Salten Kontrollutvalgservice
Postboks 54, 8138 Inndyr

Vår dato:	Jnr	ark
29.05.2019	19/483	416– 5.1

Medlemmer i Meløy kommunes kontrollutvalg

INNKALLING TIL MØTE I KONTROLLUTVALGET

Møtedato: Torsdag, 6. juni 2019 kl. 10.00
Møtested: Møterom Grønøy, rådhuset, Ørnes

SAKSLISTE

Saksnummer	Sakstittel
13/19	Godkjenning av protokoll fra kontrollutvalgets møte 30. april 2019
14/19	Rapport forvaltningsrevisjon: Hjemmetjenesten
15/19	Prioritering av tema for forvaltningsrevisjon
16/19	Orienteringer fra revisjon og sekretariat
17/19	Eventuelt

Eventuelle forfall bes meldt leder eller sekretariat (470 37 452)

Ågskardet, 29. mai 2019

Aud Angell (s)
Leder kontrollutvalget

Lars Hansen
Sekretær for kontrollutvalget

Kopi sendes: Ordfører, rådmann, Salten kommunerevisjon IKS, varamedlemmer i kontrollutvalget til orientering (varamedlemmer møter kun etter særskilt innkalling).

Salten Kontrollutvalgservice
Postboks 54, 8138 Inndyr

Vår dato:	Jnr	ark
29.05.2019	19/484	416– 5.3

SAK 07/19

Godkjenning av protokoll fra kontrollutvalgets møte 30. april 2019

Saksgang:
Kontrollutvalget

Møtedato:
06.06.2019

Vedlegg:

- Protokoll fra kontrollutvalgets møte 30. april 2019

Bakgrunn for saken:
Protokoll fra forrige møte legges frem for godkjenning av kontrollutvalget.

Forslag til vedtak:
Protokoll fra kontrollutvalgets møte 30. april 2019 godkjennes.

Inndyr, 29. mai 2019

Lars Hansen
Sekretær for kontrollutvalget

Salten Kontrollutvalgservice
Postboks 54, 8138 Inndyr

Vår dato:	Jnr	ark
30.04.2019	19/401	416– 5.4

PROTOKOLL – MELØY KONTROLLUTVALG

Møtedato: **Tirsdag, 30. april 2019 kl. 09.00 – 11.20**
Møtested: **Møterom Grønøy, rådhuset**
Saksnr.: **07/19 – 12/19**

Til stede:
Aud Angell, leder,
Bjørn Sleipnes, nestleder

Forfall:
Sture Bang

Varamedlemmer:
Johanne Rasmussen møtte for Sture Bang

Øvrige:
Daglig leder Meløy Utvikling KF, Stine Estensen, sak 09/19
Økonomisjef Eva Stokvik, sak 10/19
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor Bjørn Vegard Gamst, og
Revisjonssjef Per Asbjørn Andersen, Salten kommunerevisjon IKS
Sekretær for kontrollutvalget Lars Hansen

Godkjenning av innkalling
sakliste
Innkalling og sakliste til møtet ble godkjent.

Merknader:
Ingen.

SAKSLISTE

Saksnummer	Sakstittel
07/19	Godkjenning av protokoll fra kontrollutvalgets møte 19. februar 2019
08/19	Rapport selskapskontroll / forvaltningsrevisjon IRIS Salten IKS – Selvkost og offentlige anskaffelser
09/19	Årsregnskap 2018 Meløy Utvikling KF– uttalelse fra kontrollutvalget
10/19	Årsregnskap 2018 Meløy kommune – uttalelse fra kontrollutvalget
11/19	Orienteringer fra revisjon og sekretariat
12/19	Eventuelt

07/19 Godkjenning av protokoll fra kontrollutvalgets møte 19. februar 2019

Forslag til vedtak:
Protokoll fra kontrollutvalgets møte 19. februar 2019 godkjennes.

Votering:
Forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Vedtak:
Protokoll fra kontrollutvalgets møte 19. februar 2019 godkjennes.

08/19 Rapport selskapskontroll / forvaltningsrevisjon IRIS Salten IKS – Selvkost og offentlige anskaffelser

Forslag til vedtak (innstilling til kommunestyret):
1. Forvaltningsrevisjonsrapporten Iris Salten IKS – Selvkost og Offentlige anskaffelser er forelagt kommunestyret i Meløy og tas til etterretning.
2. Kommunestyret ber selskapet merke seg rapportens anbefalinger.
3. Kommunestyret vil særlig trekke frem .....

Omforent forslag:
1. Forvaltningsrevisjonsrapporten Iris Salten IKS – Selvkost og Offentlige anskaffelser er forelagt kommunestyret i Meløy og tas til etterretning.
2. Kommunestyret ber selskapet merke seg rapportens anbefalinger.
3. Kontrollutvalget bes rapportere til kommunestyret innen 1. halvår 2020 om oppfølgning av kommunestyrets vedtak.

Votering:
Omforent forslag ble enstemmig vedtatt.

Vedtak (innstilling til kommunestyret):
1. Forvaltningsrevisjonsrapporten Iris Salten IKS – Selvkost og Offentlige anskaffelser er forelagt kommunestyret i Meløy og tas til etterretning.
2. Kommunestyret ber selskapet merke seg rapportens anbefalinger.

3. Kontrollutvalget bes rapportere til kommunestyret innen 1. halvår 2020 om oppfølgning av kommunestyrets vedtak.

09/19 Årsregnskap 2018 Meløy Utvikling KF– uttalelse fra kontrollutvalget

Daglig leder Stine Estensen møtte fra foretaket for å redegjøre og svare på spørsmål.

Forslag til vedtak:
Til kommunestyret i Meløy:

Kontrollutvalgets uttalelse om Meløy Utvikling KF sitt årsregnskap for 2018.

Kontrollutvalget har i møte 30. april 2019 behandlet Meløy Utvikling KF sitt årsregnskap for 2018.

Grunnlaget for behandlingen har vært det avlagte årsregnskapet, revisjonsberetningen datert 12.04.2019, og foretakets årsberetning for 2018. I tillegg har ansvarlig revisor og foretakets daglige leder supplert kontrollutvalget med muntlig informasjon om aktuelle problemstillinger

Kontrollutvalget registrerer at regnskapet legges frem med et mer-/mindreforbruk med kr 0.

Utover dette og det som fremgår av revisjonsberetningen til årsregnskapet datert 12. april 2019, har kontrollutvalget ingen merknader til Meløy Utvikling KFs årsregnskap for 2018.

Votering:
Forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Til kommunestyret i Meløy:

Kontrollutvalgets uttalelse om Meløy Utvikling KF sitt årsregnskap for 2018.

Kontrollutvalget har i møte 30. april 2019 behandlet Meløy Utvikling KF sitt årsregnskap for 2018.

Grunnlaget for behandlingen har vært det avlagte årsregnskapet, revisjonsberetningen datert 12.04.2019, og foretakets årsberetning for 2018. I tillegg har ansvarlig revisor og foretakets daglige leder supplert kontrollutvalget med muntlig informasjon om aktuelle problemstillinger

Kontrollutvalget registrerer at regnskapet legges frem med et mer-/mindreforbruk med kr 0.

Utover dette og det som fremgår av revisjonsberetningen til årsregnskapet datert 12. april 2019, har kontrollutvalget ingen merknader til Meløy Utvikling KFs årsregnskap for 2018.

10/19 Årsregnskap 2018 Meløy kommune – uttalelse fra kontrollutvalget

Økonomisjef Eva Stokvik møtte fra administrasjonen for å redegjøre og svare på spørsmål.

Forslag til vedtak:
Til kommunestyret i Meløy:

Kontrollutvalgets uttalelse om Meløy kommunes årsregnskap for 2018.

Kontrollutvalget har i møte 30. april 2019 behandlet Meløy kommunes årsregnskap for 2018.

Grunnlaget for behandlingen har vært det avlagte årsregnskapet, revisjonsberetningen datert 12.04.2019, og rådmannens årsberetning for 2018. I tillegg har ansvarlig revisor og rådmannen supplert kontrollutvalget med muntlig informasjon om aktuelle problemstillinger

Kontrollutvalget mener at presentasjon av årsregnskapet med tilhørende spesifikasjoner og noter samt rådmannens årsberetning, tilfredsstiller brukernes informasjonsbehov og gir et riktig inntrykk av Meløy kommunes aktivitet i 2018.

Kontrollutvalget har merket seg at årsregnskapet for 2018 viser et mindreforbruk med kr 16 189 239,28. Utvalget er ikke kjent med forslag til disponering av dette.

Ut over ovennevnte, og det som fremgår av saksfremlegget til kontrollutvalget i regnskapssaken og revisjonsberetningen av 12.04.2019, har kontrollutvalget ikke merknader til Meløy kommunes årsregnskap for 2018.

Omforent forslag:
Til kommunestyret i Meløy:

Kontrollutvalgets uttalelse om Meløy kommunes årsregnskap for 2018.

Kontrollutvalget har i møte 30. april 2019 behandlet Meløy kommunes årsregnskap for 2018.

Grunnlaget for behandlingen har vært det avlagte årsregnskapet, revisjonsberetningen datert 12.04.2019, og rådmannens årsberetning for 2018. I tillegg har ansvarlig revisor og rådmannen supplert kontrollutvalget med muntlig informasjon om aktuelle problemstillinger

Kontrollutvalget mener at presentasjon av årsregnskapet med tilhørende spesifikasjoner og noter samt rådmannens årsberetning, tilfredsstiller brukernes informasjonsbehov og gir et riktig inntrykk av Meløy kommunes aktivitet i 2018.

Kontrollutvalget har merket seg at årsregnskapet for 2018 viser et mindreforbruk med kr 16 189 239,28. Utvalget er kjent med forslag til disponering av mindreforbruket fordelt på hhv avsetning til premieavviksfond og kommunalt disposisjonsfond. Utvalget har ingen merknader til de foreslåtte avsetningene.

Ut over ovennevnte, og det som fremgår av saksfremlegget til kontrollutvalget i regnskapssaken og revisjonsberetningen av 12.04.2019, har kontrollutvalget ikke merknader til Meløy kommunes årsregnskap for 2018.

Votering:
Omforent forslag ble enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Til kommunestyret i Meløy:

Kontrollutvalgets uttalelse om Meløy kommunes årsregnskap for 2018.

Kontrollutvalget har i møte 30. april 2019 behandlet Meløy kommunes årsregnskap for 2018.

Grunnlaget for behandlingen har vært det avlagte årsregnskapet, revisjonsberetningen datert 12.04.2019, og rådmannens årsberetning for 2018. I tillegg har ansvarlig revisor og rådmannen supplert kontrollutvalget med muntlig informasjon om aktuelle problemstillinger

Kontrollutvalget mener at presentasjon av årsregnskapet med tilhørende spesifikasjoner og noter samt rådmannens årsberetning, tilfredsstiller brukernes informasjonsbehov og gir et riktig inntrykk av Meløy kommunes aktivitet i 2018.

Kontrollutvalget har merket seg at årsregnskapet for 2018 viser et mindreforbruk med kr 16 189 239,28. Utvalget er kjent med forslag til disponering av mindreforbruket fordelt på hhv avsetning til premieavviksfond og kommunalt disposisjonsfond. Utvalget har ingen merknader til de foreslåtte avsetningene.

Ut over ovennevnte, og det som fremgår av saksfremlegget til kontrollutvalget i regnskapssaken og revisjonsberetningen av 12.04.2019, har kontrollutvalget ikke merknader til Meløy kommunes årsregnskap for 2018.

11/19 Orienteringer fra revisjon og sekretariat

Revisjonen orienterte:

- Nordland fylkeskommunes henvendelse om tilslutning til Salten kommunerevisjon IKS: Fylkeskommunens kontrollutvalg har behandlet spørsmålet i sist møte og vil anbefale for fylkestinget å stanse prosessen.
- Bemanning: Daglig leder går av med pensjon juni 2019, og det er tilsatt ny daglig leder i Liv Anne Kildal, som for tiden er avdelingsleder ved Bodø-kontoret. Assisterende revisjonssjef går også av, og erstattes med stilling som avdelingsleder på Fauskekontoret ved tilsetting av Jonny Riise.

Sekretariatet orienterte:

- Om dokumenter vedlagt saken.
- Det er kommet spørsmål fra revisjonen om mulighet for å flytte møtet som er satt opp 28. mai 2019, begrunnet med at utførende forvaltningsrevisor vil være fraværende denne datoen.

Utvalget ber om sak til neste møte med prioritering av ny forvaltningsrevisjon.

Vedtak:

Orienteringene tas til orientering.

Utvalgets møte 28. mai 2019 flyttes til 6. juni 2019.

12/19 Eventuelt

Det fremkom ikke ytterligere saker til behandling.

Ørnes, den 30. april 2019

Lars Hansen
Sekretær for kontrollutvalget

Utskrift sendes:
Kontrollutvalgets medlemmer, varamedlemmer
Meløy kommune v/ ordfører og rådmann,
Salten kommunerevisjon IKS

Salten Kontrollutvalgservice
Postboks 54, 8138 Inndyr

Vår dato:	Jnr	ark
29.05.2019	19/485	416– 5.3

SAK 14/19

Rapport forvaltningsrevisjon: Hjemmetjenesten

Saksgang:	Møtedato:
Kontrollutvalget	06.06.2019

Vedlegg:

- Salten kommunerevisjon IKS 9.5.2019: Rapport Forvaltningsrevisjon Hjemmetjenesten

Bakgrunn for saken

Kommunestyret vedtok i sak 77/16, Plan for forvaltningsrevisjon 2016 – 2019 med følgende prioriteringer:

1. Økonomistyring (gjennomført)
2. Barnevern
3. Kvalitet og behovsdekning pleie- og omsorgstjeneste (hjem- og institusjon)
4. Internkontroll og beredskap ved IKT-systemer
5. Elevenes psykososiale skolemiljø

Kommunestyret ga kontrollutvalget myndighet til å foreta endringer av planen i planperioden der kontrollutvalget finner det nødvendig.

På denne bakgrunn har kontrollutvalget i sin sak 16/18, 10. april 2018 foretatt en bestilling av forvaltningsrevisjon Behovsdekning i hjemmetjenesten. Vedlagte rapport inneholder resultatet

av revisors undersøkelser. Revisor opplyser at det har gått med 266 timer til utarbeidelse av rapport. På tidspunktet for bestilling var det lagt opp til en ressursbruk på cirka 350 timer.

Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å få vurdert kvaliteten på pleie- og omsorgstjenesten i brukers eget hjem, og å vurdere dette opp mot lovkrav til tjenestene og krav til dekning.

For å belyse dette har revisor foretatt undersøkelser i forhold til følgende problemstilling:

1. I hvilken grad leverer Meløy kommune hjemmetjeneste til innbyggerne i samsvar med gjeldende regelverk?

Rapporten er basert på gjennomgang av skriftlig dokumentasjon, herunder stikkprøver av vedtak, kartlegging av bruker, avslag på søknad om langtidsplass institusjon og av tiltaksplaner. Revisor har i tillegg gjennomført en spørreundersøkelse blant ansatte i hjemmetjenesten avdeling nord. Det er i tillegg gjennomført intervjuer med leder og saksbehandler tildelingskontoret, samt virksomhetsleder og fagleder hjemmetjenesten nord.

Revisjonskriterier (krav og forventinger som kan stilles til den funksjon/aktivitet som undersøkes av revisjonen) er utledet fra følgende: Helse og omsorgstjenesteloven, kommunale vedtak/retningslinjer, Forvaltningsloven, Veileder for saksbehandling, Pasient- og brukerrettighetsloven samt rundskriv. En fullstendig utledning av revisjonskriterier finnes i eget vedlegg til rapporten, side 41-47.

Revisors funn og vurderinger: Problemstilling 1: I hvilken grad leverer Meløy kommune hjemmetjeneste til innbyggerne i samsvar med gjeldende regelverk?

Revisors funn og vurderinger:

Meløy kommune skal tilby helsetjenester i hjemmet:

Kommunen tilbyr helsetjenester i hjemmet, arbeidet utføres av helsearbeidere og tjenesten ytes 24 timer i døgnet.

Meløy kommune skal gi et skriftlig varsel til bruker dersom vedtak ikke fattes innen en måned etter søknad er mottatt:

Tildelingskontoret gir skriftlig svar på søknader fra nye brukere. Dersom svar ikke kan gis innen en måned gis bruker informasjon om forlenget saksbehandlingstid.

Meløy kommune skal kartlegge behovene til bruker ved hjemmebesøk:

Brukere kartlegges når det kommer søknad fra nye brukere, enten per telefon eller ved hjemmebesøk. Avhengig av sykdomsbildet kan kartleggingen utføres av demens- eller kreftsykepleier. Tildelingskontoret har ansvar for å sørge for kartlegging, men ved behov kan denne utføres av den utførende tjenesteenheten. Brukere som allerede har en tjeneste kartlegges av hjemmetjenesten. Gjennomførte kartlegginger legges i brukers journal, og er grunnlaget for vedtak. Mal for kartlegging inneholder spørsmål til bruker, og opplysninger om hvilken informasjon bruker skal få fra den som utfører kartleggingen.

Meløy kommune skal utarbeide enkeltvedtak som skal inneholde redegjørelse og beskrivelse i henhold til forvaltningsloven:
Revisor har gjennomgått 8 enkeltvedtak, og for 3 av disse manglet kartlegging av brukerne. Det var skrevet enkeltvedtak på 7 av 8 brukere. Den siste brukeren hadde imidlertid ingen tjeneste, så alle av de undersøkte som skulle ha enkeltvedtak hadde fått dette. Enkeltvedtakene inneholder: redegjørelse for hvilke regler som er anvendt, faktum som ligger til grunn for avgjørelsen, og en redegjørelse om hvilke hovedhensyn som har vært avgjørende i skjønnsutøvelsen.

Meløy kommune skal ved avslag på sykehjemsplass informere bruker om sine rettigheter til å få hjelp hjemme:
Revisor har undersøkt 6 avslag på søknad om sykehjemsplass, og de inneholder alle informasjon om at bruker ved behov kan få økt hjelp i hjemmet. Revisor får opplyst at det var 5 personer på venteliste på langtids sykehjemsplass.

Meløy kommune bør gjennomføre forebyggende hjemmebesøk:
Kommunen har ikke startet med slike forebyggende besøk, men revisor får opplyst at tjenesten er i en prosess for oppstart av dette.

Ledelsen skal ha oversikt over mål og relevant regelverk for virksomheten og sikre at dette er kjent for andre ansatte:
Revisor får opplyst at det i ansattportalen i kommunens programvare for tjenesten ligger rutiner, prosedyrer, noen risikovurderinger og relevant lovverk samt veiledninger. Videre at ansatte har plikt til å gå inn i portalen for å holde seg oppdatert. Imidlertid har ikke alle ansatte fått opplærings i å bruke dette systemet. Spørreundersøkelsen blant ansatte bekreftet at det varierte hvor ofte den enkelte ansatte bruker ansattportalen. Undersøkelsen viste videre at en overvekt av de ansatte ikke vet hvor de kan finne lokale arbeidsrutiner eller lovverk / veiledere på fagområdet. Åtte av 17 ansatte opplyser at de ikke har fått opplæring i bruk av ansattportalen.

Ledelsen skal ha oversikt over risiko, uønskede hendelser og behov for forbedringer:
Virksomhetsplan for hjemmetjenesten i nord beskriver utviklingstiltak, driftstiltak og hvem som er ansvarlige for tiltak. Tidspunkt for gjennomføring nevnes ikke. Planen er gjort kjent for ansatte ved oppslag på arbeidsplassen. Avvik kan meldes i kvalitetssystemet Risk Manager. Virksomhetsleder er mottager av avvik, og ansvarlig for lukking av avvik. Spørreundersøkelsen blant ansatte viser at 9 svarer ja og 8 nei på spørsmål om de vet hvordan avvik meldes. Blant de som ikke skriver avvik er det varierende svar på hvorfor det ikke skrives avvik (bl.a ikke behov, manglende opplæring, eller at ledelsen ikke gjorde noe med avvikene).
Det er ikke utarbeidet en felles oversikt over pasientskader, og ingen overordnet oversikt over risikohendelser.

Ledelsen skal sørge for at de har personell med nødvendig kompetanse, og ha oversikt over medarbeiderens kompetanse og behov for opplæring:
Det er utarbeidet en kompetanseplan (samlet for hele Helse- og omsorgsavdelingen). Her fremkommer bl.a hvilke ansatte som tar videre utdanning og virksomhetens kompetansebehov. Revisor har innhentet en oversikt over de ansatte og deres kompetanse.

Leder skal sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføre tiltak i tråd med vedtatte planer:
Virksomheten opplyser at de har en oversikt med fordeling av ansatte på de ulike rutene. På den ansattes mobil finnes ruten med brukere og liste over hva de skal gjøre. Der finnes tiltaksplan, medisinliste og pårørendeinformasjon. Alle brukere har en tiltaksplan hvor sykdomsbildet og behandling fremkommer. Revisor har undersøkt om det foreligger tiltaksplan for til sammen 10 brukere. Av disse hadde 2 ikke tiltaksplan, og for begge disse ligger ansvar for bruker hos kreftsykepleier.

Ledelsen skal sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at en samlet kunnskap og erfaring utnyttes:
Det gjennomføres morgenmøte hver morgen med ansatte som skal på dagvakt, og her gjennomgås skriftlige beskjeder fra ansatte om endringer i tiltaksplaner, endring i brukers behov, ideer til forbedringstiltak eller ønsker / behov som er uttrykt fra brukers side. Tilsvarende gjennomgang gjøres ved overgang til ettermiddagsvakt. I spørreundersøkelsen er ansatte spurt om hvordan de opplever at deres forslag til forbedring blir mottatt. En svarte «dårlig», ni svarte «verken eller», seks svarte «bra» og 1 svarte «veldig bra».

Ledelsen skal systematisk innhente informasjon fra pasienter, brukere og pårørende:
Sist brukerundersøkelse er 4 år gammel, og det finnes ingen rutine for gjennomføring av dette. Ifølge virksomhetsplanen skal brukerundersøkelse gjennomføres en gang hvert år. Revisor nevner at forslag til forbedringer fra ansatte fanges opp og blir kontinuerlig fulgt opp.

Ledelsen skal evaluere iverksatte tiltak:
Her nevnes at Hjemmetjenesten nord har personalmøter hver annen måned, og at det tas opp forbedringspotensial i virksomheten. Revisor opplyser at de ikke kan *«se at virksomheten har skriftlige rutiner for evaluering eller medvirkning fra ansatte, eller bruker -erfaringer. Men ifølge virksomhetsleder og fagleder gjøres dette i praksis.»*

Ledelsen skal sørge for å lukke uforsvarlige og lovstridige forhold:
Den som melder avvik kan se at avviket er satt under behandling og kan se hva som er gjort med det meldte avviket. Revisor har innhentet informasjon om de 53 meldte avvikene de siste 6 månedene. Av disse er 47 lukket og 6 under behandling. På spørsmål til de ansatte om de opplever at meldte avvik følges opp, svarer 9 av 17 nei.

