjørnis engasjerte barna med viktig brannbudskap og med Bjørnisdans til slutt. <p>Boligseksjonen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vi ligger litt etter men noe feiing og tilsyn i noen kommuner. ➤ Seksjonen har jobbet med å styrke vår gjennomføringsevne på tilsyn og feiing av fritidsboliger i vårt tjenesteområde. Fra 2023 vil det være 2 årsverk i boligseksjonen som skal utføre tilsyn og feiing på alle fritidsboliger. Mer informasjon er tilgjengelig på

	<p>hjemmesiden vår, www.mhbr.no</p> <p>Status brannstasjoner:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Våler: <ul style="list-style-type: none"> - Møte mellom kommunen og Plan 1 vedr. ombygging av dagens lokaler. ➤ Elverum: <ul style="list-style-type: none"> - Garasjer er byggetrinn 1 og oppstart blir på nyåret, forhåpentligvis ferdig våren 2023. - Ren/uren sone er byggetrinn 2 og oppstart forhåpentligvis våren 2023. - Byggingen blir en samkjøring med Ambulansetjenesten/Sykehuset Innlandet. ➤ Trysil: <ul style="list-style-type: none"> - Prosjektmøte med Trysil Industrihus og Trysil kommune er gjennomført. - Skisser foreligger og planlagt byggestart er våren 2023. ➤ Tynset: <ul style="list-style-type: none"> - Bygging pågår hvor det blir ny plass for feierne med garderober dame/herre, kontorer og garasje til bilene. <p>Gjennomgang av IKS – SØIPR</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Oppdatering etter representantskapsmøte: <ul style="list-style-type: none"> - Vedtak: Representantskapet tar saken til orientering, og vedtar ut fra en helhetsvurdering at tiltaket sees i sammenheng med og innarbeides i planlagt analysearbeid i henhold til ny forskrift, jf. sak 14/22, ble vedtatt med 11 mot 7 stemmer. - Innebærer at intensjonen med initiativet til SØIPR må innarbeides og gjennomføres som en del av de to analysene som utarbeides nå. <p>Annet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Økonomi – 110 Innlandet: <ul style="list-style-type: none"> - Vedtak: Representantskapet tar den fremlagte orientering til etterretning og oppfordrer medlemmer i representantskapet til å løfte saken gjennom KS på vegne av egne kommuner. - Viktig at politikerne i kommunene tar dette med videre nå og følger opp det.
33/22	<p>STYRETS EGEN TID</p> <p>Styret gjennomgikk utfallet av styreleders samtale med brannsjef og lønns- og arbeidsvilkår.</p>
34/22	<p>EVENTUELT</p> <p>Neste styremøte mandag 13. mars 2023 kl. 10:00 i Stor-Elvdal.</p> <p>Styremøter i 2023:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mandag 13. mars i Stor-Elvdal • Onsdag 14. juni i Folldal • Mandag 18. september i Tynset • Mandag 4. desember i Elverum

Møtet hevet kl. 12:00


 Sven Inge Sunde
 Leder

Jorunn Graff Bjørnensen
Nestleder

Helen Margrethe Schjelderup
Styremedlem

Lage Trangsrud
Styremedlem

Arne Hagestrø
Styremedlem

Bjørn Thomas Berget
Styremedlem

John Olav Sundli
Styremedlem

Tommy Kristoffersen
Styremedlem

Tone Hagen
Styremedlem

Eva Nyhus
Styremedlem

Tove Lisbeth Finstad
Styremedlem

Anders Øverby
Styremedlem

Terje Haugland
Styremedlem