Når det gjelder saksbehandling på området vurderer revisjonen det samlet sett slik at kommunen i stor grad behandler søknader for hjemmebaserte tjenester etter krav i lov og forskrift.

Når det gjelder ledelse og kvalitetsforbedring peker revisor på leders ansvar for at regelverk og ansatte er kjent for de ansatte, og mener kommunen bør prioritere *«systematisk opplæring av ansatte i digitalkompetanse».* Også i forhold til spørsmål om risiko, uønskede hendelser og forbedringsbehov peker revisor på viktigheten av opplæring av ansatte. Videre peker revisor på at det ikke er en systematisk innhenting av erfaringer og ideer fra de ansatte. Når det gjelder erfaringer fra bruker og pårørende mener revisor dette bør innhentes systematisk. Etter revisors vurdering foregår det ikke en systematisk evaluering av driften, og at det bør *«gjennomføres en systematisk innhenting av tilbakemeldinger eller målinger for evaluering, for å tilfredsstille kravet i lov og forskrift.»* Revisor peker også på viktigheten av at virksomheten behandler avvik og gjennomgår dem med de ansatte.

Revisors anbefalinger:

- Meløy kommune skal kartlegge brukere og lagre denne på journalen
- Meløy kommune bør prioritere å gi ansatte systematisk opplæring i digital kompetanse.
- Meløy kommune skal ha systematisk gjennomgang av virksomheten for å få en oversikt over risikoområder og behov for forbedringer.
- Meløy kommune skal sørge for at alle brukere har oppdatert tiltaksplan for hvilke tjenester de skal ha.
- Meløy kommune skal systematisk innhente erfaringer og ideer fra ansatte.
- Meløy kommune skal gjennomføre en systematisk innhenting av tilbakemeldinger og/eller målinger for å evaluere virksomheten.
- Meløy kommune bør se til at virksomheten behandler avvikene og går igjennom dem sammen med ansatte og har en dialog for å forbedre tjenesten og minske risikoen for avvik.

Rådmannens kommentar:
I henhold til Standard for forvaltningsrevisjon legges rapporten frem til rådmannen for dennes kommentar. Kommentaren er i sin helhet tatt med i eget vedlegg (1) til rapporten.

Vurdering:
Salten kommunerevisjon IKS har gjennomført undersøkelser og utarbeidet rapport som samsvarer med prosjektplanen, og i samsvar med kravene i Standard for forvaltningsrevisjon.

Rapporten får frem at kommunen på dette området i stor grad har en god hånd om krav til saksbehandling.

Rapporten får også frem at det i det daglige arbeides med tiltak for å forbedre tjenesten, men at dette i mindre grad er et overordnet og systematisk arbeide. Revisor har gitt konkrete anbefalinger til forbedringer på dette området.

I henhold til bestilling skulle rapporten leveres innen utgangen av 2018. Det er svært uheldig at det går mer enn ett år fra bestilling av rapporten til den foreligger. Når revisors arbeide først kom i gang ble arbeidet gjennomført godt innenfor den tidsramme som var opprinnelig planlagt.

Forslag til vedtak (innstilling til kommunestyret):

1. Forvaltningsrevisjonsrapporten Hjemmetjenesten er forelagt kommunestyret i Meløy og tas til etterretning.
2. Kommunestyret ber rådmannen merke seg rapportens anbefalinger.
3. Kommunestyret vil særlig trekke frem …..

Inndyr, 29. mai 2019

Lars Hansen
Sekretær for kontrollutvalget

SALTEN KOMMUNEREVISJON

Forvaltningsrevisjon

Hjemmetjenesten

Meløy kommune

Rapport Mai 2019

FORORD

Salten kommunerevisjon IKS eies av kommunene Beiarn, Bodø, Fauske, Gildeskål, Hamarøy. Meløy, Saltdal, Steigen og Sørfold i Salten- regionen i Nordland fylke.

Salten kommunerevisjon IKS utfører forvaltningsrevisjon innenfor en rekke områder, og med forskjellige innfallsvinkler. Vi har 3 forvaltningsrevisorer med følgende profesjoner: Mailen Evjen - statsviter, Kai Andre Blix - siviløkonom og Bjørn Vegar Gamst - jurist, alle med bred erfaringsbakgrunn fra både offentlig- og privat virksomhet.

Forvaltningsrevisjon er en pålagt oppgave i henhold til kommunelovens § 77 nr. 4. Formålet med forvaltningsrevisjon er å utføre systematiske undersøkelser av den kommunale tjenesteproduksjon, myndighetsutøvelse og økonomiske forvaltning, herunder se etter muligheter til forbedringer, eventuelt påpeke svakheter og mangler.

Vi gjennomfører oppdragene i samsvar med Norges kommunerevisorforbunds standard for forvaltningsrevisjon (RSK001).

Kontrollutvalget i Meløy kommune vedtok i møte 10. april 2018 saksnummer 16/18 å gjennomføre en undersøkelse av hjemmetjenesten. Denne rapporten oppsummerer resultatene fra undersøkelsen. Ansvarlig for gjennomføring av undersøkelsen har vært forvaltningsrevisor Mailen Evjen.

Bodø, den 09.05.19

Bjørn-Vegard Gamst
ansvarlig forvaltningsrevisor

Mailen Evjen
forvaltningsrevisor

Innhold:

0. Sammendrag …….4
1. Innledning …….……6
2. Formål, problemstilling og avgrensninger ……..…....7
2.1.Formål …….....……..…..7
2.2.Problemstilling …….....……..……7
2.3.Avgrensninger …….....……..……7
3. Metode og gjennomføring …….…...8
4. Revisjonskriterier …….....10
5. Fakta og vurderinger …….….10
5.1. I hvilken grad leverer Meløy kommune hjemmetjeneste i samsvar med gjeldene regelverk?.....12
5.1.1. Revisjonskriterier …….....…12
5.1.2. Fakta …….....…….....….…12
5.1.3. Vurdering …….....…….....…....30
6. Konklusjon …….…...34
7. Anbefaling.....36
8. Rådmannens kommentar.....37
Litteraturliste.....38
Vedlegg 1 Rådmannens kommentar.....39
Vedlegg 2 Utledning av revisjonskriterier.....41

0. SAMMENDRAG

Salten kommunerevisjon IKS har i denne undersøkelsen gått gjennom saksbehandling og ledelse og kvalitetsforbedring i hjemmetjenesten. Formålet med prosjektet er å få vurdert om kommunen leverer hjemmetjenester til innbyggerne i samsvar med gjeldene regelverk.

Følgende problemstilling ligger til grunn for undersøkelsen:

1. **I hvilken grad leverer Meløy kommune hjemmetjeneste til innbyggerne i samsvar med gjeldene regelverk?**

Innsamlingen av data baserer seg på dokumentstudier samt intervju med en rekke personer som har vært involvert i prosessen.

Undersøkelsen er avgrenset til undersøkelse av tildelingskontoret og hjemmetjenesten avdeling nord. Revisjonen har fokusert på hjemmesykepleie og ikke hjemmehjelp som praktisk bistand til daglige gjøremål. Revisjonen har ikke involvert brukere eller pårørende i undersøkelsen grunnet tidsmessige årsaker.

Rapporten konkluderer med at saksbehandlingen hos tildelingskontoret er i stor grad i samsvar med gjeldene regelverk.

Når det gjelder hjemmetjenesten nord har revisjonen undersøkt deler av kravene som ligger i ledelse og kvalitetsforbedringsforskriften. Ifølge revisjonens undersøkelse har virksomheten forbedringspotensialet både når det gjelder planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering.

Opplæring av ansatte har etter det revisjonen forstår ikke vært systematisert. Opplæring i datasystemet er særs viktig da ansatte skal beherske dette for å gi gode og riktige tjenester til brukere, samt ha mulighet til å gi tilbakemelding på avvik til virksomheten. Revisjonen stiller spørsmålstegn om ressursene i virksomheten er tilstrekkelig for å ivareta denne oppgaven.

Revisjonen mener også at virksomheten bør ha systematiske gjennomganger av virksomheten for å få en oversikt over risikoområder og behov for forbedringer.

I henhold til revisjonens undersøkelse, hadde de fleste en tiltaksplan, med unntak av to brukere. Revisjonens inntrykk er at mye av dette er på plass, men kommunen bør sikre at alle brukere har oppdatert tiltaksplan.

Ansatte har mulighet for innspill til virksomheten for forbedring, men revisjonen kan ikke se at det er en systematisk innhenting av erfaringer og ideer fra ansatte. Kommunen bør se på alternativer for å systematisere dette.

Når det gjelder evaluering av virksomheten mener virksomheten at dette gjøres kontinuerlig, både på personalmøter og på daglige møter med ansatte. Dette er positivt, men revisjonen mener det bør gjennomføres en systematisk innhenting av tilbakemeldinger eller målinger for evaluering, for å tilfredsstille kravet i lov og forskrift.

Avviksmeldingene som revisjonen ar mottatt viser at avvik blir lukket. Det som er viktig er om alle avvik blir registrert og at avvikene som blir meldt blir gjennomgått med ansatte for å unngå at det skjer igjen. Revisjonen mener at det er viktig at virksomheten behandler avvikene og går igjennom dem sammen med ansatte og har en dialog for å forbedre tjenesten og minske risikoen for avvik i fremtiden.

Revisjonens undersøkelse viser at det systematiske arbeide ikke er tilfredsstillende.

Konklusjonen er:

Meløy kommune leverer i noen grad hjemmetjeneste til innbyggerne i samsvar med gjeldene regelverk.

1. INNLEDNING

De største endringene i kommunale helse- og omsorgstjenestene de siste tiårene har skjedd i hjemmetjenestene, og det er først og fremst hjemmesykepleien som vokser. Det er flere grunner til det, blant annet en tredobling av antall yngre brukere under 67 år, samt reformer som har gjort at ansvar og oppgaver har blitt overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har dermed fått nye brukergrupper med mer faglig krevende og komplekse medisinske og psykososiale behov [1].

Hjemmetjenesten yter tjenester med stort personellbehov for å dekke døgnkontinuerlig drift. Det er en krevende virksomhet der brukerne har store og sammensatte helsefaglige problemer. Lederen har ansvar for den faglige kvaliteten og pasientsikkerheten i tjenesten. Det er derfor behov for et godt styringssystem i form av rutiner, faglige prosedyrer og gode avvikssystem [2].

1 januar 2017 trådde *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* i kraft og erstattet den tidligere *forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten*. Kravene til systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet er presisert. Begge forskriftene stiller krav om at kommunens ledelse og ledelsen i de virksomhetene som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal ha et styringssystem som sikrer at aktivitetene planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres slik at brukerne får forsvarlige tjenester og at gjeldene krav blir etterlevd [3].

[1] Omsorg 2020, regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020.
[2] Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet.
[3] Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen, dokument 3:5(2018-2019).

2. FORMÅL, PROBLEMSTILLING OG AVGRENSNINGER

2.1 FORMÅL

Formålet med dette prosjektet er å undersøke om Meløy kommune leverer hjemmetjeneste i samsvar med gjeldene regelverk. Revisjonen har fokusert på saksbehandlerrutiner og om kommunen har et system for styring, ledelse og kvalitetsforbedring.

2.2 PROBLEMSTILLING

Av formålet har vi utledet følgende problemstilling:

1. I hvilken grad leverer Meløy kommune hjemmetjeneste til innbyggerne i samsvar med gjeldende regelverk?

2.3 AVGRENSNINGER

I samsvar med kontrollutvalgets ønske i møtet den 27. februar 2018 konsentrer prosjektet seg om hjemmetjenesten. Grunnet tidsmessige årsaker er ikke brukerne tatt med i undersøkelsen i dette prosjektet. Revisjonen har fokusert på hjemmesykepleie og ikke hjemmehjelp som praktisk bistand til daglige gjøremål. Når det gjelder stikkprøve av vedtak har ikke revisjon vurdert det faglige innholdet, kun at det inneholder de elementer som skal være i et enkeltvedtak. Revisjonen har avgrenset undersøkelsen til virksomheten nord, dette grunnet tidsmessige årsaker.

3. METODE OG GJENNOMFØRING

Undersøkelsen er gjennomført i henhold til Norges kommunerevisorforbunds Standard for forvaltningsrevisjon RSK 001.

Innsamlingen av data baserer seg på intervju med følgende personer:

- Leder tildelingskontoret
- Saksbehandler tildelingskontoret
- Virksomhetsleder hjemmetjenesten nord
- Fagleder hjemmetjenesten nord

I undersøkelsen er det også gått igjennom en god del skriftlig dokumentasjon, samt stikkprøver av vedtak og karlegging av bruker. Det er også gjort stikkprøver av avslåtte søknader for langtidsopphold i institusjon. Vi har også tatt stikkprøver av tiltaksplaner. I tillegg har revisjonen sendt ut en spørreundersøkelse til ansatte på hjemmetjenesten avdeling nord.

Stikkprøver av vedtak og karlegginger

Revisjonen ba først om å få en oversikt over nye søknader for hjemmesykepleie i Meløy kommune for januar 2018, samt desember 2018. I januar 2018 var det ti nye søknader og revisjonen plukket ut fire personer for å se på kartlegging av hjelpebehov og vedtak.
For desember 2018 var det sju nye søknader til hjemmesykepleie. Revisjonen plukket også her ut fire personer fra listen for å sjekke vedtak og karlegging. Til sammen sjekket revisjonen åtte vedtak og kartlegginger. Revisjonen ba om å få en oversikt over alle nye søknader til hjemmesykepleie i 2018. Totalt var det 89 nye søknader Meløy kommune mottok dette året.

Stikkprøver av avslåtte søknader

Revisjonen ønsket å se på avslåtte søknader for langtidsopphold i institusjon for å sjekke om avslaget inneholder informasjon vedrørende hjelp i hjemmet. Revisjonen ba om å få en oversikt over avslag for 2018. Listen revisjonen mottok gjaldt for perioden 01.01.2018 –

25.01.2019. Totalt var det 25 personer på listen. Revisjonen plukket ut 6 personer fra denne listen for å se nærmere på utformingen av vedtakene.

Foreløpig svar på enkeltvedtak

Revisjonen ønsket å sjekke om kommunen sender ut foreløpig svar til brukerne når saksbehandlinger tar lengre tid enn forvaltningsloven krever. Revisjonen ba om å få innsyn i foreløpig svar som var sendt til bruker. Revisjonen mottok 2 foreløpige svar som kommunen har sendt til bruker. Revisjonen har ikke undersøkt nærmere om det har vært flere brukere som har hatt krav på foreløpig svar.

Dokumentanalyse av hjemmetjenesten avdeling nord

Revisjonen etterspurte en oversikt over avvikene de siste seks måneder og fikk tilsendt avvikene som var registrert for perioden 01.10.18 – 28.03.19.
Oversikt over ansatte og deres kompetanse har vi også etterspurt og mottatt.
Revisjonen ba om å få tilsendt kompetanseplan der virksomheten viser til hva slags kompetanse de trenger og hvilken videreutdanning som er planlagt fremover for ansatte.
Dette dokumentet har ikke revisjonen mottatt, men virksomhetsleder informerte revisjonen om at de har et slikt dokument.
Revisjonen ba også om et screenshoot av lokale rutiner, samt lover, forskrifter og veiledere.
Dette har vi heller ikke mottatt.

Stikkprøver av tiltaksplaner

Først ønsket revisjonen å se på fem brukere både fra nord og sør, dette var samme brukere som revisjonen tok stikkprøver av fra tildelingskontoret. I tillegg ønsket revisjonen å se på et større utvalg brukere fra virksomheten nord. Fagleder på avdeling nord fant frem alle brukerne som virksomheten hadde i datasystemet og revisor valgte ut fem tilfeldige brukere som vi ønsket å se tiltaksplanen til.

Spørreundersøkelsen

Revisjonen ønsket å høre med ansatte på hjemmetjenesten nord om ansattes bruk av ansattportalen, om hvordan ideer og forslag til forbedring blir tatt imot av virksomheten og

om ansatte registrerte avvik når de oppdaget avvik. Revisjonen ba om å få tilsendt epostadressene til ansatte på avdeling nord. Det ble sendt en epost med link til undersøkelsen til alle ansatte. Etter en uke sendte revisjonen ut en påminnelse om å svare på undersøkelsen til dem som ikke allerede hadde svart. Revisjonen var i kontakt med fagleder der fagleder skulle oppfordre ansatte til å svare på undersøkelsen. Etter 17 dager avsluttet vi undersøkelsen. Revisjonen sendte spørreundersøkelse til 66 respondenter, 17 respondenter svarte på undersøkelsen, det tilsvarer 26 %.

Respondentene er anonyme i denne undersøkelsen. Når det gjelder validitet er svarprosenten for lav til man kan generalisere og trekke slutninger for hele gruppen. Svarene i spørreundersøkelsen gjelder kun for de som har svart.

Vår samlede vurdering er at metodebruk og kildetilfang i dette prosjektet mener vi gir et tilstrekkelig grunnlag for å svare på problemstillingen.

4. REVISJONSKRITERIER

Revisjonskriteriene er en samlebetegnelse på de krav og forventninger som kan stilles til den funksjon, aktivitet eller prosedyre som er gjenstand for forvaltningsrevisjon. Kriteriene holdt sammen med faktagrunnlaget danner basis for de analyser og vurderinger som foretas, og de konklusjoner som trekkes i en forvaltningsrevisjon. Aktuelle kilder for utledning av revisjonskriterier er lover, forskrifter, retningslinjer, vedtak, avtaler og anerkjent teori. I denne undersøkelsen har vi lagt til grunn:

- Helse og omsorgstjenesteloven
- Kommunale vedtak/retningslinjer
- Forvaltningsloven
- Veileder for saksbehandling, tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Rundskriv IS-8/2015

- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Rundskriv 16/1850, Om forebyggende hjemmebesøk i kommunene

Detaljert utledning av revisjonskriterier følger i vedlegg 2. De operasjonaliserte revisjonskriteriene presenteres innledningsvis under behandling av problemstillingen i kapittel 5.

5. FAKTA OG VURDERINGER

5.1 I hvilken grad leverer Meløy kommune hjemmetjeneste til innbyggerne i samsvar med gjeldende regelverk?

5.1.1 Revisjonskriteriene er markert med blått og blir presentert i faktadelen av rapporten

5.1.2 FAKTA

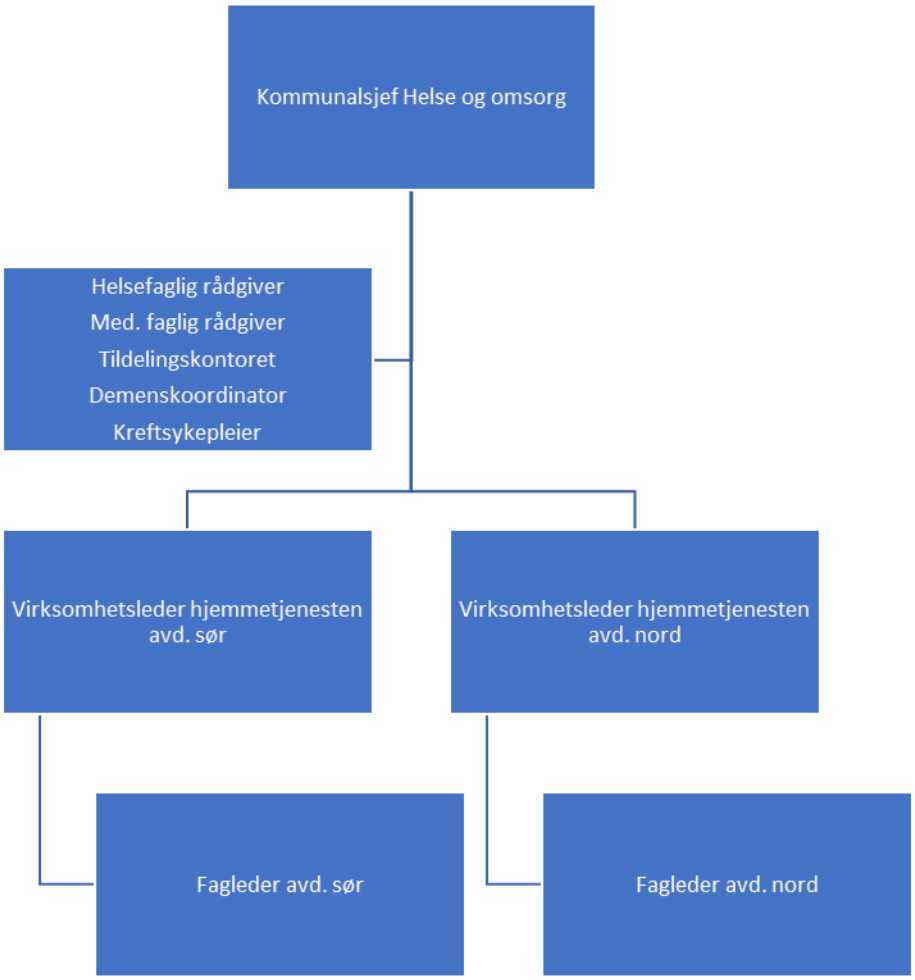
- **Meløy kommune skal tilby helsetjenester i hjemmet**

Organisering:
Tildelingskontoret er organisert i kommunalsjefens stab i avdeling for Helse og omsorg. Tildelingskontoret har som mål å sikre at alle innbyggerne i kommunen skal få lik tilgang på helse- og omsorgstjenester uavhengig av alder, tjenestebehov og bosted [4].
På hjemmesiden til Meløy kommune er det i tillegg informasjon om koordinerende enhet [5] og informasjon om hvordan en kan søke helse og omsorgstjenester, samt søknadsskjema/link til søknadsskjema.

Hjemmetjenesten i Meløy kommune er delt i to avdelinger, hjemmetjenesten i nordre Meløy og hjemmetjenesten søndre Meløy. På hjemmesiden står det at hjemmetjenesten gir pleie og omsorg til syke og funksjonshemmede i eget hjem, slik at man får mulighet til å bo lengst mulig i eget hjem. Det står videre at tjenesten kan omfatte eksempelvis sårbehandling, personlig stell og medikamenthåndtering. Arbeidet blir utført av sykepleiere eller andre helsearbeidere og tjenesten ytes 24 timer i døgnet. Revisjonen ba om å få tilsendt serviceerklæring for virksomheten og mottok *serviceerklæring for hjemmesykepleie*, samt *serviceerklæring for hjemmehjelp, praktisk bistand daglige gjøremål og praktisk bistand*

[4] Hentet fra hjemmesiden til Meløy kommune.
[5] Når pasienter og brukere har behov for tjenester fra flere tjenesteområder, kan kommunen tilby en koordinator.

opplæring. I disse beskrives blant annet formål med tjenestene, målgruppe, lovhjemler, beskrivelse av tjenestene og saksgang blant annet.



Figur 1:Forenklet organisasjonskart over tildelingskontoret og hjemmetjenesten.

Tildelingskontoret:

På tildelingskontoret er det en leder og tre saksbehandlere. Alle tre saksbehandlere har ifølge leder tre års høyere utdannelse. På tildelingskontoret gjøres det vedtak på alt innenfor helse og omsorg i Meløy kommune sier leder av tildelingskontoret.

- **Meløy kommune skal gi et skriftlig varsel til bruker dersom vedtak ikke fattes innen en måned etter søknad er mottatt**

Saksbehandling

Når tildelingskontoret får inn søknad fra nye brukere[6] får alle svarbrev om at søknaden er mottatt sier informanten. Overskrides fristen på fire uker før søknaden kan saksbehandles, sender kommunen ut et nytt brev med orientering om at saksbehandlingstiden blir forlenget. Revisjonen har også mottatt rutinebeskrivelse av saksbehandlerprosess datert 29.08.2016. Her beskrives prosessen detaljert fra melding av behov mottas til tjenesten iverksettes og evalueres. Revisjonen ba også om å få eksempler på melding om forlenget saksbehandlingstid og mottok to eksempler på dette. Her fremkommer det informasjon om forlenget saksbehandlingstid samt når det er forventet å motta svar på søknaden.

- **Meløy kommune skal kartlegge behovene til bruker ved hjemmebesøk**

Kartlegging og vedtak

Ifølge informantene blir bruker kartlagt når tildelingskontoret får inn søknad fra nye brukere om hjemmesykepleie. Når tildelingskontoret kartlegginger bruker gjøres dette enten per telefon eller at de drar på hjemmebesøk. Det kan også være en demenssykepleier eller kreftsykepleier som kartlegger bruker, om sykdomsbildet er innenfor deres fagfelt.

Om oss
Alle som har behov for hjelp kan ta kontakt med Tildelingskontoret. Vi vil svare på spørsmål, gi veiledning og ta imot søknader om helse- og omsorgstjenester. Noen av opplysningene vi ber deg om blir registrert etter egen standard og sendt til et sentralt register kalt IPLOS. Fagpersonell behandler søknadene og fatter vedtak om tildeling av hjelp, eller avslag på hjelp.

Når Tildelingskontoret har vedtatt hvilke tjenester du tilbys, går bestillingen til dem som skal utføre tjenesten. Disse er blant annet hjemmetjenestene, hjemmesykepleie, de enkelte sykehjemmene, miljøtjenesten og psykisk helsetjeneste.

Vi på Tildelingskontoret samarbeider med dem som skal utføre tjenestene, og vil også saksbehandle søknader om omsorgsbolig, omsorgsstønad, avlastning, støttekontakt samt klagesaker.

Figur 2 Informasjon om tildelingskontoret, hentet fra hjemmesiden til Meløy kommune.

[6] Første gangs søkere på hjemmebaserte tjenester.

Det er ingen fast praksis på hvem som skal gjøre kartleggingen av nye brukere, men det blir vurdert fra gang til gang ifølge informantene revisjonen har snakket med. Revisjonen har etterspurt skriftlig rutiner på dette, og revisjonen mottok *rutine for samarbeid mellom tildelingskontoret og utførerenhetene i helse- og omsorg, Meløy kommune.* I dokumentet står det hvilke ansvarsområder tildelingskontoret har og hvilket ansvar utførerenhetene har. Det står under punkt *4. spesielle forhold* at hovedregelen er at tildelingskontoret skal sørge for nødvendig kartlegging og vurderingsbesøk av nye brukere, men det står også at ved behov er det nødvendig at utførerenheten bistår tildelingskontoret i kartlegging og vurdering.

Tildelingskontoret kartlegger ikke brukere som allerede har fått tjeneste og skal utvide tjenesten. Hjemmetjenesten gjør den karleggingen, da de kjenner brukeren bedre.
Hvis bruker kommer fra sykehuset. Da har sykehuset kartlagt brukerne og vurdert hva sykehuset mener brukeren har behov for når han kommer hjem. Da starter hjemmesykepleieren opp med det, men det blir gjort fortløpende vurderinger sier informantene. Kartleggingsverktøyet som Meløy kommune bruker heter IPLOS[7] blir revisjonen informert om. Når kartleggingen er gjort blir den scannet inn og lagt i journalen i Gerica på brukeren. Vedtaket til bruker blir utarbeidet på bakgrunn av kartleggingen sier informantene. Revisjonen har bedt om og mottatt malen for kartlegging. Den inneholder detaljerte spørsmål til bruker, samt at det opplyses om hvilken informasjon bruker skal få av den som kartlegger bruker.

- **Meløy kommune skal utarbeide enkeltvedtak som skal inneholde redegjørelse og beskrivelse i henhold til forvaltningsloven**

Revisjonen ønsket å ta stikkprøve på enkelte brukere for å se om det var gjort enkeltvedtak på tjenesten og om det var gjort kartlegging av brukerne. Av stikkprøvene på 8 brukere, fant revisjonen at det manglet kartlegging på tre brukere.

[7] IPLOS er betegnelsen på et sentralt helseregister som danner grunnlag for blant annet nasjonal statistikk for leie- og omsorgssektoren. IPLOS registret er etablert som et individbasert pseudonymt register med basis i egen forskrift «Forskrift om pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk». Hentet fra ssb.no

Når det gjaldt vedtak hadde kommunen skrevet vedtak på sju av åtte brukere. Revisjonen spurte fagleder avdeling nord om de hadde tjeneste på brukeren som ikke hadde vedtak, ifølge fagleder er denne brukeren registrert i systemet, men brukeren hadde ingen tjeneste. Ergo har kommunen laget vedtak på sju av sju brukere som revisjonen undersøkte og skulle ha vedtak.
Innholdet i enkeltvedtaket skal være en redegjørelse for hvilke regler som er anvendt, en beskrivelse av hvilket faktum som er lagt til grunn for avgjørelsen og en redegjørelse for hvilke hovedhensyn som har vært avgjørende i skjønnsutøvelsen. Revisjonen har undersøkt sju vedtak og de inneholder de elementene som vi etterspør.

- **Meløy kommune skal ved avslag på sykehjemsplass informere bruker om sine rettigheter til å få hjelp hjemme**

Informant som revisjonen har snakket med sier at de bruker å forberede bruker/pårørende muntlig på avslaget og da kommer man inn både på begrunnelse og klagegang i samtalen. De fleste som søker sykehjemsplass har allerede tjeneste hos hjemmetjenesten fra før blir revisjonen fortalt.
Revisjonen ønsket å sjekke om brukere som får avslag på sykehjemsplass får informasjon om sine rettigheter knyttet opp mot å få hjelp hjemme. Revisjonen har undersøkte 6 vedtak på avslag på sykehjemsplass og vedtakene inneholder informasjon om at bruker kan få økt hjelp i hjemmet om det er behov for det. Leder av tildelingskontoret informerer revisjonen at per i dag er det fem stykker på venteliste på langtidsopphold i institusjon.

- **Meløy kommunen bør gjennomføre forebyggende hjemmebesøk**

Revisjonen blir informert av informant at Meløy kommune ikke har startet med forebyggende besøk, men at de er i en prosess for oppstart av forebyggende hjemmebesøk.

Ledelse og kvalitetsforbedring

Definisjoner:

Styringssystem defineres i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring som: «den delen av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen».

Kvalitet er definert av helsedirektoratet i veileder IS-2620 som: Tjenester av god kvalitet er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelig og rettferdig fordelt.

Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer. Prosessen innebærer å dokumentere at man faktisk har et problem, identifisere årsaker, teste ut mulige løsninger i liten skala og implementere de tiltak som viser seg å være effektive. Kvalitetsforbedring kan handle om alt fra å justere de små tingene i hverdagen, til å teste ut mer innovative og nytenkende ideer og tjenester[8].

Datasystemer som hjemmetjenesten har:

Risk manager: Risk manager ligger inne i ansattportalen. Her registreres det inn avvik for virksomheten.

Gerica: Journalføring, tiltaksplan, medisinliste forbrukere og kontaktinformasjon til nærmeste pårørende.

Gerica mobilenhet: Tiltaksplaner og informasjon, når ansatte er ute hos bruker.

Digipro - helse: Det er et interkommunalt samarbeid som virksomheten også kan innhente informasjon i fra. Her ligger rutiner, prosedyrer, skjemaer og noen risikovurderinger som virksomheten kan bruke.

[8] Veileder IS- 2620

I juni 2018 byttet Meløy kommune leverandør på sitt datasystem, dette har ført til en del problemer for ansatte blir revisor fortalt av informantene. Systemet har vært nede i lange perioder sommer 2018, samt at ansatte må lære seg de nye endringene i systemet og få opplæring i å bruke det.

Planlegging

- **Ledelsen skal ha oversikt over mål og relevant regelverk for virksomheten og sikre at dette er kjent for andre ansatte**

Ansatte i hjemmetjenesten har en ansattportal som de har tilgang til. I ansattportalen ligger et program som heter digipro-helse, her ligger rutiner, prosedyrer og noen risikovurderinger vi kan bruke ifølge virksomhetsleder, ansatte kan også finne informasjon om relevante lovverk og veiledere. Virksomhetsleder informerer revisjonen at ansatte har en plikt til å gå inn i ansattportalen for å holde seg oppdatert. Og når det er store endringer får ansatte beskjed om å gå å sjekke ansattportalen, på SMS eller det blir sagt på de faste møtene virksomheten har, herunder rapport før hvert vaktskifte eller personalmøter. Fagleder informerer revisjonen: *«Per i dag har ikke alle ansatte fått opplæring i å bruke systemet etter at kommunen fikk ny leverandør. Folk har ikke fått satt seg inn i den nye dataen da det er veldig travelt om dagen. Vi har ingen systematisk opplæring av datasystemet, men jeg lærer de opp når enkelte av de ansatte har tid til det. En til en opplæring.»*
Revisjonen spurte ansatte om hvor ofte de brukte ansattportalen. Det var tre respondenter som svarte svært ofte, seks respondenter svarte ofte, to av respondentene svarte av og til, mens tre svarte sjelden og tre respondenter svarte svært sjelden.

N=17

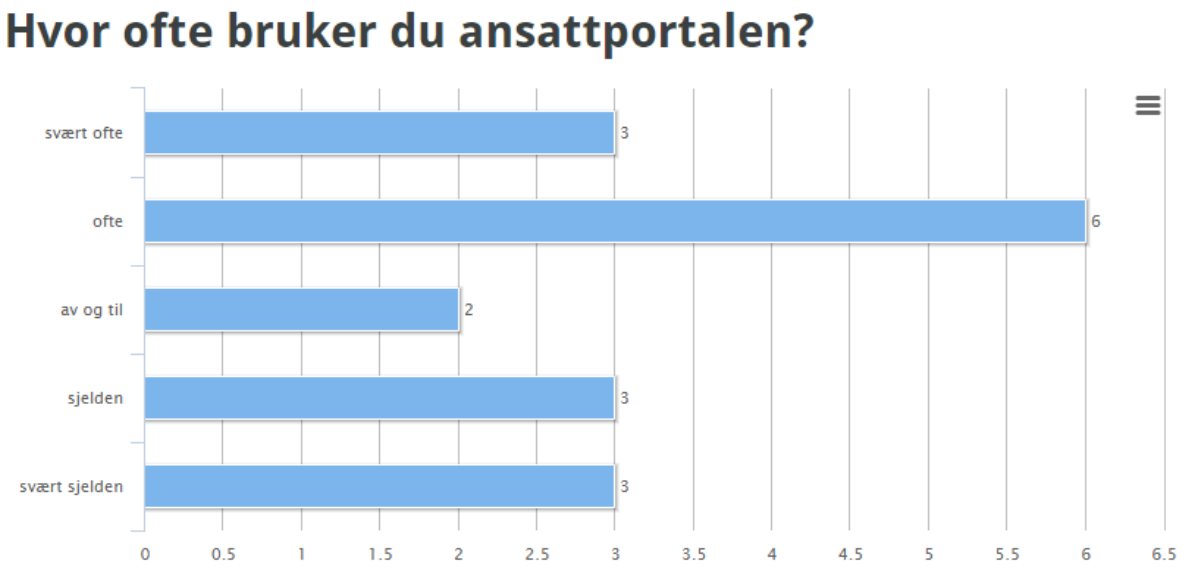


Diagram 3

Revisjonen spurte ansatte om de visste hvor å finne lokale rutiner. Her svarte elleve respondenter nei og fire respondenter ja. En svarte at den sikkert var i ansattportalen, mens en respondent var usikker hvor å finne dem.

N=17

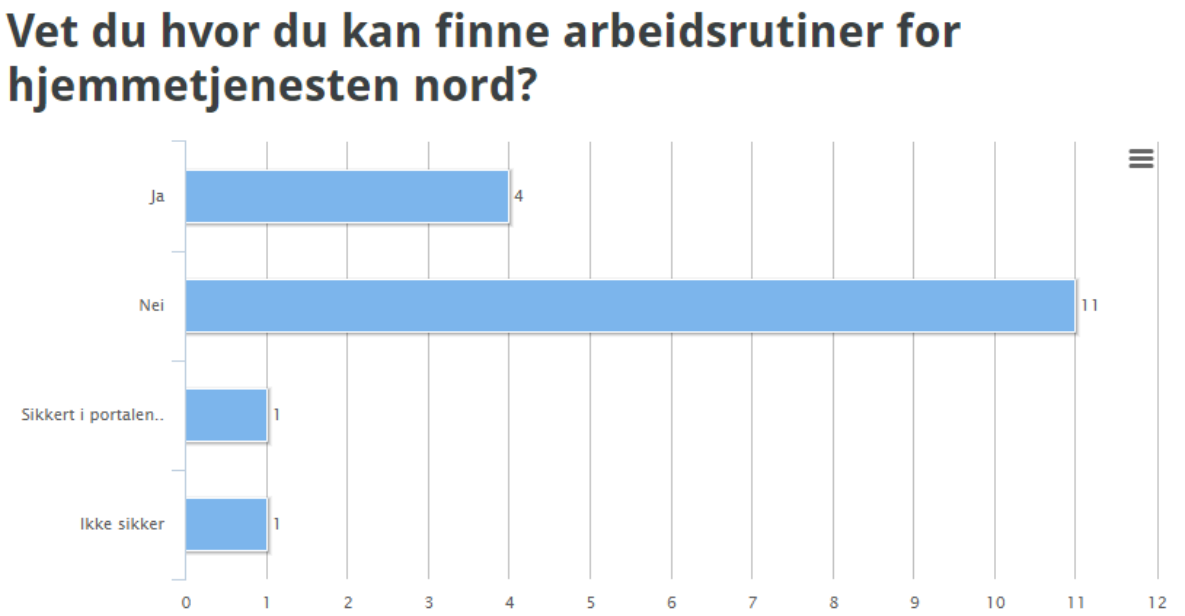


Diagram 4

Revisjonen spurte i neste spørsmål om ansatte visste hvor de kunne finne relevant lovverk og veiledere for hjemmetjenesten. Her svarte 13 respondenter nei og tre svarte ja, mens en respondent tror de finns i ansattportalen.

N=17

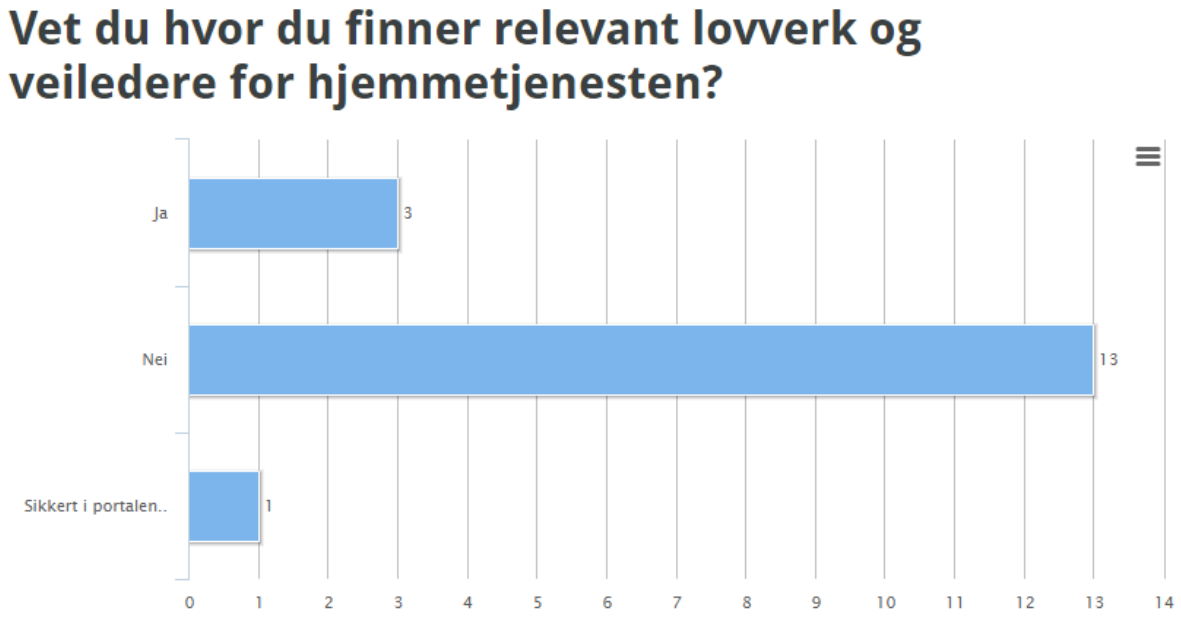


Diagram 5

For å få klarhet i om ansatte kan å bruke ansattportalen, spurte revisjonen om de hadde fått opplæring i å bruke den. Her svarte åtte respondenter nei, mens fem svarte ja til at de har fått opplæring. Fire svarte at de ikke har hatt behov for opplæring.

N=17

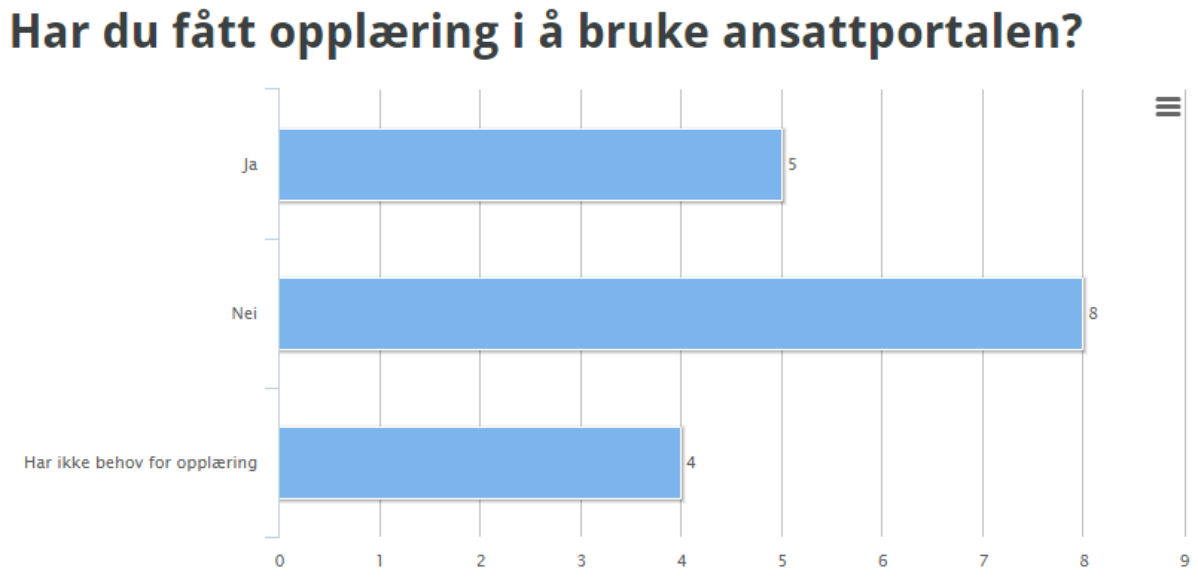


Diagram 6

- **Ledelsen skal ha oversikt over risiko, uønskede hendelser og behov for forbedringer**

Revisjonen har mottatt en virksomhetsplan til hjemmetjenesten nord som gjelder for 2019. Her beskrives utviklingstiltak, driftstiltak og hvem som er ansvarlig for tiltakene, men tidspunkt for gjennomføring av tiltakene er ikke nevnt. Ifølge virksomhetsleder er denne planen kjent for ansatte da den er hengt opp på arbeidsplassen, og den skal i tillegg gjennomgås på neste personalmøte.

I risk manager kan ansatte melde inn avvik Det er virksomhetsleder som mottar avvikene og har ansvar for å lukke dem ifølge virksomhetsleder og fagleder. Revisjonen har mottatt skriftlig rutine på hvordan man melder avvik og vi har mottatt avviksmeldingene for perioden 01.10.18 – 28.03.19.fra virksomhetsleder.

Revisjonen har spurt ansatte om de vet hvordan de melder avvik. Her svarte ni respondenter ja, mens åtte respondenter svarte nei.

N=17

Diagram 7

Videre spurte revisjonen om ansatte skrev avvik år de oppdaget avvik: Her kunne ansatte svare ja eller hvis nei, hvorfor skriver du ikke avvik[9]. 17 respondenter svaret på spørsmålet.

Ni respondenter svarte ja.

Åtte respondenter svarte nei og begrunnet det ulikt.

Fire av de åtte respondentene sa de ikke visste hvordan en skriver avviksmelding.

En respondent svarte at det ikke har vært behov for å skrive avvik.

En respondent sa at fagleder skriver avvik ved behov, da hun/han ikke har fått opplæring idet.

En respondent sa at etter digitalisering har det blitt vanskeligere å finne frem og at hun/han mangler opplæring på digital bruk.

En respondent sa at hun/han ga opp å melde avvik, da ledelsen ikke gjorde noe med avvikene.

Se figur 8 nedenfor.

[9] Revisjonen har valgt å ikke la respondentenes svar gjengis i sin helhet, da det kan være fare for gjenkjennelse av respondentene.

N=17

Diagram 8

Virksomheten har ikke en felles oversikt over pasientskader sier fagleder, men det blir notert på journalen til brukeren sier hun. Det finns ikke en overordnet oversikt over risikohendelser blir revisjonen fortalt av virksomhetsleder. Når det gjelder oversikt over risiko har virksomheten tatt en risikovurdering av bruker når det lages en tiltaksplan. Virksomhetsleder, sier videre: *«Risikoanalyse for ansatte har vi ikke laget, men det ligger i virksomhetsplanen vår at vi skal gjøre dette i løpet av 2019. HMS del har vi ikke på plass i dag.»* Revisjonen har mottatt virksomhetsplanen for avdeling nord 2019 og kan bekrefte at det står som et punkt på listen.

- **Ledelsen skal sørge for at de har personell med nødvendig kompetanse, og ha oversikt over medarbeiderens kompetanse og behov for opplæring**

Det er laget en kompetanseplan sier virksomhetsleder. I denne planen står det hvilke ansatte som er under videreutdanning og hvilken kompetanse som virksomheten trenger. Planen er laget samlet for helse og omsorgsavdelingen og skal sendes regionalt kontor for

kompetanseutvikling i Salten[10]. Revisjonen har bedt om dette dokumentet, men har ikke mottatt det. I årsmeldingen for hjemmetjenesten nord 2018, står det et avsnitt om bemanningssituasjon og kompetanse. Her kommer det frem at det er høyt arbeidspress og at det har blitt utlyst stillinger for å dekke behovet.
Revisjonen ba om å få en oversikt over ansatte og deres kompetanse, det har revisjonen mottatt. Listen viser hvilken stilling ansatte har og hvilken utdannelse de har.

Gjennomføring

- **Leder skal sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføre tiltak i tråd med vedtatte planer**

De har en oversikt som fordeler alle ansatte som kommer på jobb på de ulike rutene, denne oversikten har revisjonen sett. Virksomhetsleder informerer: *«Man logger seg inn på mobilen og velger ruten de skal kjøre den dagen. Da kommer listen på hva de skal gjøre opp. Så klikker du på brukeren når de går inn også klikker du når du går ut. Der henter man tiltaksplan, medisinliste, kontakt til nærmeste pårørende etc. alt som vi har inne på gerica systemet.»*
Virksomheten har all informasjon på papir også, om systemet skulle slutte å fungere. Sier virksomhetsleder.

Tiltaksplaner: Alle brukere har en tiltaksplan, her blir det beskrevet hva som er sykdomsbildet og hvilken behandling bruker skal ha, samt målet for behandlingen. Tiltaksplanen lages på bakgrunn av kartlegging av bruker. Planen ligger i Gerica og hentes opp på mobilenheten som ansatte bruker når de er på hjemmebesøk. Virksomhetsleder informerer revisjonen:

[10] Dette er et interkommunalt samarbeid med flere kommuner. RKK utfører kartlegging av kompetanse- og utviklingsbehov blant ansatte og de skal være pådriver og sentral bidragsyter til økt kompetanse blant ansatte i deltakerkommunene. www.rkksalten.com

«Om det er nye ansatte som oppdager at tiltaksplanen ikke stemmer, ber vi dem kontakte ledelsen, slik at vi kan rette tiltaksplanen. Og når det er gjort endringer i tiltaksplanen, kommer det et varsel første gang personell er pålogget igjen etter endring når noen logger seg inn på brukeren på mobilenheten.
Vi prøver å kvalitetssikre dette.»

Revisjonen ønsket å undersøke om brukere har tiltaksplan, slik at ansatte vet hvilken behandling de skal gi bruker. Revisjonen har ikke vurdert innholdet i tiltaksplanen.

Først ønsket revisjonen å se på fem brukere både fra virksomhet nord og sør, her fremgår at tre brukere har tiltaksplan, mens to ikke har det. I begge tilfellene var det kreftsykepleien som hadde ansvar for hjemmesykepleien for bruker[11]. Revisjonen ønsket å se på et større utvalg fra virksomheten nord og tok et tilfeldig utplukk av alle brukerne i virksomheten nord. Av fem brukere som ble valgt ut hadde alle fem tiltaksplaner.

- **Ledelsen skal sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at en samlet kunnskap og erfaring utnyttes**

Når det gjelder den daglige driften har virksomheten rapport (morgenmøte) hver morgen med ansatte som skal på dagvakt, her gjennomgås det beskjeder fra «svarteboken». Dette er en bok som ansatte skriver inn om det er beskjeder om endring i tiltaksplan eller andre beskjeder for eksempel endring i behov for bruker eller ideer ansatte kommer med for å forbedre tjenesten hos bruker. Her kan også ansatte skrive ned om bruker har ønsker eller andre behov for tjenesten. Virksomhetsleder sier: *«Det er personell som er ute på rutene som kommer med forslag til endringer.»*

Boken er i bruk hver dag og beskjeder som er gitt blir huket av, av den som leder rapporten. Ansatte som kommer på ettermiddagsvakt har midt-rapport, der blir også boken gjennomgått.

[11] Når bruker kommer direkte fra sykehus og har kreftdiagnose går bestillingen direkte til tildelingskontor og kreftsykepleier. Bestillingen går ikke igjennom hjemmetjenesten ifølge fagleder avdeling nord.

Fagleder informerer revisjonen:

«Vi har stort fokus på brukererfaringer. Når vi får tilbakemelding fra bruker om forslag til endringer skriver vi det i journalen, deretter tar vi det opp på morgenmøtet (rapporten). Og blir det bestemt endring, blir det endret i tiltaksplanene.»

Fagleder sier videre:

«Når det gjelder klager fra bruker eller pårørende er jeg ansvarlig for å ta imot det. Klager blir logget i journalen til brukeren. Blir tiltaket endret grunnet klagen, blir tiltaksplanen endret.»

Revisjonen har sett i denne boken for å se om beskjeder blir skrevet opp der og det kan revisjonen bekrefte. For å ha oversikt over ansatte på jobb har virksomheten utskrift av ansatte på jobb og hvem som har ansvaret på vakten (toppvakt), revisjonen har mottatt denne oversikten

Revisjonen spurte ansatte om hvordan de opplever at deres ideer og forslag til forbedring blir tatt imot. En respondent svarte dårlig, ni respondenter svarte hverken eller, seks respondenter svarte bra og en respondent svarte veldig bra.

N=17

Diagram 9

Revisjonen spurte ansatte om hvordan de opplevde at bruker og pårørendes ideer for forbedringene blir mottatt. Her svarte en respondent dårlig, ti respondenter svarte hverken eller, fem respondenter svarte bra og en respondent svarte veldig bra.

N=17

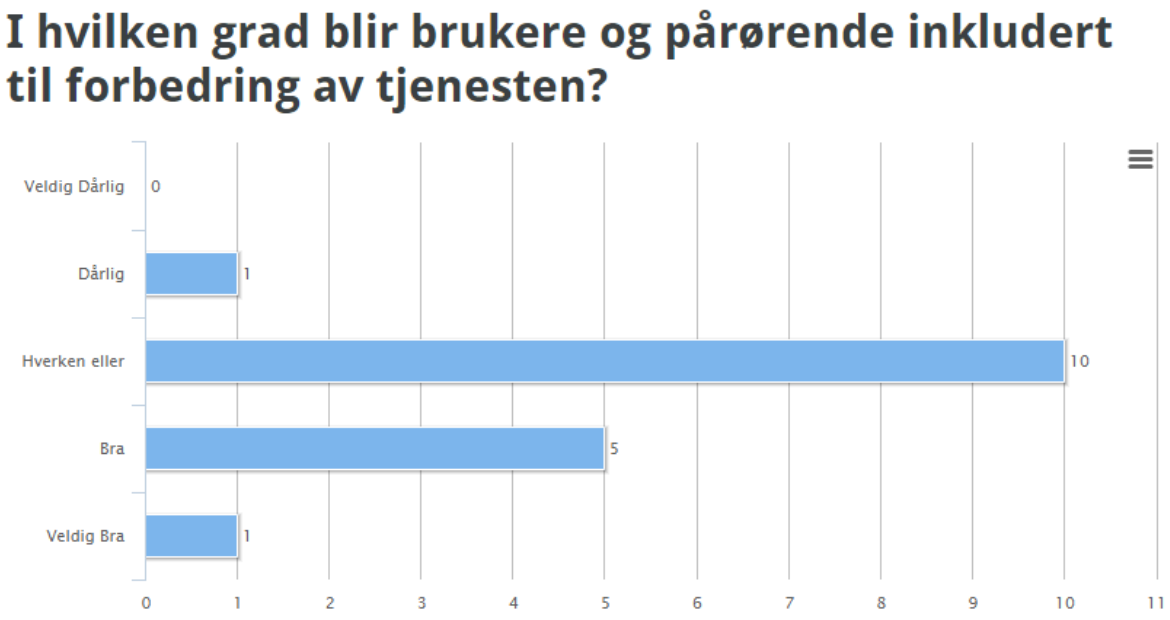


Diagram 10

- **Ledelsen skal systematisk innhente informasjon fra pasienter, brukere og pårørende**

Revisjonen ble fortalt av virksomhetsleder at siste brukerundersøkelse ble gjort for 4 år siden. Det finns ingen rutine for når det skal gjøres brukerundersøkelse sier virksomhetsleder. Revisjonen forstår det slik at ansatte som er hos bruker fanger opp om bruker har ideer eller forslag til forbedring, og dette blir kontinuerlig fulgt opp. Slik revisjonen forstår det er det ingen systematisk innhenting av informasjon fra bruker eller pårørende. I virksomhetsplanen for 2019 står det oppført at det skal gjøres en brukerundersøkelse i løpet av året.

Revisjonen ba om å få tilsendt siste brukerundersøkelse, men har ikke fått tilsendt denne, da virksomhetsleder ikke finner den i datasystemet.

Evaluering

- **Ledelsen skal evaluere iverksatte tiltak**

Hjemmetjenesten nord har personalmøter annenhver måned ifølge virksomhetsleder. På møtet blir det snakket om aktuelle ting og forbedringspotensialet til virksomheten. Det blir skrevet referat i en bok som ligger tilgjengelig for ansatte og om ansatte ikke er på møtet kan de lese referat i boken. Revisjonen kan ikke se at virksomheten har skriftlige rutiner for evaluering eller medvirkning fra ansatte, eller bruker -erfaringer. Men ifølge virksomhetsleder og fagleder gjøres dette i praksis.

Virksomhetsleder informerer revisjonen: *«Vi har ikke årlig status på driften, men vi har hele året en løpende kommunikasjon i driften på hva som fungerer og ikke fungerer.»* Det skrives en årsrapport for virksomheten og den har revisjonen mottatt. I årsrapporten 2018 er det beskrevet økonomiresultat, sykefravær, vernerunder og status der, samt status på medarbeidersamtaler, det står at alle medarbeidere har blitt tilbudt medarbeidersamtale. Det er beskrevet bemanningssituasjonen og kompetansebehov. Avslutningsvis beskrives det hvilke utfordringer virksomheten står overfor, blant annet at det er høyt arbeidspress for ansatte.

- **Ledelsen skal sørge for å lukke uforsvarlige og lovstridige forhold**

Korrigere

Avvikssystem: det er virksomhetsleder som mottar avvikene og virksomhetsleder sier videre: *«Når jeg starter på å lukke avviket, setter jeg avviket under behandling. Da får den personen*

som har sendt avvikene melding om at saken er under behandling. De kan også gå inn og følge med og se hva som er blitt gjort knyttet opp til avviket.»

«I høst har vi hatt veldig mye å gjøre, så jeg ligger litt etter med avvikshåndteringen. Vi prioriterer driften først.»

Revisjonen ba om å få tilsendt avvik og status på disse de fra siste seks månedene (01.10.18 – 28.03.19). Dette har revisjonen mottatt og ser at det er registrert 53 avvik i denne perioden. seks av avvikene er under behandling, resterende er lukket. Frist for å lukke avviker tre uker ifølge virksomhetsleder, men de kan forlenges om ikke avvikene kan lukkes innen fristen.

Revisjonen spurte om ansatte opplever at avvikene blir fulgt opp. De kunne svare ja og nei, hvis ja hvordan blir de fulgt opp? Ni respondenter svarte nei, fire respondenter svarte ja og begrunnet dette ulikt. To respondenter sier avvikene blir tatt videre av ledelsen, en respondent har hatt samtale etter hendelsen og en respondent er usikker på hvordan avvikene blir fulgt opp.

N=17

Diagram 11

5.1.3 VURDERINGER

Saksbehandling

Meløy kommune tilbyr innbyggerne helsetjenester i hjemmet og det er tildelingskontoret som har ansvaret for å behandle søknadene. Revisjonen har undersøkt om søknadene som tildelingskontoret mottar blir behandlet etter lov og forskrift. Revisjonen har undersøkt foreløpig svar på søknader når saksbehandlingstiden overstiger fire uker, dette sier informantene at de gjør, revisjonen har etterspurt dokumentasjon og mottatt det. Når det gjelder kartlegging av nye brukere sier informantene at dette gjøres hovedsakelig av tildelingskontoret, men at utførerenhetene gjør det ved behov. Det finns skriftlige rutiner på karlegging som bekrefter informasjon. I tillegg har revisjonen etterspurt og mottatt mal for kartlegging, samt tatt stikkprøver av kartlegging av flere brukere. Revisjonens stikkprøver av kartlegging av bruker viste at tre av åtte brukere ikke hadde kartlegging på journalen sin.

Enkeltvedtakene som revisjonen har undersøkt inneholder alle etterspurte elementer.

På avslag for sykehjemsplass som revisjonen har undersøkt inneholder avslaget informasjon om hjemmebaserte tjenester og muligheten å få tildelt tjenester hjemme eller eventuelt få økt tjeneste hjemme om det er behov for det.

På forespørsel fra revisjonen om Meløy kommune gjennomfører forebyggende hjemmebesøk, har ikke kommunen satt i gang dette tiltaket, men er i en prosess for oppstart. Revisjonen er ikke kjent med hvor langt de er kommet i prosessen, men mener det er positivt at det er satt på agendaen for å få dette gjennomført i Meløy kommune.

Totalt mener revisjonen at Meløy kommune behandler søknader for hjemmebaserte tjenester i stor grad etter lov og forskrift.

Ledelse og kvalitetsforbedring

Planlegging

Ansatte har tilgang til en ansattportal der man kan forvente å finne relevant informasjon for tjenesten. Det er ledelsens ansvar å gjøre dette kjent for ansatte. Fagleder har informert

revisjonen om utfordringene det er med å gi opplæring på datasystemet til alle ansatte da det er svært travelt i hjemmetjenesten. Svarene fra spørreundersøkelsen bekrefter at det er flere som ikke har fått opplæring i å bruke ansattportalen.
I tillegg er det ulike svar fra respondentene i hvilken grad de bruker ansattportalen. Ni respondenter svarte at de bruker ansattportalen svært ofte og ofte. På spørsmål om de visste hvor arbeidsrutiner befinner seg svarte elleve av respondentene nei. Og 13 av respondentene svarte at de ikke visste hvor de fant relevant lovverk.

Det er leders ansvar at relevant regelverk og veiledere er kjent for de ansatte. Revisjonen mener at kommunen bør prioritere en systematisk opplæring av ansatte i digitalkompetanse. De ansatte må kunne håndtere digitale verktøy for å kunne ivareta jobben sin, og for å finne informasjon som er relevant for den jobben de skal utføre.

Ledelsen skal ha oversikt over risiko, uønskede hendelser og behov for forbedring. Revisjonen har undersøkt om det blir skrevet avviksmeldinger. Undersøkelsen viser at det er delte svar fra respondenter om de melder avvik. Flere av respondentene sier de ikke vet hvordan de skal skrive avviksmelding, flere mangler opplæring på datasystemet slik at de ikke får skrevet avviksmelding. Dokumentasjon som revisjonen har fått viser at det blir meldt avvik. De fleste er lukket ifølge dokumentasjonen revisjonen har mottatt.

Virksomheten har ikke overordnet oversikt over pasientskader. Det finns ingen risikoanalyse av virksomheten.

Virksomheten skal ha oversikt over risiko, uønskede hendelser og behov for forbedring, da er det særs viktig at ansatte vet hvordan de skal melde dette inn til ledelsen. Igjen vil revisjonen påpeke viktigheten med opplæring av ansatte. Revisjonen mener også at virksomheten bør ha systematiske gjennomganger av virksomheten for å få en oversikt over risikoområder og behov for forbedringer.

Ledelsen skal sørge for at de har personell med nødvendig kompetanse, samt ha oversikt over medarbeiderens kompetanse og behov for opplæring. Revisjonen har etterspurt og mottatt oversikt over ansatte og deres kompetanse. Revisjonen har også etterspurt kompetanseplan,

som viser en oversikt over hvilken kompetanse som virksomheten har behov for og behovet for opplæring, denne planen har revisjonen ikke mottatt, men virksomhetsleder informerer revisjonen om at de har laget en.

Gjennomføring

Revisjonen har undersøkt om tiltaksplanene som er den planen som beskriver hvilke oppgaver ansatte har hos bruker. Stikkprøvene revisjonen har gjort viser at to av totalt ti brukere ikke hadde tiltaksplan, resterende brukere hadde tiltaksplan. I begge tilfellene var det kreftsykepleie som hadde ansvaret for hjemmesykepleie hos bruker. Slik revisjonen har forstått det er kreftsykepleie lagt under tildelingskontoret og ikke hjemmetjenesten. Kommunen bør her se til at alle brukere har oppdatert tiltaksplan for hvilke tjenester brukeren får.

Ansattes erfaring er viktig for å forbedre tjenesten, og dette er en prosess som pågår kontinuerlig. På spørsmål fra revisjonen var virksomhetsleder og fagleder klar på at dette pågikk kontinuerlig. Ansatte hadde mulighet til å skrive inn erfaringer og ideer i en bok som ble brukt på flere møter daglig for ansatte. Da revisjonen spurte ansatte om hvordan de opplevde at deres ideer og forslag for forbedring ble mottatt svarte ti respondenter hverken eller og dårlig, sju respondenter svarte bra eller veldig bra. Svarene kan ikke generaliseres, men svarene svarer for hver respondent.

Revisjonen forstår det slik at det ikke er en systematisk innhenting av erfaringer og ideer fra ansatte. Medvirkning bør nok settes på dagsorden for styrke systematisk innhenting av erfaringer og ideer.

Når det gjelder å innhente informasjon fra brukere og pårørende fikk revisjonen informasjon om at det hadde vært en brukerundersøkelse for fire år siden. Revisjonen etterspurte dokumentasjon på undersøkelsen, men mottok den ikke, da virksomhetsleder ikke fant den i datasystemet. Her mener revisjonen at dokumentene bør ha en viss orden, slik at det er lett å finne dem i ettertid. Revisjonene mener også at det bør være systematisk innhenting av

informasjon fra bruker og pårørende. Det står på virksomhetsplan at dette skal gjennomføres i 2019 og det mener revisjonen er positivt.

Evaluering

Slik revisjonen forstår det har ikke virksomheten en systematisk evaluering av driften. Dette foregår kontinuerlig ifølge virksomhetsleder. Revisjonen mener det bør gjennomføres en systematisk innhenting av tilbakemeldinger eller målinger for evaluering, for å tilfredsstille kravet i lov og forskrift.

Korrigere

Revisjonen har valgt å se på avvikssystemet for å se om ledelsen sørger for å lukke uforsvarlige og lovstridige forhold. Avviksmeldingene revisjonen etterspurte og mottok viser at de fleste avvik som var registrert i perioden var lukket. En ting er å lukke avvik som blir registrert, men det er viktig at dette blir formidlet til hele virksomheten slik at de samme avvikene ikke skal skje igjen. Revisjonen spurte ansatte om de opplevde at avviksmeldingene ble fulgt opp. Respondentene kunne svare ja og nei, hvis ja, hvordan ble avviksmeldingen fulgt opp. Ni respondenter svarte nei, to respondenter svarte ja og at ledelsen fulgte dem opp. En var usikker på hvordan de ble fulgt opp og en hadde en samtale etter avviksmeldingen.

Revisjonen mener at det er viktig at virksomheten også behandler avvikene og går igjennom dem sammen med de ansatte og har en dialog for å forbedre tjenesten og minske risikoen for avvik.

6. KONKLUSJON

Vi har i denne forvaltningsrevisjon undersøkt følgende:

- **I hvilken grad leverer Meløy kommune hjemmetjeneste til innbyggerne i samsvar med gjeldende regelverk?**

Saksbehandlingen hos tildelingskontoret mener revisjonen er i stor grad i samsvar med gjeldene regelverk. Unntaket som revisjonen ser det, er at det manglet kartlegging på tre av åtte brukere som revisjonen undersøkte.

Hjemmetjenesten yter tjenester med stort personellbehov for å dekke en døgnkontinuerlig drift. Det er en krevende virksomhet der brukerne har komplekse og sammensatte helsefaglige utfordringer. Derfor er styringssystem viktig for å ivareta den faglige kvaliteten og pasientsikkerheten i tjenesten.

Ifølge revisjonens undersøkelse har kommunen forbedringspotensialet både når det gjelder planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering.

Revisjonen forstår det slik at det er travle dager hos hjemmetjenesten nord og dette har gjort at opplæring av ansatte i datasystemet ikke har blitt satt i system. Opplæring i datasystemet er særs viktig da ansatte skal beherske dette for å gi gode og riktige tjenester til brukere, samt ha mulighet til å gi tilbakemelding på avvik til virksomheten. Revisjonen stiller spørsmålstegn om ressursene i virksomheten er tilstrekkelig for å ivareta denne oppgaven.

Revisjonen mener også at virksomheten bør ha systematiske gjennomganger av virksomheten for å få en oversikt over risikoområder og behov for forbedringer.

Av brukerne revisjonen undersøkte manglet to tiltaksplaner. Revisjonen mener kommunen må sikre at alle brukere har oppdatert tiltaksplan.

Ansatte har mulighet for å gi innspill til virksomheten for forbedring, men revisjonen kan ikke se at det er en systematisk innhenting av erfaringer og ideer fra ansatte. Kommunen bør se på alternativer for å systematisere dette.

Når det gjelder evaluering av virksomheten mener virksomheten selv at dette gjøres kontinuerlig, både på personalmøter og på daglige møter med ansatte. Dette er positivt, men revisjonen mener det bør gjennomføres en systematisk innhenting av tilbakemeldinger eller målinger for evaluering, for å tilfredsstille kravet i lov og forskrift.

Avviksmeldingene som revisjonen har mottatt viser at avvik blir lukket. Det som er viktig er om alle avvik blir registrert og at avvikene som blir meldt blir gjennomgått med ansatte for å unngå at det skjer igjen. Revisjonen mener at det er viktig at virksomheten behandler avvikene og går igjennom dem sammen med ansatte og har en dialog for å forbedre tjenesten og minske risikoen for avvik i fremtiden.

Revisjonens undersøkelse viser at det systematiske arbeide ikke er tilfredsstillende.

Meløy kommune leverer i noen grad hjemmetjeneste til innbyggerne i samsvar med gjeldene regelverk.

7. ANBEFALINGER

På bakgrunn av den gjennomførte undersøkelsen anbefaler revisjonen at:

- Meløy kommune skal kartlegge brukere og lagre denne på journalen
- Meløy kommune bør prioritere å gi ansatte systematisk opplæring i digital kompetanse.
- Meløy kommune skal ha systematisk gjennomgang av virksomheten for å få en oversikt over risikoområder og behov for forbedringer.
- Meløy kommune skal sørge for at alle brukere har oppdatert tiltaksplan for hvilke tjenester de skal ha.
- Meløy kommune skal systematisk innhente erfaringer og ideer fra ansatte.
- Meløy kommune skal gjennomføre en systematisk innhenting av tilbakemeldinger og/eller målinger for å evaluere virksomheten.
- Meløy kommune bør se til at virksomheten behandler avvikene og går igjennom dem sammen med ansatte og har en dialog for å forbedre tjenesten og minske risikoen for avvik.

8. RÅDMANNENS KOMMENTAR

Rådmannen har i epost 08.05.19 avgitt sin høringsuttalelse til forvaltningsrevisjonen. Revisjonen bekrefter å ha mottatt kompetanseplan for helse og omsorg 2019 - 2022. Det er ikke gjort endringer i rapporten på bakgrunn av rådmannens kommentar. Hele rådmannens kommentar fremgår i sin helhet som vedlegg 1 til rapporten.

Litteraturliste

Forvaltningsloven

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgtjenesteloven)

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgtjenesten

Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

Veileder for saksbehandling. Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8. Helsedirektoratet 07/2017.

Rundskriv 16/1850, Om forebyggende hjemmebesøk i kommunene

Online

www.rkksalten.com

lastet ned 29.03.19

Vedlegg 1 – Rådmannens kommentar

I forhold til rapporten kommenterer rådmannen følgende:

Rådmannens uttalelse **Dato: 8.mai 2019**

Forvaltningsrevisjon hjemmetjenesten

Vi har mottatt rapport etter at Salten kommunerevisjon IKS i en undersøkelse har gått gjennom saksbehandling og ledelse og kvalitetsforbedring i hjemmetjenesten. Følgende er undersøkt:

I hvilken grad leverer Meløy kommune hjemmetjeneste til innbyggere i samsvar med gjeldende regelverk?

I rapporten blir det gjort rede for på hvilken måte spørsmålet er undersøkt, hvordan dette er besvart, hvilke parter som har vært delaktige i undersøkelsen, og hvilke vurderinger ansvarlig for undersøkelsen har gjort seg underveis.

Vi opplever undersøkelsen som grundig og ryddig. Relevante parter har deltatt i undersøkelsen, og vurderingene peker på utfordringer som er viktige å følge opp videre med tanke på forbedring.

Det blir konkludert med at saksbehandling hos tildelingskontoret i stor grad samsvarer med gjeldende regelverk, selv om det manglet kartlegging på tre av de åtte brukerne som revisjonen undersøkte. Tildelingskontoret har de siste årene arbeidet med forbedring på flere nivå. Samtlige ansatte har deltatt på ulike typer kurs og oppdatering innen gjeldende lovverk. Det er jobbet med saksgang, og kommunalsjef har deltatt under diskusjoner og møter om dette. Enheten har flyttet fra leide eksterne lokaler til rådhuset, og sitter nært kommunalsjef og stab. Saksbehandlingstiden har gått ned, og enheten har jobbet med et klarere språk i sine vedtak, og forbedring i kommunikasjon med brukere, sykehus og samarbeidspartnere. I perioden har antall utskrivningsklare liggedøgn hatt en markant nedgang, og tildelingskontoret har bidratt aktivt til dette.

Hjemmetjenesten yter etter samhandlingsreformen tjenester til brukere med mer komplekse og sammensatte sykdomsbilder enn tidligere. Hjemmetjeneste Nord har det største nedslagsfeltet, og det er riktig at tjenesten har travle dager. Per tiden har tjenesten derfor bemannet opp i den travleste tiden av døgnet, og dette gjøres som tiltak når det er nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp. Tjenesten gir i tillegg tilbud gjennom døgnkontinuerlige tjenester til trafikkskadde i 2 team. Tjenesten gir også bistand til brukere som har krav på -/men ikke ønsker tjenester i sykehjem, og som dermed har krav på tett oppfølging i eget hjem. I tillegg til oppbemanning på travle tider av døgnet, er det jobbet

med å sette ut matombringing for å frigjøre tid for sykepleiere og helsefagarbeidere. En avtale om dette blir nå inngått med VTA bedriften MATS, og denne forventes iverksatt i løpet av august 2019. Høsten 2019 etableres også hverdagsrehabilitering i nært samarbeid med hjemmetjeneste Nord. Et tverrfaglig team bestående av fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier og hjemmetrener skal gi direkte oppfølging av hjemmeboende brukere med rehabiliteringspotensiale. Teamet skal inkludere samarbeid med fastleger. De skal gi veiledning og opplæring til ansatte i hjemmetjenesten. Teamet starter sitt arbeide i Glomfjord, og vi vil etter evaluering og justering innføre metoden i hele hjemmetjenesten.

I 2016 og 2017 ble det kjøpt inn håndholdte digitale enheter til hjemmetjenesten, noe som har bidratt til at arbeidet med tiltaksplaner langt bedre kvalitetssikres enn tidligere. I tillegg har personalet lett tilgang til pasientopplysninger og prosedyrer, og kan også dokumentere arbeidet i journalen underveis. Alle brukere skal ha tiltaksplaner, og de håndholdte enhetene skal sikre at dette etableres ved oppstart av oppfølging av en bruker.

Meløy kommune har i et samarbeid med andre Saltenkommuner etablert systemet Digipro, som inneholder oppdaterte og kvalitetssikrede rutiner og prosedyrer. Systemet er lett digitalt tilgjengelig. Vi er enige i at ansatte skal ha systematisk opplæring i bruk av digitale systemer, og at vi har forbedringsforbedringspotensiale i å sørge for at alle får mulighet for systematisk opplæring og oppdatering. I forbindelse med at vi skal ta i bruk velferdsteknologi, deltar alle ledere i helse og omsorg i systematisk opplæring, i samarbeid med RKK og andre Saltenkommuner. I neste omgang skal også ansatte få opplæring.

Avvikssystemet Risk manager er under evaluering, da flere brukere opplever at systemet ikke har tilstrekkelig lavt brukergrensesnitt. Det er nettopp gjort en undersøkelse med tilbakemelding fra brukere av systemet, og vi vil vurdere tiltak for forbedringer. Vi er enige i at vi har potensiale i å arbeide systematisk med å innhente og bruke tilbakemeldinger i arbeidet med forbedring. Dette gjelder også for brukerundersøkelser, som skal gjennomføres annenhvert år. Virksomheten har satt den opp for gjennomføring i 2019.

Kompetanseplanen revideres hvert år, og er felles for helse og omsorg. Virksomhetsledergruppen deltar i revisjonen. Gjeldende plan legges ved. Det blir i tillegg arbeidet med en felles strategisk kompetanseplan for hele kommunen, og kommunalsjef for helse og omsorg deltar i dette arbeidet, og formidler status i lederfora i helse og omsorg.

Vi er enige i at vi har forbedringsforbedringspotensiale når det gjelder å arbeide med oversikt over risikoområder og behov for forbedringer. Dette skal vi ha som tema i ledergruppen, og vi skal ta en oppdatering og vurdering behov for kursing i risikovurdering.

Revisjonskriterier

Kommunen har ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen. Kommunens ansvar er regulert i helse – og omsorgstjenesteloven.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd

«Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig helse- og omsorgstjenester»

Det er nærmere regulert i § 3-2 nr. 6 A

«For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby følgende: Helsetjenester i hjemmet»

I kommunens serviceerklæring for hjemmesykepleie[12] står det at personer som søker må ha et hjelpebehov som skyldes skade, sykdom eller nedsatt funksjonsevne. Videre står det at bruker skal tildeles en forsvarlig tjeneste ut fra egne behov.

Det skal sendes en skriftlig søknad til tildelingskontoret i Meløy. Når tjenestekontoret mottar søknad, skal bruker kontaktes for avtale om hjemmebesøk. På hjemmebesøket innhentes nødvendige opplysninger for en helhetlig og faglig vurdering av søknaden.

Tjenestekontoret skal behandle saken så snart som mulig. Og vedtaket skal spesifisere omfanget av bistand som skal tilbys.

Hvis saken ikke kan avgjøres innen en måned, skal bruker ha skriftlig beskjed om grunnen til dette. Bruker skal samtidig få informasjon om når det antas at vedtaket blir fattet.

Det fremgår av forvaltningsloven § 11a

«Dersom det ventes at det vil ta uforholdsmessig lang tid før en henvendelse kan besvares, skal forvaltingsorganet som mottok hendelsen, snarest mulig gi et foreløpig svar. I svaret sal det gjøres rede for grunnen til at henvendelsen ikke kan behandles tidligere, og så vidt mulig

[12] Dette gjelder hjemmesykepleie og ikke praktisk bistand som omhandler hjelp til praktisk hjelp i hjemmet.

angis når svaret kan ventes. Foreløpig svar kan unnlates dersom det anses som åpenbart unødvendig»

Videre heter det i forvaltningsloven §24 første ledd

«Enkeltvedtak skal grunngis. Forvaltningsorganet skal gi begrunnelsen samtidig med at vedtak treffes»

I veileder for saksbehandling. Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8 står det i kapittel 3.3 side 46 om enkeltvedtak: *Det skal være skriftlig og begrunnet Det skal inneholde: avgjørelsen av om personen har rett til helse- og omsorgstjenester, i hvilket omfang, hvordan det konkrete tjenestetilbudet skal utformes. hvilke regler som er anvendt, beskrivelse av hvilket faktum som er lagt til grunn for avgjørelsen og redegjøre for hvilket hovedsyn som har vært avgjørende i skjønnsutøvelsen.*

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 skal det fattes vedtak ved tildeling, endring eller avslag på tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8 som er ment å vare lengre enn to uker jf. veileder for saksbehandling.

- **Meløy kommune skal tilby helsetjenester i hjemmet**
- **Meløy kommune skal kartlegge behovene til bruker ved hjemmebesøk**
- **Meløy kommune skal gi et skriftlig varsel til bruker dersom vedtak ikke fattes innen en måned etter søknad er mottatt**
- **Meløy kommune skal utarbeide enkeltvedtak som skal inneholde redegjørelse og beskrivelse i henhold til forvaltningsloven**

Kommunens innbyggere har rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste, herunder skal kommunen gi den som søker eller trenger helse- og omsorgstjenester, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett. Jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a fjerde ledd.

Det følger av rundskriv IS-8/2015 Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer:

*«Etter **fjerde ledd** skal kommunen gi den som søker eller trenger helse- og omsorgstjenester, de helse- og behandlingsmessige opplysningene vedkommende trenger for å ivareta sin rett. Pasienter og brukere skal altså få nødvendige opplysninger for å kunne ivareta rettighetene*

sine. Det innebærer for eksempel at kommunen skal orientere om muligheter for å få avlastning i hjemmet når en pasient får avslag på søknad om sykehjemsplass.»

- **Meløy kommune skal ved avslag på sykehjemsplass informere bruker om sine rettigheter til å få hjelp hjemme**

Kommunens sørge-for ansvar for å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester inkluderer herunder en plikt til å arbeide forebyggende. Et tiltak som kan bidra til å oppfylle kommunens ansvar for det forebyggende helse- og omsorgsarbeidet, og som kan bidra til økt mestring i eget liv, kan være systematiske forebyggende hjemmebesøk i kommunene.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 første ledd tydeliggjør kommunens ansvar for å fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Disse oppgavene inngår som en del av de nødvendige helse- og omsorgstjenestene etter § 3-1 og forsvarlig helsehjelp etter § 4-1. Ved å legge til rette for økt innsats tidlig i utviklingsforløpet av sykdom og sosiale problemer, herunder forebygging og tidlig intervensjon, kan man forhindre en negativ utvikling av helsetilstand, funksjonsevne og sosiale forhold. Samtidig kan man få kartlagt befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester i nær fremtid.

Opplysning, råd og veiledning er en viktig del av det forebyggende arbeidet og omfatter blant annet oppsøkende virksomhet overfor utsatte grupper, samt opplysningsvirksomhet, rådgivnings- og veiledningstjenester. Kommunens ansvar for å gi opplysning, råd og veiledning må sees i sammenheng med den rett den enkelte pasient eller bruker har til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1.

Helse- og omsorgsdepartementet anser forebyggende hjemmebesøk som et sentralt praktisk og konkret verktøy i kommunenes forebyggende arbeid, som kan føre til at flere kan leve lenger i egen bolig og oppleve større mestring i egen hverdag, og dermed økt livskvalitet.

- **Meløy kommunen bør gjennomføre forebyggende hjemmebesøk**

Ledelse og kvalitetsforbedringer

Sørge-for ansvaret i helse- og omsorgstjenesteloven innebærer også en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov og forskrift [13]. Første januar 2017 trådde *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* i kraft og erstattet den tidligere *forskrift og internkontroll i helse- og omsorgstjenesten*. I ny forskrift er kravene til systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet presisert.

Forskriften stiller krav til at kommunens ledelse og ledelsen i de virksomhetene som yter tjenester etter helse—og omsorgstjenesteloven, skal ha et styringssystem som sikrer at aktivitetene planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres. Slik at det gis forsvarlige tjenester, og at kravene i helse- og omsorgstjenesteloven og tilhørende regelverk blir etterlevd. Jf. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§§§ 6, 7. 8, 9.

§ 5 Omfang og dokumentasjon fra forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten.

Styringssystemet, jf. pliktene i § 6-§ 9, skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig.

Hvordan pliktene etter denne forskriften etterleves, skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut ifra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.

Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

Revisjonen tar for ordens skyld med helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 annet ledd

[13] Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen side 44. Dokument 3:5 (2018-2019).

Kommunen skal sørge for at virksomheten som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av loven her, etablerer systemer for forinnhenting av pasienters og brukers erfaringer og synspunkter.

Planlegging

Ifølge veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er meningsinnholdet i § 6c at *«øverste leder må 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.»*

- **Ledelsen skal ha oversikt over mål og relevant regelverk for virksomheten og sikre at dette er kjent for andre ansatte**

I veilederen står det videre: *«Gode avviks- og meldesystemer kjennetegner av at hensikten er læring og forbedring. Formålet er ikke bare å lukke det enkelte avvik, men sikre at det ikke skjer igjen noen andre steder i virksomheten.»* Det bør være klart hva som bør meldes. Det står også i veilederen at terskelen bør være lav for å melde avvik og det bør synliggjøres slik at det iverksettes tiltak for å forhindre gjentakelse. En god kultur for at medarbeiderne melder om uønskede hendelser er en viktig forutsetning for å oppnå forbedring.

Videre står det i veileder at systematisk oversikt over risikoområder og områder med fare for mangelfull etterlevelse eller behov for forbedringer, forutsetter systematiske gjennomganger av virksomhetene tjenestene og resultatene.

- **Ledelsen skal ha oversikt over risiko, uønskede hendelser og behov for forbedringer**

«Det er øverste leders ansvar å sørge for systemer som sikrer at medarbeiderne har kunnskap og ferdigheter til å utføre oppgavene sine. Det forutsettes at virksomheten gjennomfører jevnlige kompetansekartlegginger, rekrutterer medarbeidere med riktig kompetanse og sørger for at de får tilstrekkelig opplæring, samt etter- og videreutdanning.» Hentet fra veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

- **Ledelsen skal sørge for at de har personell med nødvendig kompetanse, og ha oversikt over medarbeiderens kompetanse og behov for opplæring**

Gjennomføring

«Øverste leder må legge til rette for at virksomhetens ledere og ansatte enkelt kan finne frem til de oppgaver, organisering og planer som gjelder dem. De bør også ha tilgang til informasjon som viser i hvilken grad drift og planer gjennomføres i samsvar med de rutiner som er vedtatt for å levere faglig forsvarlige tjenester» Fra veileder.

Revisjonen har fokusert på tiltaksplaner som er et arbeidsverktøy for ansatte i hjemmetjenesten. Alle brukere har egne tiltaksplaner og de beskriver prosedyrer, bakgrunn og mål for tjenesten til bruker.

- **Leder skal sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføre tiltak i tråd med vedtatte planer**

Jf. veileder er det viktig at det legges til rette for og oppmuntres til at medarbeiderne skal gi tilbakemelding om svikt og mulige forbedringsområder. Medvirkning kan gjøres på flere måter som medarbeidersamtale, tavlemøter, forslagskasser, samt gjennom melde- og avviksbehandling og forbedringsarbeid

- **Ledelsen skal sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at en samlet kunnskap og erfaring utnyttes**

I kravet ligger at det må skaffes informasjon om hvordan pasienter, brukere og pårørende opplever tilbudet og de tjenestene de mottar og hva de mener bør forbedres. Pasienter, brukere og pårørende har verdifull erfaring om tjenesten som kan innhentes og benyttes systematisk jf. veileder.

- **Ledelsen skal systematisk innhente informasjon fra pasienter, brukere og pårørende**

Evaluering

«Evalueringene kan gjennomføres gjennom løpende målinger, egenkontroller og inspeksjoner med stikkprøver, samt ved ledelsen etterspør tilbakemelding fra medarbeiderne på om nye tiltak virker. Dersom evalueringene avdekker at iverksatte tiltak ikke fungerer etter hensikten må det igangsettes forbedringstiltak.» Fra veileder jf. § 8c i forskrift forledelse og kvalitetsforbedring.

Revisjonen tar også med: Jf. § 8f i forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring står det *«minst en gang årlig systematisk i å 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.»*

- **Ledelsen skal evaluere iverksatte tiltak**

Korrigere

«Hvilke oppfølgingstiltak som er hensiktsmessige, og hvor tett ulike oppgaver og prosesser bør følges opp, avhenger av oppgavenes og prosessens art, samt alvorlighetsgrad ved eventuelle feil. Det vil kunne innebære strakstiltak, men også større systematiske prosesser for å endre eksisterende arbeidsprosesser og rutiner.» jf. veileder.

Revisjonen vurderer ikke her alvorlighetsgraden av avvikene som er meldt, men vi vil se på om avvikene som er meldt inn er lukket.

- **Ledelsen skal sørge for å lukke uforsvarlige og lovstridige forhold**

Salten Kontrollutvalgservice
Postboks 54, 8138 Inndyr

Vår dato:	Jnr	ark
29.05.2019	19/486	416– 5.3

SAK 15/19

Prioritering av tema for forvaltningsrevisjon

Saksgang:	Møtedato:
Kontrollutvalget	06.06.2019

Vedlegg:

- Meløy kommune, Plan for forvaltningsrevisjon 2016-2019

Bakgrunn for saken

I sitt møte 30. april 2019 besluttet kontrollutvalget å be om sak om sak til neste møte med prioritering av nytt tema for forvaltningsrevisjon.

Det vil gå forholdsvis lang tid fra det tidspunkt den sist bestilte forvaltningsrevisjonen ble ferdig (Hjemmetjenesten, mai 2019) og frem til ny plan for forvaltningsrevisjon forventes vedtatt (våren 2020). Fra sommeren 2019 frem til ny plan blir vedtatt, vil det være kapasitet i revisjonen for nye prosjekter. Gjeldende plan, som er vedlagt saken, gir fortsatt grunnlag for bestilling av ny forvaltningsrevisjon av kontrollutvalget i inneværende periode.

Plan for forvaltningsrevisjon 2016-2019 ble vedtatt av kommunestyret i sak 77/16/ med følgende vedtak:

1. *Økonomistyring*
2. *Barnevern*
3. *Kvalitet og behovsdekning pleie- og omsorgstjeneste (hjem- og institusjon)*
4. *Internkontroll og beredskap ved IKT-systemer*

5. *Elevenes psykososiale skolemiljø*

Kommunestyret gir kontrollutvalget myndighet til å foreta endringer av planen i planperioden der kontrollutvalget finner det nødvendig.

Gjeldende plan er lagt ved saken.

Rapport i samsvar med prioritet 1 i planen ble levert i mai 2017, mens rapport innenfor prioritet 3 (Hjemmetjenesten) ble levert i mai 2019. På bakgrunn av at kontrollutvalget over tid har prioritert andre saker vedrørende barnevern, så ble det ikke prioritert gjennomføring av forvaltningsrevisjon på dette området.

Vurdering:
Saken gir kontrollutvalget anledning til å drøfte og peke ut tema for ny forvaltningsrevisjon. Deretter utformer revisor en prosjektplan / plan for gjennomføring av forvaltningsrevisjon, som vil danne grunnlag for bestilling av forvaltningsrevisjon i utvalgets møte 17. september 2019.

Som det fremgår av kommunestyrets vedtak har utvalget anledning til å foreta endringer i planen. Utvalget kan dermed ved behov endre prioriteringen blant de vedtatte temaene, men også eventuelt bringe inn nye tema for forvaltningsrevisjon.

Forslag til vedtak:
Saken legges frem for drøfting.

Inndyr, 29. mai 2019

Lars Hansen
Sekretær for kontrollutvalget

jnr 16/716 ark 416 9.1

Plan forvaltningsrevisjon Meløy kommune

2016-2019

Bakgrunn

Forskrift om kontrollutvalg i kommuner og fylkeskommuner bestemmer at det skal utarbeides en plan for gjennomføring av forvaltningsrevisjon. Planen skal utarbeides minst en gang i valgperioden, og senest innen utgangen av året etter at kommunestyret er konstituert. Planen skal bygge på en overordnet analyse av kommunens virksomhet ut fra risiko- og vesentlighetsvurderinger.

På denne bakgrunn har kontrollutvalget i Meløy bestilt en overordnet analyse fra Salten kommunerevisjon IKS og Salten kontrollutvalgservice som grunnlag for utarbeidelse av plan for forvaltningsrevisjon.

Innholdet i plan for forvaltningsrevisjon

Hjemmelen for forvaltningsrevisjon følger av kommuneloven (koml.) § 77 nr. 4, som fastsetter at kontrollutvalget skal se til *"at det blir gjennomført systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak og forutsetninger (forvaltningsrevisjon).."*, jf. tilsvarende formulering i § 9 første ledd i forskrift om kontrollutvalg i kommuner og fylkeskommuner. Etter § 10 skal det *"minst én gang i valgperioden og senest innen utgangen av året etter at kommunestyret eller fylkestinget er konstituert, utarbeide en plan for gjennomføring av forvaltningsrevisjon."* Det er videre fastsatt at kommunestyret vedtar planen.

Formålet med forvaltningsrevisjon

Hensikten med forvaltningsrevisjon er blant annet å bidra til en bedre og mer effektiv kommunal forvaltning. Når det utføres forvaltningsrevisjon, settes fokus på økonomi og måloppnåelse.

Behovet for forvaltningsrevisjon er stort. Kommunen står overfor betydelige utfordringer. Innbyggerne stiller større krav til kvalitet, sentrale myndigheter stiller krav til økonomisk effektivitet, men også innhold i tjenester, markedet skaper økt konkurranse, og det er ofte manglende samsvar mellom mål og tilgjengelige ressurser.

Dette medfører at kommunene som oftest må rette større fokus på ressursbruk, styring og ledelse. Det må styres etter flere variabler enn økonomiske data, med evaluering av måloppnåelsen og det blir stilt større krav til ledelse.

Ved utøvelse av forvaltningsrevisjon bidrar kontrollutvalget bl.a. til:

- å påvise forbedringsområder som bidrar til økt produktivitet og måloppnåelse i forhold til politiske vedtak og forutsetninger
- å bidra med informasjon til kommunens beslutningstakere som er til nytte for
  - å styrke kommunestyrets grunnlag for styring
  - kontrollutvalgets tilsyn med forvaltningen
  - ledelsens vurdering av muligheter for mer sparsom/økonomisk drift, økt produktivitet, større effektivitet og bedre måloppnåelse
  - rasjonell, målrettet og kostnadseffektiv drift

Statlig tilsyn med kommunesektoren er omtalt i koml. kap. 10A, og det er også gjennom Meld. St. 12 (2011-2012) oppfordret til samordning av tilsyn, også i forhold til kommunens

egenkontroll. Kontrollutvalget vil bidra til samordning mellom statlig tilsyn og kommunens egenkontroll.

Gjennomføring og rapportering av forvaltningsrevisjonen

Gjennomføring

Etter at kommunestyret har vedtatt plan for forvaltningsrevisjon, vil kontrollutvalget sørge for å bestille forvaltningsrevisjon. Kontrollutvalget vedtar problemstillinger, prosjektplan og ressurser, og om det i så fall skal gjennomføres foranalyse. Bestillingen sendes Salten kommunerevisjon IKS.

Rapportering

I tråd med forskrift om revisjon § 8 skal revisor rapportere fortløpende til kontrollutvalget om resultater av gjennomført forvaltningsrevisjon. Videre er kontrollutvalget pålagt ansvar for å rapportere til kommunestyret. Med mindre kommunestyret vedtar spesielle bestemmelser for når og hvordan denne rapporteringen skal foregå, er det opp til kontrollutvalget å finne en hensiktsmessig form og frekvens på dette. Rapport og resultater fra det enkelte forvaltningsrevisjonsprosjekt legges fortløpende frem for kommunestyret.

Prioriteringer i denne planperioden

Generelt

Overordnet analyse er basert på innsamlet skriftlig informasjon og statistikk for den enkelte kommune, herunder KOSTRA-tall og rapporter fra statlig tilsyn. I tillegg er det gjennomført samtaler med administrativ ledelse, ordfører og representant for opposisjon. Vi viser til den overordnede analysen for nærmere opplysninger. På bakgrunn av denne analysen legges det opp til en utvelgelse av forvaltningsrevisjonsprosjekter basert på risiko- og vesentlighetsvurderinger (jf. vedlegg). Et prosjekt blir bl.a. iverksatt for å bidra til å redusere en mulig trussel. I tillegg vil dette være prosjekter som skal fokusere på en målrettet, rasjonell og kostnadseffektiv drift. Ved en konkret utvelgelse av prosjekter bør nytteverdien vurderes i forhold til forventet ressursbruk for å gjennomføre prosjektet.

Ved utformingen av et prosjekt vil kontrollutvalget avgrense temaet slik at prosjektet blir konkret og gir kontrollutvalget de nødvendige opplysninger for deres kontroll med kommunen.

Gjennomført forvaltningsrevisjon i forrige valgperiode (2011-2015)

1. Kvalitet og ressursbruk Pleie og omsorg
2. Styring og ledelse
3. Spesialundervisning
4. Legetjenesten
5. Innkjøp

Forvaltningsrevisjon nr 1 ble bestilt av kontrollutvalget som gikk av høsten 2011, men rapporten ble ferdigstilt i februar 2012.

Prioritering av forvaltningsrevisjoner
I oversikten nedenfor er det foreslått forvaltningsrevisjoner ut fra de opplysningene som foreligger.

Antall prosjekter som gjennomføres per år vil generelt avhenge av de ressursene som er tilgjengelig, og av omfanget av det enkelte prosjekt. Det skal årlig gjennomføres forvaltningsrevisjon i Meløy kommune.

Etter en helhetlig vurdering har kontrollutvalget valgt å foreslå følgende prioritering av prosjekter for Meløy kommune for *2016 – 2019*:

1. Økonomistyring
2. Barnevern
3. Kvalitet og behovsdekning pleie- og omsorgstjeneste (hjem- og institusjon)
4. Internkontroll og beredskap ved IKT-systemer
5. Elevenes psykososialt skolemiljø

En nærmere beskrivelse av innholdet i disse prosjektene, ligger i vedlegget.

Fordi det i løpet av planperioden kan oppstå behov for å gjennomføre forvaltningsrevisjon utenom den prioriteringen som er satt opp, vil kontrollutvalget overfor kommunestyret foreslå at utvalget gis fullmakt til å foreta endringer av planen i planperioden dersom det er nødvendig.

Kommunestyrets vedtak sak 77/16:

1. Kommunestyret godkjenner kontrollutvalgets forslag til plan for forvaltningsrevisjon 2016-2019 med følgende prioriterte fokusområder:

- Økonomistyring
- Barnevern
- Kvalitet og behovsdekning pleie- og omsorgstjeneste (hjem- og institusjon)
- Internkontroll og beredskap ved IKT-systemer
- Elevenes psykososialt skolemiljø

2. Kommunestyret gir kontrollutvalget myndighet til å foreta endringer av planen i planperioden der kontrollutvalget finner det nødvendig.

Mulige forvaltningsrevisjonsprosjekter

Nr	Prosjektområde	Tema - vinkling	Risikoområder
	Generelt for kommunen / sentraladministrasjon		
	Rådmannens internkontroll i Meløy kommune	Kartlegging og vurdering av rådmannens internkontroll etter kommuneloven.	Etterlevelse av lover og regler
	Personvern	Hvordan håndterer og sikrer kommunen beskyttelsesverdig informasjon om sine brukere?	Etterlevelse av lover og regler
	Offentlighetsloven / journalføring	Ivaretas åpenhet og tilgjengelighet for forvaltningens dokumenter?	Etterlevelse av lover og regler
	Planlegging, styring og organisering av investeringsprosjekter	Har det vært tilfredsstillende planlegging, styring og organisering av kommunens investeringsvirksomhet?	Organisering. Effektivitet
	Varsling	Har kommunen et system for å håndtere varsling i samsvar med bestemmelser om dette i arbeidsmiljøloven. Har kommunen en beredskap til å håndtere varslersituasjoner?	Etterlevelse av lover og regler
1	**Økonomistyring**	Har kommunen definerte mål som legger til rette for god økonomistyring? Hvordan fungerer budsjett som grunnlag for økonomistyring, og har Meløy kommune rapporteringssystemer som legger til rette for økonomistyring.	Organisering, effektivitet
	Arealplanlegging	Har kommunen system for internkontroll, rutiner for saksbehandling og kompetanse på området? Gjøres arbeidet i samsvar med regelverk og kommunale vedtak?	Etterlevelse av lover og regler
	Sykefravær	Har kommunen et overordnet system for rapportering og oppfølgning av sykefravær?	Etterlevelse av lover og regler. Effektivitet.
	Bemanning og rekruttering	Arbeides det planmessig med rekruttering av kompetanse der kommunen er sårbar? Fungerer iverksatte tiltak etter hensikten?	Effektivitet
	Innkjøpskontroll	Hvilken kontroll har kommunen med at den får de varer og tjenester de betaler for? Er det etablert systemer for å sikre slik kontroll?	Effektivitet
4	**Internkontroll og beredskap ved IKT-systemer i Meløy kommune**	Funksjonalitet og sikkerhet knyttet til fellessystemer og vitale delsystemer innen IKT	Organisering, effektivitet.

Mulige forvaltningsrevisjonsprosjekter

Nr	Prosjektområde	Tema - vinkling	Risikoområder
	Skole / barnehage / kultur		
	Kvalitet i kommunens barnehager	Beskrivelse av status for barnehagesektoren i forhold til sentrale bestemmelser i lov og forskrift. Etterlevelse av lov og regelverk for barnehage	Etterlevelse av lover og regler, økonomi
	Sykefraværsoppfølgning innen barnehager	I hvilken grad etterleves regelverk og vedtak innen helse, miljø og sikkerhet, samt sykefraværsoppfølgning ?	Etterlevelse av lover og regler. Ressursbruk
	Oppfølgning av barn med spesielle behov i kommunens barnehager	Hvordan følges barn med spesielle behov opp i barnehagene, og hvordan fungerer overgangen til skole?	Etterlevelse av lover og regler. organisering
	Elevenes fysiske skolemiljø	Vurdere status for kommunen mht skolemiljø, herunder etterlevelse av krav til fysisk miljø og om det arbeides systematisk på området.	Etterlevelse av lover og regler
5	Elevenes psykososiale skolemiljø	Vurdere status for kommunen mht skolemiljø, herunder etterlevelse av krav til psykososialt miljø og om det arbeides systematisk på området.	Etterlevelse av lover og regler
	Kvalitet i grunnskolen	Etterleves lovkrav til kvalitetssikring i grunnskolen?	Etterlevelse av lover og regler
	Kartlegging og oppfølgning av barn med lærevansker og andre problemer	Hvordan fungerer kartlegging og oppfølgning av barn med særskilte behov, ved overgang fra barnehage til grunnskole?	Organisering. Etterlevelse av lover og regler.
	Regeletterleving i grunnskolen – elevers rettigheter	Følges bestemmelser om i lov og vedtak som skal sikre elevers rettigheter	Etterlevelse av lover og regler
	Regeletterleving i grunnskolen – foreldres medbestemmelse	Følges bestemmelser om i lov og vedtak som skal sikre Foreldres medbestemmelse	Etterlevelse av lover og regler
	Introduksjonsordningen	Er introduksjonsordningen i samsvar med lovkrav. I hvilken grad oppnår man integrering i ordinært yrkes- og samfunnsliv?	Etterlevelse av lover og regler Ressursbruk
	Effektivitet og ressursbruk innen kulturskole	Forvaltning av tilskudd og støtteordninger. Ressursutnyttelse i forhold til kulturskole	Effektivitet

Mulige forvaltningsrevisjonsprosjekter

Nr	Prosjektområde	Tema - vinkling	Risikoområder
	Helse /sosial / omsorg /barnevern		
2	Kvalitet og ressursbruk i barnevernet	Overholdes frister, og hvordan er utviklingen på området? Er saksbehandlingen i samsvar med krav på området?	Etterlevelse av lover og regler
	Tilsyn, oppfølging og kontroll ved fosterhjemsplasseringer.	Ivaretar barnevernet sitt ansvar for tilsyn med fosterhjem, jfr barnevernsloven?	Etterlevelse av lover og regler
	Sykefraværsoppfølgning innen utvalgte enheter i pleie og omsorg	I hvilken grad etterleves regelverk og vedtak innen helse, miljø og sikkerhet, samt sykefraværsoppfølgning ?	Etterlevelse av lover og regler. Ressursbruk
	Samhandlingsreformen	Gjennomføring av samhandlingsreformen i Meløy. Fungerer reformen etter forutsetningene	Økonomi, effektivitet
	Helsesøstertjenesten	Har kommunen et omfang av og innhold i helsesøstertjenesten som tilfredsstiller lovkrav? Gjennomføres helsesøstertjenesten i samsvar med kommunestyrets vedtak og føringer?	Etterlevelse av lover og regler. Ressursbruk
	Miljørettet helsevern i barnehage/skole	Ivaretar kommunen sitt tilsynsansvar jfr forskrift om miljørettet helsevern i barnehager, skoler mv? Er skoler og barnehager godkjent av kommunen, og gjennomføres tilsyn med oppfølgning av avvik?	Etterlevelse av lover og regler
3	**Kvalitet og behovsdekning i pleie- og omsorgstjeneste - institusjon**	Vurdering av kvalitet på nærmere bestemte områder på grunnlag av lovkrav til tjenester	Etterlevelse av lover og regler
3	**Kvalitet og behovsdekning i pleie- og omsorgstjeneste – hjemmebaserte tjenester**	Vurdering av kvalitet på nærmere bestemte områder på grunnlag av lovkrav til tjenester	Etterlevelse av lover og regler
	Saksbehandling og oppfølgning av mottakere av økonomisk sosialhjelp	Er saksbehandlingen på området i samsvar med lover og regler? I hvilken grad har kommunen tiltak for å gjøre sosialhjelpsmottagere selvhjulpne? Virker tiltakene?	Etterlevelse av lover og regler

Mulige forvaltningsrevisjonsprosjekter

Nr	Prosjektområde	Tema - vinkling	Risikoområder
	Teknisk sektor		
	Kontroll med vannkvalitet / ledningsnett	Er det god kontroll med kvaliteten på vannet i kommunens ledningsnett? Gjennomføres oppfølgning av avvik?	Etterlevelse av lover og regler Ressursbruk, effektivitet
	Brukerbetaling vann, avløp	Er brukerbetaling innen vann- og avløpssektoren i samsvar med lover og regler på området?	Etterlevelse av lover og regler.
	Kommunale veier – vedlikehold	Fungerer forvaltningen av kommunens veier på en god måte. Ressursbruk sammenlignet med andre kommuner.	Ressursbruk, økonomistyring
	Internkontroll og sikkerhet vannforsyning	Er internkontrollsystemer og beredskap i samsvar med regelverk og kommunale vedtak	Etterlevelse av lover og regler

Salten Kontrollutvalgservice

SALTEN KOMMUNEREVISJON

OVERORDNET ANALYSE 2016

MELØY KOMMUNE

Utarbeidet av Salten kontrollutvalgservice og Salten kommunerevisjon

Forord

Bestemmelsene om tilsyn, kontroll og revisjon i kommunelovens kapittel 12 med forskrifter setter som krav at det skal gjennomføres en **overordnet analyse** basert på risiko- og vesentlighetsvurderinger. Den overordnede analysen skal fremskaffe relevant informasjon om kommunens virksomhet slik at det er mulig for kontrollutvalget å legge en plan for forvaltningsrevisjon, og å prioritere mellom ulike områder hvor det kan være aktuelt å gjøre forvaltningsrevisjon. På denne måten ønsker man å sikre at det er de nyttigste forvaltningsrevisjonsprosjektene som gjennomføres.

I arbeidet med overordnet analyse har Salten kontrollutvalgservice benyttet et skjema utarbeidet av Norges kommunerevisorforbund for gjennomføring av analysen. Skjemaet inneholder ulike elementer som bør inngå i en overordnet analyse. Overskriftene på kolonnene angir de ulike elementene.

Kolonne 1 – Mål

- Gjeldende lover og forskrifter
- Vedtak og forutsetninger i kommunestyret (gjerne vedtatte målsettinger)

Målet med analyse er å avdekke indikasjoner på avvik eller svakheter i forhold til lover, forksrifter, kommunestyrets vedtak og forutsetninger. Kommunen utfører en rekke lovpålagte tjenester. I de ulike lovene framgår de krav som stilles til tjenestene som kommunene skal yte. I en slik sammenheng kan de kravene som gjeldende lover og forskrifter setter til de tjenestene som kommunen er pålagt å levere til sine innbyggere, forstås som mål for den kommunale virksomheten.

Kolonne 2 – Risikofaktorer

Med risikofaktorer menses hendelser som dersom de inntreffer, medfører at kommunen ikke når sine mål. Mulige hendelser, dvs risikofaktorer, kan være alt fra det mest iøynefallende og selvsagte til det mest usynlige og usannsynlige. Det kan være snakk om både eksterne og interne faktorer

Kolonne 3 – Konsekvens

Med konsekvens tenkes her på den påvirkning eller betydning det vil ha for kommunens måloppnåelse, dersom de ulike risikofaktorene i tredje kolonne slår til.

Kolonne 4 – Sannsynlighet

I denne kolonnen blir det vurdert hvorvidt det er sannsynlig at kommunen ikke når sine mål. Et nyttig utgangspunkt for dette kan være å se på hva som har hendt tidligere og i tillegg vurdere endringer i omgivelsene.

Kolonne 5 – Tiltak

Her står de tiltak som kommunen har satt i verk for å redusere muligheten for at risikofaktorene som kan true måloppnåelsen skal inntreffe, og redusere virkningene dersom risikofaktorene likevel slår til. Sagt på en annen måte: Hva gjør kommunen for å nå aktuelle mål?

Kolonne 6 – Kontrollutvalgets vurderinger og prioriteringer

Utarbeidelse og behandling av Plan for forvaltningsrevisjon er et sentralt virkemiddel for **folkevalgt tilsyn og kontroll.** Kontrollutvalgets vurderinger av risiko og vesentlighet for egen kommunen. Overordnet analyse legges frem for kontrollutvalget for gjennomføring av vesentlighetsvurderinger, altså hvor viktig det er for kommunen med måloppnåelse på ulike områder. Kontrollutvalgets vurdering av vesentlighet gir grunnlag for utvalgets påfølgende prioritering av hvilke fokusområder de ønsker at det skal gjennomføres forvaltningsrevisjon.

Bodø, 4. mai 2016

Overordnede mål/strategidokumenter:
Kommuneplanens samfunnsdel 2013– 2026 - Visjon og hovedmålsetting: ***Økt livskvalitet for Meløys befolkning***

Overordnede mål:

- Meløy skal være en attraktiv og god kommune å bo i. Gjennom særlig satsing på ungdom og familier i etableringsfasen skal Meløy framstå som et flerkulturelt samfunn med et stabilt folketall.
- Meløy skal være blant de beste kommuner i Norge å etablere næringsvirksomhet i. Den økonomiske verdiskapningen og sysselsettingen skal økes gjennom et bredt og variert næringsliv, og det skal etableres 900 nye arbeidsplasser innen 2018.
- Barn og unge skal ha trygge, allsidige og utviklende oppvekstvilkår i sine nærmiljø, i skoler og barnehager.
- Uavhengig av alder, kjønn og bosted skal befolkningen ha tilgang på helse-, sosial- og omsorgstjenester av god kvalitet. Helsefremmende og forebyggende arbeid skal styrkes.
- Naturens produktivitet, mangfold og rekreasjonsverdi skal ivaretas. Areal- og naturressurser i kommunen skal forvaltes på en langsiktig og bærekraftig måte.
- Meløy kommune skal være pådriver og tilrettelegger for at innbyggerne skal ha gode og varierte fritidsaktiviteter, kunst- og kulturtilbud, som kan fremme trivsel og bolyst.
- Kommunen skal ha et effektivt, sikkert og miljøvennlig transportsystem på land og sjø, tilpasset brukernes behov for kommunikasjonsløsninger. Alle kommunale vannverk skal levere vann av tilfredsstillende kvalitet og kvantitet, og ha godkjenning av Mattilsynet.

Informasjonsinnsamling:
Analyse av dokumenter og statistikk, Årsberetning 2014 og 2015 (uferdig utkast). Samtale med ordfører, opposisjonspolitiker, rådmann.
Lover:

Oppvekst/kultur	Helse/sosial/omsorg	Teknisk
▪ Opplæringsloven ▪ Barnehageloven ▪ Læreplanen ▪ Friluftsloven ▪ Kulturminneloven ▪ Biblioteklоven ▪ Lov om film og videogram ▪ Kommuneplan for fysisk aktivitet og natur opplevelser	▪ Lov om sosiale tjenester ▪ Lov om barnevernstjenester ▪ Lov om pasientrettigheter ▪ Lov om helsepersonell ▪ Lov om kommunehelsetjenesten	▪ Forurensningsloven ▪ Drikkevannsforskriften ▪ Lov om vann- og kloakkgebyr ▪ Slamforskriften ▪ Plan- og bygningsloven ▪ Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB)

Mål	Risikofaktorer Hva kan hindre måloppnåelse?	Risikovurdering		Risikoreduserende tiltak Hvilke tiltak er iverksatt for å redusere risikoen?	Kontrollutvalgets vurderinger og prioriteringer
		Konsekvens Stor/Middels/Liten	Sannsynlighet Stor/Middels/Liten		

STRATEGISK LEDELSE OG STØTTE/STAB

"Rasjonell og effektiv forvaltning av kommunen" Jf. Kommuneloven § 1	Manglende/svakt system for overordnet planlegging/strategi-utvikling/styring/ rapportering	MIDDELS/STOR Manglende helhetlig og overordnet grep på utvikling og styring	MIDDELS Kommuneplanens samfunnsdel og arealdel ble rullert i 2013. Årsmelding 2014 viser til bruk av måleindikatorer. Et stort fremsktitt er gjort her. Planprogrammet er foreldet. Man har et Handlingsprogram med økonomiplan 2013-16 som ikke rulleres. Bunnplassering nasjonalt i kommunebarometeret.	Rådmannen sier man ønsker å bruke kommunebarometeret mer aktivt fremover.	
"Rasjonell og effektiv forvaltning av kommunen" Jf. Kommuneloven § 1	Manglende rutiner for økonomistyring	MIDDELS/STOR Manglende måloppnåelse og svekket økonomi	STOR/MIDDELS Mener man har gode systemer og kontroll. Økonomistyringen i kommunen er en klar utfordring. Driftsnivået ligger for høyt og må ned. Stor overskridelse på barnevernsområdet. Helse- og omsorg har fått mer kontroll.		
"Rasjonell og effektiv forvaltning av kommunen" Jf. Kommuneloven § 1	Manglende kompetanse om innkjøp	MIDDELS/STOR Urasjonelle innkjøp Svekket omdømme	MIDDELS Har fått koordinator, som skal jobbe mer dedikert med området. Revisjonsrapport fra 2015 viste svakheter i kommunens praksis (konkurranseutsetting, anvisningsmyndighet, dokumentasjon).		
"Rasjonell og effektiv forvaltning av kommunen" Jf. Kommuneloven § 1	Høyt sykefravær Manglende HMS Konflikter på arbeidsplassen	STORE konsekvenser. Økte kostnader for kommunen Økt belastning for organisasjonen og de ansatte Svekkelse av omdømme	STOR/MIDDELS Årsmelding for 2014 viser et nokså høyt nivå når det gjelder sykefravær, og at det ikke ble redusert i 2014. I 2015 gikk derimot sykefraværet ned fra 9,7 til 6,6 % Har fått innspill på at kommunen er alt for dårlig	I Årsrapport 2014 går det frem at det etter at man tok i bruk Risk Manager var meldt 620 avvik hvorav 79 var HMS-avvik. For 2015: 610/65.	

Mål	Risikofaktorer Hva kan hindre måloppnåelse?	Risikovurdering		Risikoreduserende tiltak Hvilke tiltak er iverksatt for å redusere risikoen?	Kontrollutvalgets vurderinger og prioriteringer
		Konsekvens Stor/Middels/Liten	Sannsynlighet Stor/Middels/Liten		
			på HMS. At det er personell med farlige jobber (komunalteknisk). Regler følges ikke opp i kommunen. Sies å være store mørketall mht avviksmeldinger. Hendelser blir ikke rapportert.		
"Rasjonell og effektiv forvaltning av kommunen" Jf. Kommuneloven § 1	Beredskap	MIDDELS/STOR Store konsekvenser ved svikt i systemer	MIDDELS/LITEN Det opplyses at det har vært jobbet mye med beredskap, kommer ny plan for beredskap. Har vært lagt økt vekt på øvelser. Saksområdet er ikke omtalt i Årsmelding 2014 eller 2015.		
"Rasjonell og effektiv forvaltning av kommunen" Jf. Kommuneloven § 1	Systematisk psykososialt miljø: Manglende kompetanse og ressurser	LITEN	LITEN Temaet er ikke omtalt i Årsmelding 2014 eller 2015. I Årsmelding 2014 fremgår det at medarbeiderundersøkelsen 2014 ga for få resondenter til å kunne brukes. Fremheves ikke av respondentene som en utfordring.		

Mål	Risikofaktorer Hva kan hindre måloppnåelse?	Risikovurdering		Risikoreduserende tiltak Hvilke tiltak er iverksatt for å redusere risikoen?	Kontrollutvalgets vurderinger og prioriteringer
		Konsekvens Stor/Middels/Liten	Sannsynlighet Stor/Middels/Liten		
"Rasjonell og effektiv forvaltning av kommunen" Jf. Kommuneloven § 1	Investeringsprosj: Manglende planlegging, gjennomføring og styring	STOR/MIDDELS Kan gi betydelige kostnadsøkninger	MIDDELS Det opplyses at sykehjemmet skal gjennomføres av eiendomsforetaket (har dyktig leder). Spildra skole/barnehage blir totalentreprise. I Årsrapport 2014 fremgikk at stilling som prosjektkoordinator for vedtatte utbyggings-prosjekter, ikke er utlyst. Ukjent om dette fortsatt er status.		
"Rasjonell og effektiv forvaltning av kommunen" Jf. Kommuneloven § 1	Kompetanse: sviktende rekruttering	STOR/MIDDELS Kan gi betydelige kostnadsøkninger	MIDDELS Det opplyses at man sliter på noen områder; lærere til sørbygda, sykepleiere og til dels vernepleiere, og barnehagepersonale. Kompetanse ikke samlet tema i Årsrapport 2014, omtales avdelingsvis.	Det legges til rette for mer desentralisert utdanning, noe økt lønn og andre virkemidler. Kompetanseprosjekt i barnehage i regi av RKK.	
"Rasjonell og effektiv forvaltning av kommunen" Jf. Kommuneloven § 1	Ivaretakelse av habilitet og roller: Manglende rutiner og oppfølging	MIDDELS/LITEN Tap av renome	MIDDELS/LITEN Det gis uttrykk for at det har vært noen glipper. Har vært noen vanskelige grenseganger. Forholdet til Meløy Energi AS har skapt noen utfordringer.		

Mål	Risikofaktorer Hva kan hindre måloppnåelse?	Risikovurdering		Risikoreduserende tiltak Hvilke tiltak er iverksatt for å redusere risikoen?	Kontrollutvalgets vurderinger og prioriteringer
		Konsekvens Stor/Middels/Liten	Sannsynlighet Stor/Middels/Liten		
"Rasjonell og effektiv forvaltning av kommunen" Jf. Kommuneloven § 1	Bruk av konsulent-tjenester: Manglende rutiner	MIDDELS Kan gi ekstrakostnader	MIDDELS/LITEN Sies at man har forsøkt å lage rammeavtaler i forhold til dette. Det brukes en del tjenester innen barnevern, men man følger med på det spesielt.		
Brukermedvirkning/ undersøkelser	Manglende rutiner	MIDDELS/LITEN Svak brukerretting av tjenester, misfornøyde brukere	MIDDELS/LITEN Det gjennomføres en del brukerundersøkelser, men det sies at man sikkert kan bli flinkere.		
IKT	Manglende rutiner og systemer	STOR Kan få store konsekvenser for driften av kommunen	STOR Rådmannen gir uttrykk for bekymring for området. Har ingen overordnet strategi på plass, og må gjøre noen valg fremover (reforhandling eller nyutlysning). Ikke god nok støtte/support internt. Ikke tilfredshet med hvordan det er nå. I Årsrapport 2014 framkom at det var store kostnadsoverskridelser noe som belaster budsjettet til Plan- og utviklingsavdelingen.		
Miljø	Manglende rutiner og systemer	MIDDELS/LITEN	STOR Energi- og klimaplan 2011-14 er utgått på dato og bør revideres. Miljø som tema er fraværende i Årsrapport 2014. fremstår som at det ikke er noe trykk på saksområdet.		

Mål	Risikofaktorer Hva kan hindre måloppnåelse?	Risikovurdering		Risikoreduserende tiltak Hvilke tiltak er iverksatt for å redusere risikoen?	Kontrollutvalgets vurderinger og prioriteringer
		Konsekvens Stor/Middels/Liten	Sannsynlighet Stor/Middels/Liten		

TJENESTEOMRÅDER

KULTUR	Manglende ressurser og aktiviteter Manglende samarbeid internt og eksternt	LITEN/MIDDELS Redusert trivsel og tilhørighet for samfunnet	LITEN Kostratallene viser at relativ andel av kommunens totale nto driftsutgifter til kultursektoren ligger på et lavt nivå. Nto dr utg per innbygger ligger klart under gruppa. Tjenesteområdet har ikke vært fremhevet som et risikoområde av informantene.		
BARNEVERN **Sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid Jf. lov om barneverntjenester § 1-1**	Manglende kompetanse og ressurser	STOR Store konsekvenser for barna	STOR/MIDDELS Kostratallene viser høye driftsutgifter per innbygger samt at det er noe utfordringer med fristoverskridelser (andel undersøkelser med beh tid innen 3 mnd er svært lavt). Rådmannen sier det har vært tett dialog med lederne på de områdene det er utfordringer ved – barnevern og legetjenesten.		

Mål	Risikofaktorer Hva kan hindre måloppnåelse?	Risikovurdering		Risikoreduserende tiltak Hvilke tiltak er iverksatt for å redusere risikoen?	Kontrollutvalgets vurderinger og prioriteringer
		Konsekvens Stor/Middels/Liten	Sannsynlighet Stor/Middels/Liten		
HELSE **Alle kommuner skal sørge for allmennlege- tjeneste, herunder fast-legeordning** Jf. Lov om kommunehelsetjeneste	Manglende ressurser: - økonomi - personell - kompetanse	STOR Dårligere tjenestetilbud Manglende legedekning	STOR/MIDDELS Kostratallene viser at tjenestens andel av driftsutg ligger på et høyt nivå. Lav andel med gjennomført helseundersøkelse ved 4 årsalder og i løpet av 1. skoletrinn. Høy ved hjemmebesøk etter fødsel. Forvaltningsrevisjon har vist at det er utfordringer i legetjenesten. Rådmannen gir uttrykk for at dette er et utfordringsområde.		
Gjennomføring av psykisk helsevern skal skje på en forsvarlig måte, hvor tiltakene tar utgangs-punkt i pasientens behov. Jf. Psykisk helsevernloven § 1-1	Manglende ressurser som økonomi, personell og kompetanse	STOR Brukere får ikke nødvendig oppfølging, noe som kan ha store konsekvenser for den enkelte og for omverden	MIDDELS/LITEN Dekningen av psykiatrisk sykepleier ligger på nivå med gruppa. I Årsrapport 2015 vises det til utfordring med flere unge med sammensatte behov. Ser behov for en miljøtjeneste med akuttplass og heldøngs bolig.		
NAV **Kommunen skal fremme økonomisk og sosial trygghet, å bedre levevilkårene for vanskeligstilte, å bidra til økt likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer** 1-1a	Manglende ressurser som økonomi/personell og kompetanse	STOR	MIDDELS/LITEN Kostratallene viser at tjenesten i Meløy hadde et stort fall i andel netto driftsutgifter, fra 3,6 til 2,1, og kostnader per innbygger hadde stor reduksjon. Andel sosialhjelpsmottakere i kommunen er på nivå med, og andelen med støtte over 6 mnd er litt høyere enn gruppa.		

Mål	Risikofaktorer Hva kan hindre måloppnåelse?	Risikovurdering		Risikoreduserende tiltak Hvilke tiltak er iverksatt for å redusere risikoen?	Kontrollutvalgets vurderinger og prioriteringer
		Konsekvens Stor/Middels/Liten	Sannsynlighet Stor/Middels/Liten		
Jf. lov om sosialtjenester §					
OMSORG **Pleie og omsorg skal i størst mulig grad ivareta brukernes ønsker og behov som disse til enhver tid har krav på å få dekket ut fra lover og forskrifter**	Manglende institusjonsplasser og tilbud om hjemmetjenester	STORE konsekvenser	MIDDELS Kostratall viser til andel ansatte med fagutdanning på nivå med gruppa. Driftsutgifter ligger på nivå med gruppa, mens enhetskostnader per mottaker ligger betydelig under gruppa. Mottakere av hjemmetjenester i gruppa 0-66 og 67-79 år, ligger over kommunegruppa. Andel innbyggere 80+ i institusj/bolig med heldøgns bemanning er på nivå med kommunegruppa. Tid med fysioterapaut på sykehjem er svært lavt, tid til lege er kommet opp på nivå. Liten andel plasser til demente. Lite enerom med bad/wc. Falt til 366 pl i barometeret.		
Brukerne skal oppleve at de møtes med verdighet	Manglende ressurser, kompetanse og fokus	STOR	MIDDELS/LITEN Har tidligere vært medieoppslag om tjenestene. Har system for brukerundersøkelse.		
SKOLE **Alle elever i grunnskoler og videregående skoler har rett til et godt fysisk og psykososialt miljø som fremmer helse,**	Manglende rutiner/systemer for å sikre god kvalitet på undervisning, skolemiljø og arbeidsmiljø	STOR Kan gi mindre trivsel, mindre læringsutbytte og utviklingsmuligheter	STOR Klar forbedring i barometeret to siste år (287 pl). **Ressursinnsats:** KOSTRA- tallene for 2014 og 15 viser en andel driftsutgifter til sektoren, og driftsutgifter per elev på nivå med sammenligningsgruppen. Nivået for		

Mål	Risikofaktorer Hva kan hindre måloppnåelse?	Risikovurdering			Risikoreduserende tiltak Hvilke tiltak er iverksatt for å redusere risikoen?	Kontrollutvalgets vurderinger og prioriteringer
		Konsekvens Stor/Middels/Liten	Sannsynlighet Stor/Middels/Liten			
trivsel og læring Jf. Opplæringsloven § 9-1	Manglende ressurser: - personell - kompetanse			driftsutgifter til undervisningsmateriell ligger på nivå med, og for inventar og utstyr, klart over nivået i gruppa. **Læringsmiljø:** Resultater fra Elevundersøkelsen tyder på at kommunen har utfordringer. Negative resultater for flere faktorer (motivasjon, elevdemokrati, faglig utfordring, læringskultur, mobbing mm). **Læringsutbytte:** Har hatt svake resultater over flere år, spes mht avgangskarakterer. Nasjonale prøver har vist bedringstegn, 9tr fra 2,8 til 5,0! (rating i Barometeret).		
Elever som ikke har eller som ikke kan få tilfredsstillende utbytte av det ordinære opplæringstilbudet, har rett til spesialundervisning Jf. Opplæringsloven § 5-1	Manglende ressurser til å: - avdekke tilfeller - behandle saker	STOR Konsekvenser for elever med spesielle behov og deres muligheter til utvikling og læring		STOR KOSTRA- tallene viser at andelen elever som får spesialundervisning, er høyt sammenlingnet med gruppa. Andel spesialundervisningstimer av antall lærertimer totalt, sank fra 28 til 19 fra 2014 til 15, og kom på nivå med gruppa. (??) I Årsrapport 2015 kommenteres at omfanget går ned, selv om det fortsatt er høyt sammenlignet med gruppa.		

Mål	Risikofaktorer Hva kan hindre måloppnåelse?	Risikovurdering		Risikoreduserende tiltak Hvilke tiltak er iverksatt for å redusere risikoen?	Kontrollutvalgets vurderinger og prioriteringer
		Konsekvens Stor/Middels/Liten	Sannsynlighet Stor/Middels/Liten		
Kommunen skal ha et tilbud om skolefritidsordning (SFO) før og etter skoletid for 1-4 års trinn, og for barn med særskilte behov Jf. Oppl.loven § 13-7	Manglende tilbud/plasser Manglende personell og ressurser	MIDDELS Betydning for arbeidstakere med barn i aldersgruppen.	LITEN Andelen elever som benytter tilbudet er på nivå med gruppa, men andelen med full plass er klart lavere.		
HELSESØSTER-TJENESTE **Kommunen skal tilby skolehelsetjeneste til barn og ungdom 0-20 år.** Jf. Forskrift om helse-stasjons- og skolehelse-tjeneste	Manglende personell og ressurser	MIDDELS Betydning for å fremme fysisk/psykisk helse og forebygge sykdommer og skader.	MIDDELS/LITEN Andel barn som har gjennomført helseundersøkelse innen utgangen av første skole-trinn, er for 2015 lavere enn kommunegruppa, og andel som har gjennomført innen 4. trinn er noe lavere. Driftsutg per innbygger 0-5 år til forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste, er betydelig høyere enn gruppa. Tjenesten er lite omtalt i Årsmelding 2015 (utkast).		

Mål	Risikofaktorer Hva kan hindre måloppnåelse?	Risikovurdering		Risikoreduserende tiltak Hvilke tiltak er iverksatt for å redusere risikoen?	Kontrollutvalgets vurderinger og prioriteringer
		Konsekvens Stor/Middels/Liten	Sannsynlighet Stor/Middels/Liten		
BARNEHAGE **Full barnehage-dekning** Jf Barnehageloven § 7 **God kvalitet i alle barnehager** Jf barnehageloven § 1 og § 2	Manglende utbygging Manglende ressurser: - kompetanse - Personell - økonomi	STOR konsekvens for søkerne, og for rekruttering til bosetting og arbeid i kommunen.	MIDDELS Prioritering av tjenesteområdets andel av driftsutgifter viser et lavt nivå. Driftsutgifter per barn, er noe under nivå. Dekningsgraden er på nivå med gruppa. Kompetansesituasjonen i tjenesten er noe svak både i lederfunksjoner og ansatte generelt. Lav andel menn i tjenesten. I følge Årsmelding 2015 er det kø for å få plass.		
INTEGRERING AV FLYKTNINGER	Manglende ressurser: - kompetanse - Personell - økonomi	STOR konsekvens for deltakerne, og for kommunen.	MIDDELS/LITEN Kommunen fikk i følge Årsmelding 2015 26 nye beboere. Tilsatt i ny stilling for å styrke tjenesten. Halv stilling som helsesøster også knyttet opp. Jobbes med rutiner og systemer.		
TEKNISK Vedlikehold av ledningsnett for vann og avløp	Manglende ressurser: - økonomi - kompetanse	STOR	MIDDELS I Årsmelding 2015 meldes det om gjennomførte tiltak og utskiftninger. Meldes om krevende drift av renesanlegg. Mange feilkilder og driftsstans. Lite innrapporterte kostratall. Informantene fremhever ikke området.		

Mål	Risikofaktorer Hva kan hindre måloppnåelse?	Risikovurdering		Risikoreduserende tiltak Hvilke tiltak er iverksatt for å redusere risikoen?	Kontrollutvalgets vurderinger og prioriteringer
		Konsekvens Stor/Middels/Liten	Sannsynlighet Stor/Middels/Liten		
Internkontroll vannbehandling til beste for forbrukerne	Manglende ressurser: - økonomi - kompetanse	STOR Manglende kvalitet på drikkevannet har stor konsekvens	MIDDELS/LITEN Årsmelding 2015 melder om at alle prøver ble tatt i tråd med prøvetakingsprogrammet. Minimalt med avvik.		
Forestå opprusting av kommunale veier i hht. vegplanen	Manglende ressurser: - økonomi - maskiner - personale	STOR	STOR/MIDDELS KOSTRA- tall for 2014/15 viser driftsutgifter per veikilometer, på nivå med gruppa. Andel kommunale veier uten fast dekke er mye høyere enn gruppa. 1000 tonn grus påført veiene. Ellers bare nødreparasjoner av hull og skraping.		
EIENDOM Planlegge og utføre vedlikehold av kommunens bygninger	Manglende ressurser: - personell - systemer - rutiner	MIDDELS/STOR Manglende vedlikehold av bygg.	STOR/MIDDELS/LITEN Driftsutgifter til eiendomsforv per kvadratmeter på nivå med gruppa. Relativ prioritering av tjenesteområdet i forhold til andel av driftsutgifter, er på nivå med gruppa. Kommunale bygg er ikke nevnt i årsmeldingen.		

Mål	Risikofaktorer Hva kan hindre måloppnåelse?	Risikovurdering		Risikoreduserende tiltak Hvilke tiltak er iverksatt for å redusere risikoen?	Kontrollutvalgets vurderinger og prioriteringer
		Konsekvens Stor/Middels/Liten	Sannsynlighet Stor/Middels/Liten		
PLANLEGGING **Arealplanlegging etter plan- og bygningsloven, kommunale planer og vedtak**	Manglende ressurser: - personell - systemer - rutiner	MIDDELS/STOR Tap av arealer, erstatningsansvar, uønsket utvikling.	LITEN Kommuneplanens arealdel og samfunnsdel er bare 3 år gammel. I Årsrapport 2015 fremgår det at det var merkbart at arealplanleggerstilling ble innspart fra medio 2014. Det meldes ikke om store utfordringer i arealplanarbeidet.		
BYGGESAK **Saksbehandling ut fra lovverk, kommunale planer og vedtak**	Manglende ressurser: - personell - systemer - rutiner	MIDDELS Konsekvenser for innbyggere, næringsliv og kommune dersom utsettelser grunnet kapasitet.	LITEN Tall i KOSTRA tyder ikke på at det er mye fristbrudd i forbindelse med saksbehandling. I følge informantene er det ikke mye klager på dette området.		

Vedlegg 2 til Plan forvaltningsrevisjon Meløy kommune 2016-2019:

Bestemmelser i lov og forskrift vedrørende forvaltningsrevisjon i kommuner

Lov om kommuner og fylkeskommuner (LOV-1992-09-25-107)

§ 77. *Kontrollutvalget*

4. Kontrollutvalget skal påse at kommunens eller fylkeskommunens regnskaper blir revidert på en betryggende måte. Kontrollutvalget skal videre påse at det føres kontroll med at den økonomiske forvaltning foregår i samsvar med gjeldende bestemmelser og vedtak, og at det blir gjennomført systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak og forutsetninger (forvaltningsrevisjon).

6. Kontrollutvalget skal rapportere resultatene av sitt arbeid til kommunestyret eller fylkestinget. Før en sak rapporteres til kommunestyret eller fylkestinget skal den ha vært forelagt administrasjonssjefen til uttalelse.

10. Departementet kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om kontrollutvalgets oppgaver og saksbehandling mv.:

Forskrift om kontrollutvalg i kommuner og fylkeskommuner (FOR-2004-06-15-905)

§ 4. *Tilsyn og kontroll*

Kontrollutvalget skal føre det løpende tilsyn og kontroll med den kommunale eller fylkeskommunale forvaltningen på vegne av kommunestyret eller fylkestinget, herunder påse at kommunen eller fylkeskommunen har en forsvarlig revisjonsordning. Kontrollutvalget har rett til å være til stede i lukket møte i kommunens eller fylkeskommunens folkevalgte organer. Kommunestyret eller fylkestinget kan bestemme, i forskrift eller for ett enkelt møte, at kontrollutvalget ikke har rett til å være til stede i lukket møte i kommunestyret eller fylkestinget.

Utvalget kan ikke overprøve politiske prioriteringer som er foretatt av kommunens eller fylkeskommunens folkevalgte organer.

§ 9. *Forvaltningsrevisjon*

Kontrollutvalget skal påse at kommunens eller fylkeskommunens virksomhet årlig blir gjenstand for forvaltningsrevisjon i samsvar med bestemmelsene i dette kapittel.

Forvaltningsrevisjon kan utføres av andre enn den som er ansvarlig for revisjon av kommunens eller fylkeskommunens årsregnskap eller et kommunalt eller fylkeskommunalt foretaks årsregnskap.

§ 10. *Plan for gjennomføring av forvaltningsrevisjon*

Kontrollutvalget skal minst én gang i valgperioden og senest innen utgangen av året etter at kommunestyret eller fylkestinget er konstituert, utarbeide en plan for gjennomføring av forvaltningsrevisjon. Planen vedtas av kommunestyret eller

fylkestinget selv som kan delegere til kontrollutvalget å foreta endringer i planperioden.

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

§ 11. *Rapporter om forvaltningsrevisjon*

Med utgangspunkt i planen for gjennomføring av forvaltningsrevisjon, skal kontrollutvalget avgi rapport til kommunestyret eller fylkestinget om hvilke forvaltningsrevisjoner som er gjennomført og om resultatene av disse, jf. § 8 i forskrift om revisjon i kommuner og fylkeskommuner.

§ 12. *Oppfølging av forvaltningsrevisjonsrapporter*

Kontrollutvalget skal påse at kommunestyrets eller fylkestingets vedtak i tilknytning til behandlingen av rapporter om forvaltningsrevisjon følges opp.

Kontrollutvalget skal gi rapport til kommunestyret eller fylkestinget om hvordan kommunestyrets eller fylkestingets merknader til rapport om forvaltningsrevisjon er blitt fulgt opp. Det skal også rapporteres om tidligere saker som etter utvalgets mening ikke er blitt fulgt opp på en tilfredsstillende måte.

Forskrift om revisjon i kommuner og fylkeskommuner mv. (FOR-2004-06-15-904)

§ 6. *Revisjonsplikt*

Kommunens eller fylkeskommunens virksomhet skal være gjenstand for forvaltningsrevisjon i samsvar med bestemmelsene i dette kapittel. Forvaltningsrevisjon kan utføres av andre enn den som er ansvarlig for revisjon av kommunens eller fylkeskommunens årsregnskap, eller et kommunalt eller fylkeskommunalt foretaks årsregnskap.

Der en interkommunal revisjonsenhet, et revisjonsselskap eller annet foretak/selskap er valgt, skal revisjonsenheten eller selskapet utpeke en ansvarlig forvaltningsrevisor for hvert oppdrag (oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor).

§ 7. *Forvaltningsrevisjonens innhold*

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

a) forvaltningen bruker ressurser til å løse oppgaver som samsvarer med kommunestyrets vedtak og forutsetninger,

b) forvaltningens ressursbruk og virkemidler er effektive i forhold til målene som er satt på området,

c) regelverket etterleves,

d) forvaltningens styringsverktøy og virkemidler er hensiktsmessige,

e) beslutningsgrunnlaget fra administrasjonen til de politiske organer samsvarer med offentlige utredningskrav,

f) resultatene i tjenesteproduksjonen er i tråd med kommunestyrets eller fylkestingets forutsetninger og/eller om resultatene for virksomheten er nådd.

Gjennomføring og rapportering av forvaltningsrevisjon skal skje i henhold til god kommunal revisjonsskikk og etablerte og anerkjente standarder på området, og det skal etableres revisjonskriterier for det enkelte prosjekt.

§ 8. *Rapportering om forvaltningsrevisjon*

Revisor skal fortløpende rapportere til kontrollutvalget om resultatene av gjennomførte forvaltningsrevisjoner.

Administrasjonssjefen eller kommune-/fylkesrådet skal gis anledning til å gi uttrykk for sitt syn på de forhold som fremgår av rapporten. Administrasjonssjefens eller kommune-/fylkesrådets kommentarer skal fremgå av rapporten.

Der et kommunalt/fylkeskommunalt foretak er gjenstand for forvaltningsrevisjon, skal styret og daglig leder gis anledning til å gi uttrykk for sitt syn på de forhold som fremgår av rapporten.

Salten Kontrollutvalgservice
Postboks 54, 8138 Inndyr

Vår dato:	Jnr	ark
29.05.2019	19/487	416– 5.3

SAK 16/19

Orienteringer fra revisjon og sekretariat

Saksgang:
Kontrollutvalget

Møtedato:
06.06.2019

Vedlegg:
a) Salten kommunerevisjon IKS 14. mai 2019: Innkalling til representantskapsmøte i Salten kommunerevisjon ISK

Bakgrunn for saken:
Kontrollutvalget gis orienteringer fra revisjon og sekretariat om status når det gjelder arbeidet med kontroll og tilsyn.

I samsvar med tidligere praksis legges det frem kopi av innkallinger til representantskap i interkommunale selskaper. Jfr kommunelovens § 80 skal kontrollutvalget og kommunens revisor varsles og har rett til å være tilstede på møter i representantskap og tilsvarende organ.

Inndyr, 29. mai 2019

Lars Hansen
Sekretær for kontrollutvalget

SALTEN
KOMMUNEREVISJON

Salten kontrollutvalgservice
Dato 27-05 2019
Jnr. 19/480
Arkiv nr. 411-9 10.5
Hjemmel u off:

Til representantskapet i Salten kommunerevisjon IKS

Deres ref.: * Vår ref.: Adm/Repr/paa Dato: 14. mai 2019

INNKALLING TIL REPRESENTANTSKAPSMØTE I SALTEN KOMMUNEREVISJON IKS

Vedlagt:

- Oversikt over valgte representanter/vararepresentanter til representantskapet
- Hovedutskrift fra representantskapsmøte 19/2/2019

Det innkalles til representantskapsmøte i Salten kommunerevisjon IKS
mandag 3. juni 2019 kl. 1300 på Fauske Hotell, Fauske.

Vi starter med lunsj kl. 1200.

Saksliste:
Sak 06/19: Godkjenning av innkalling og saksliste
Sak 07/19: Valg av to til å underskrive protokollen
Sak 08/19: Valg av revisor og fastsettelse av revisors godtgjørelse
Sak 09/19: Årsberetning og regnskap 2018
Sak 10/19: Fastsetting av godtgjørelse til representantskap og styre
Sak 11/19: Fastsetting av budsjettramme for 2020
Sak 12/19: Henvendelse fra Nordland fylkeskommune v/Fylkestinget vedrørende ønske om innlemmelse av Fylkesrevisjonen i Salten kommunerevisjon IKS
Sak 13/19: Eventuelt

Sakspapirer vedlegges.

Eventuelle forfall bes meddelt undertegnede snarest.
Vararepresentanter møter kun etter nærmere innkalling.

Espen Rokkan
Representantskapets leder

Per Asbjørn Andersen
Per Asbjørn Andersen
Daglig leder

KOPI:
Salten kontrollutvalgservice

Salten kommunerevisjon IKS www.salten-revisjon.no Org. nr.: 986 655 271 MVA E-post: post@salten-revisjon.no

Hovedkontor Fauske
Postadresse: Postboks 140, 8201 Fauske
Besøksadresse: Torggata 10, 2.etg.
Telefon: 75 61 03 80
Faks: 75 61 03 89

Avdeling Bodø
Postadresse: Postboks 429, 8001 Bodø
Besøksadresse: Posthusgården, Havnegata 9
Telefon: 75 61 03 90
Faks: 75 61 03 98

SALTEN
KOMMUNEREVISJON

REPRESENTANTSKAPET I SALTEN KOMMUNEREVISJON IKS

Kommune	Eierandel %	Representant	Vararepresentant
Fauske	15	Vegard Setså Simonsborgbakken 15 8230 Sulitjelma	Siv Anita Johnsen Brekke Kleiva 29 8200 Fauske
Hamarøy	5	Jan-Folke Sandnes 8260 Innhavet	May Valle Glimmav. 6 8294 Hamarøy
Beiarn	5	Monika Sande 8110 Moldjord 416 39 125	Håkon Sæther 8114 Tollå 481 47 308
Gildeskål	5	Bernt Moe Hansen Skaugvoll 21, 8140 Inndyr 916 47 824	
Meløy	10	Gullbjørg Strøm Jakobsen Granittveien 18 8150 Ørnes	Arild Kjerpeseth 8157 Meløy
Saltdal	5	Stig Morten Sletteng Lagerv. 5, 8250 Rognan 402 01 199	Anne Olaug Jensen Bregnev. 2, 8250 Rognan 916 04 510
Steigen	5	John-Terje Ringstad 8285 Leines	Christina Falch Holmvaag 8289 Engeløya
Sørfold	5	Gisle Hansen, nestleder 8264 Engan 75 69 58 16 951 81 990 kobbelv@online.no	Jannike Moen Kines, 8220 Røsvik 413 32 014
Bodø	45	Espen Rokkan, leder Gamle Kongsveg 10 8020 Bodø Espen@pbl.no	Thor Arne Angelsen Kringla 11 8050 Tverlandet
		Charlotte Ringkjøp Torvgt. 21 A, 8005 Bodø 950 62 665 cmringkjop@gmail.com	Åshild Opøyen Prinsens gt. 60B 8003 Bodø

SALTEN
KOMMUNEREVISJON

HOVEDUTSKRIFT

Tirsdag den 19. februar 2019 kl. 1300 på Fauske Hotell, Fauske ble det avholdt møte i representantskapet for Salten kommunerevisjon IKS.

Til stede:
Espen Rokkan, Bodø
Gisle Hansen, Sørfold
John-Terje Ringstad, Steigen
Arild Kjerpeseth, Meløy
Monika Sande, Beiarn
Vegard Setså, Fauske

Forfall:
Gullbjørg Strøm Jakobsen, Meløy, innkalt vara Arild Kjerpeseth møtte
Bernt Moe Hansen, Gildeskål
Jan-Folke Sandnes, Hamarøy
Stig Morten Sletteng, Saltdal
Charlotte Ringkjøp, Bodø

Øvrige:
Per Asbjørn Andersen, daglig leder
Johan A. Bakke, styrets leder

Det var sendt ut skriftlig innkalling og saksliste til møtet den 22. januar 2019.

Til behandling forelå:

Sak 01/2019: Godkjenning av innkalling og saksliste

Merknad:
Representantskapets leder har ikke mottatt innkalling/sakspapirer.
For fremtiden skal innkalling og sakspapirer sendes ut elektronisk evt. i tillegg på papir for de representantene som ønsker det.

Vedtak:
Innkalling og saksliste med merknad ble enstemmig godkjent.

Sak 02/2019: Valg av to representanter til å underskrive protokollen

Vedtak:
Monika Sande og Gisle Hansen enstemmig valgt.

Sak 03/2019: Godkjenning av protokoll fra møte 25. mai 2018

Innstilling:
Protokoll fra møte 25. mai 2018 godkjennes.

Vedtak:
Innstilling enstemmig vedtatt.

Sak 04/2019: Henvendelse fra Nordland fylkeskommune v/fylkestinget vedrørende ønske om innlemmelse av fylkesrevisjonen i Salten kommunerevisjon IKS

Innstilling:
Saken fremlagt uten innstilling.

Omforent forslag:

1. Representantskapet i Salten kommunerevisjon IKS er tilfreds med tjenestetilbudet revisjonen leverer til deltakerkommunene pr. i dag.
2. Representantskapet er fremdeles positiv til at arbeidsgruppen jobber videre med et saksfremlegg som viser hvordan en sammenslåing vil gi en enda sterkere kommunerevisjon.
3. Det er et avgjørende moment at den sammenslåtte enheten ikke må levere dyrere tjenester enn i dag.
4. Forutsetningen for en sammenslåing av revisjonen i NFK og Salten kommunerevisjon IKS er derfor at NFK dekker alle merkostnader i tilknytning til prosessen.

Vedtak:
Omforent forslag enstemmig vedtatt.

Sak 05/2019: Eventuelt

Det forelå ingen saker under eventuelt.

Fauske, den 22. februar 2019.

Per Asbj. Andersen
Per Asbjørn Andersen
Daglig leder/referent

Monika Sande
Monika Sande

Gisle E. Hansen
Gisle Hansen

Utskrift sendes:
Deltakende kommuner v/ordfører
Medlemmer og varamedlemmer i styret for Salten kommunerevisjon IKS
Representanter og vararepresentanter i representantskapet for Salten kommunerevisjon IKS
Salten kontrollutvalgservice v/Lars Hansen

SALTEN
KOMMUNEREVISJON

Til representantskapets medlemmer

Deres ref.: * Vår ref.: adm/repr/paa Dato: 25. april 2019

SAK 8/2019: VALG AV REVISOR OG FASTSETTING AV REVISORS GODTGJØRELSE

Representantskapet skal på årsmøtet velge revisor og fastsette godtgjørelsen for foregående år etter forslag fra styret.

Nåværende revisor er Nordland fylkesrevisjon v/fylkesrevisor. Bokført revisjonshonorar i 2018 er kr. 28 375,- eksklusiv merverdiavgift. Etter samtale med nåværende revisor er vi enige om at vi nå er kommet til et punkt gjennom samarbeid og vurderinger om sammenslåing at uavhengigheten som revisor er «truet», og at det derfor er nødvendig å velge ny revisor.

Jeg har rettet forespørsel til Fauske Revisjon AS om revisjon av årsregnskapet og særattestasjon momskompensasjon. De er villig til å påta seg oppdraget. Det er signalisert at honoraret vil ligge på samme nivå som i dag.

I samsvar med enstemmig styrevedtak i møte 10. april 2019 legger styret saken frem for representantskapet med følgende forslag til

vedtak:

1. Revisors honorar for 2018 fastsettes til kr. 28 375,- eksklusiv merverdiavgift.
2. Fauske Revisjon AS velges til selskapets revisor.

Per Asbj. Andersen

Per Asbjørn Andersen
Daglig leder

Salten kommunerevisjon IKS www.salten-revisjon.no Orgnr.: 986 655 271 MVA Epost: post@salten-revisjon.no

Hovedkontor Fauske
Postadresse: Postboks 140, 8201 Fauske
Besøksadresse: Torggata 10, 2.etg.
Telefon: 75 61 03 80
Faks: 75 61 03 89

Avdeling Bodø
Postadresse: Postboks 429, 8001 Bodø
Besøksadresse: Posthusgården, Havnegt. 9
Telefon: 75 61 03 90
Faks: 75 61 03 98

SALTEN
KOMMUNEREVISJON

Til representantskapet i Salten kommunerevisjon IKS

Deres ref.: * Vår ref.: adm/repr/paa Dato: 14. mai 2019

SAK 9/2019: ÅRSBERETNING OG ÅRSREGNSKAP 2018

Vedlagt følger styrets årsberetning og årsregnskap for 2018, samt revisjonsberetning for 2018. I tillegg til det offisielle regnskap vedlegges spesifisert resultatregnskap.

Representantskapet har bestått av:

Kommune	Representant	Vararepresentant
Bodø	Espen Rokkan, leder	Thor Arne Angelsen
	Charlotte Ringkjøp	Åshild Opøyen
Meløy	Gullbjørg Strøm Jakobsen	Arild Kjerpeseth
Gildeskål	Bernt Moe Hansen	
Beiarn	Monika Sande	Håkon Sæther
Saltdal	Stig Morten Sletteng	Anne Olaug Jensen
Fauske	Vegard Setså	Siv Anita Johnsen Brekke
Sørfold	Gisle Hansen, nestleder	Jannike Moen
Steigen	John-Terje Ringstad	Christina Falch Holmvåg
Hamarøy	Jan-Folke Sandnes	May Valle

Representantskapet har avholdt 1 møte og behandlet 7 saker.

Styret har bestått av:

Verv	Medl1m	Varamedlem
Leder	Johan A. Bakke (Bodø)	Inga-Lill Sundset (Bodø)
Nestleder	Finn Arve Moen (Sørfold)	Eva Stokvik (Gildeskål)
Styremedlem	Mary Astrid Hilling (Hamarøy)	Ragnar Jullum (Hamarøy)
Styremedlem	Tove Beate Wensell (Fauske)	Sverre Hagen (Fauske)
Ansattes representant	Liv Anne Kildal	Barbro Merete Sakariassen

Styret har avholdt 2 møter og behandlet 17 saker.

Personalforhold:
Planlagt nedbemanning ble gjennomført i 2005 til 10 stillingshjemler. I gjennomsnitt har 10 stillingshjemler vært besatt i 2018.

Sykefraværet har i 2018 vært lavere enn i 2017 og utgjør 20 dager eller 0,8 %. I 2017 utgjorde sykefraværet 24 dager eller 0,95 %. I tillegg har det vært 19 fraværsdager eller 0,75 % som følge av barns sykdom.

Det har ikke vært tatt inn vikarer under sykefravær.

Drift/Økonomi:
Som det fremgår av regnskapet for 2018 har vi et underskudd på 44 tusen kroner.
For øvrig viser jeg til styrets årsberetning.

Styret behandlet saken i møte 10. april 2019.

Styrets innstilling:

1. Årsberetning for 2018 tas til orientering.
2. Årsregnskapet for 2018 fastsettes slik det foreligger med et underskudd på kr. 44 101,50.
3. Underskuddet dekkes ved bruk av fri egenkapital.

Per Asbj. Andersen

Per Asbjørn Andersen
Daglig leder

SALTEN
KOMMUNEREVISJON

Til representantskapets medlemmer

Deres ref.: * Vår ref.: adm/repr/paa Dato: 25. april 2019

SAK 10/2019: FASTSETTING AV GODTGJØRELSE TIL STYRE OG REPRESENTANTSKAP

Representantskapet skal på årsmøtet behandle fastsetting av godtgjørelser til styre og representantskap. Godtgjørelsene skal dekke det ansvar for selskapet som påhviler det enkelte medlem, arbeidet foran og i de berammede møter, samt den plikt medlemmet har til å holde seg løpende orientert om selskapets arbeidsområde. Nåværende satser ble endret i 2018 av representantskapet og fastsatt slik:

	Ny sats
Styret	
Styrets leder årlig godtgjørelse	19 000,-
Styrets nestleder årlig godtgjørelse	10 200,-
Styrets øvrige medlemmer årlig godtgjørelse	7 600,-
Møtegodtgjørelse per møte alle medlemmer	1 260,-
Styrets leder årlig telefongodtgjørelse	650,-
Representantskapet	
Representantskapets leder årlig godtgjørelse	7 600,-

Alle godtgjørelser til representantskapets medlemmer – Reisegodtgjørelse, møtegodtgjørelse og tapt arbeidsfortjeneste – dekkes av eierkommunene. Selskapet selv dekker kun årlig godtgjørelse til representantskapets leder.

Erstatning tapt arbeidsfortjeneste	
Selvstendig næringsdrivende	Inntil kr. 2 860,-
Legitimerte tap av inntekt ved refusjon til arbeidsgiver	I sin helhet
Ulegitimerte utgifter til nødvendig barnepass, landbruksvikar, pass av foreldre	1 780,-
Ulegitimerte tap av inntekt	1 000,-

Salten kommunerevisjon IKS www.salten-revisjon.no Orgnr.: 986 655 271 MVA Epost: post@salten-revisjon.no

Hovedkontor Fauske
Postadresse: Postboks 140, 8201 Fauske
Besøksadresse: Torggata 10, 2.etg.
Telefon: 75 61 03 80
Faks: 75 61 03 89

Avdeling Bodø
Postadresse: Postboks 429, 8001 Bodø
Besøksadresse: Posthusgården, Havnegt. 9
Telefon: 75 61 03 90
Faks: 75 61 03 98

I lønnsoppgjøret for 2019 er det avtalt en ramme for lønnsveksten til 3,2 pst.

Styret anbefaler overfor representantskapet at godtgjørelsen økes tilsvarende, og avrundet oppover for de faste godtgjørelser til nærmeste 100 kr og for de løpende til nærmeste 10 kr.

I samsvar med enstemmig styrevedtak i møte 10. april 2019 legger styret saken frem for representantskapet med følgende forslag til

vedtak:

Godtgjørelse til styret og representantskapet fastsettes slik med virkning fra dato:

Styret	**Ny sats**
Styrets leder årlig godtgjørelse	19 600,-
Styrets nestleder årlig godtgjørelse	10 500,-
Styrets øvrige medlemmer årlig godtgjørelse	7 800,-
Møtegodtgjørelse per møte alle medlemmer	1 300,-
Styrets leder årlig telefongodtgjørelse	670,-
Representantskapet	
Representantskapets leder årlig godtgjørelse	7 800,-

Alle godtgjørelser til representantskapets medlemmer – Reisegodtgjørelse, møtegodtgjørelse og tapt arbeidsfortjeneste – dekkes av eierkommunene. Selskapet selv dekker kun årlig godtgjørelse til representantskapets leder.

Erstatning tapt arbeidsfortjeneste	
Selvstendig næringsdrivende	Inntil kr. 2 950,-
Legitimerte tap av inntekt ved refusjon til arbeidsgiver	I sin helhet
Ulegitimerte utgifter til nødvendig barnepass, landbruksvikar, pass av foreldre	1 780,-
Ulegitimerte tap av inntekt	1 030,-

Per Asbj. Andersen

Per Asbjørn Andersen
Daglig leder

SALTEN
KOMMUNEREVISJON

Til representantskapets medlemmer

Deres ref.: * Vår ref.: adm/repr/paa Dato: 25. april 2019

SAK 11/2019: FASTSETTING AV BUDSJETTRAMME FOR 2020

Utgangspunktet for budsjettrammer 2020 er de forutsetninger som er lagt til grunn i prospektet "Omdanning av Salten kommunerevisjon til IKS".

Budsjettrammen for 2019 ble fastsatt til kr. 10 390 000,-. Utover generell lønns- og prisstigning forventes ikke økte utgifter. Prognoser for kommende år varierer fra 2,5 til 3,2. Styret foreslår derfor at budsjettrammen justeres med 2,5 pst.

I 2020 ventes ingen endringer i arbeidsoppgaver og oppdragsmengde.

I samsvar med enstemmig styrevedtak i møte 10. april 2019 legger styret saken frem for representantskapet med følgende forslag til

vedtak:

Budsjettrammen for 2020 for Salten kommunerevisjon IKS fastsettes til kr. 10 650 000,-

Per Asbj. Andersen

Per Asbjørn Andersen
Daglig leder

Salten kommunerevisjon IKS www.salten-revisjon.no Orgnr.: 986 655 271 MVA Epost: post@salten-revisjon.no

Hovedkontor Fauske
Postadresse: Postboks 140, 8201 Fauske
Besøksadresse: Torggata 10, 2.etg.
Telefon: 75 61 03 80
Faks: 75 61 03 89

Avdeling Bodø
Postadresse: Postboks 429, 8001 Bodø
Besøksadresse: Posthusgården, Havnegt. 9
Telefon: 75 61 03 90
Faks: 75 61 03 98

SALTEN
KOMMUNEREVISJON

Til representantskapet i Salten kommunerevisjon IKS

Deres ref.: Vår ref.: adm/repskap/paa Dato: 14. mai 2019

SAK 12/2019: HENVENDELSE FRA NORDLAND FYLKESKOMMUNE V/FYLKESTINGET VEDRØRENDE ØNSKE OM INNLEMMELSE AV FYLKESREVISJONEN I SALTEN KOMMUNEREVISJON IKS

Saken ble behandlet i representantskapsmøte 19. februar 2019 hvor omforent forslag ble enstemmig vedtatt:

1. Representantskapet i Salten kommunerevisjon IKS er tilfreds med tjenestetilbudet revisjonen leverer til deltakerkommunene pr. i dag.
2. Representantskapet er fremdeles positiv til at arbeidsgruppen jobber videre med et saksfremlegg som viser hvordan en sammenslåing vil gi en enda sterkere kommunerevisjon.
3. Det er et avgjørende moment at den sammenslåtte enheten ikke må levere dyrere tjenester enn i dag.
4. Forutsetningen for en sammenslåing av revisjonen i NFK og Salten kommunerevisjon IKS er derfor at NFK dekker alle merkostnader i tilknytning til prosessen.

Prosessen ble videreført – bl. a. ble det avholdt møte i nedsatt arbeidsgruppe 7. mars 2019. I dette møte ble fremdriftsplan fastlagt hvor målet var endelig avgjørelse i løpet av juni 2019. Neste møte i arbeidsgruppen var fastsatt til 6. mai 2019.

I brev datert 11. april skriver Nordland fylkeskommune v/kontrollutvalget:

«Kontrollutvalget i Nordland fylkeskommune har drøftet nåværende revisjonsordning i Nordland fylkeskommune. Kontrollutvalget drøftet saken og med bakgrunn i ulike vedtak i styre og representantskap i Salten kommunerevisjon IKS ser ikke kontrollutvalget at det er mulig å komme til enighet om en felles revisjonsordning for kommunene i Salten og Nordland fylkeskommune.

<u>Kontrollutvalgets vedtak:</u>
Kontrollutvalget anbefaler å stoppe prosessen. Kontrollutvalget fremmer endelig sak til fylkestinget juni 2019.

Salten kommunerevisjon IKS www.salten-revisjon.no Org. nr.: 986 655 271 MVA E-post: post@salten-revisjon.no

Hovedkontor Fauske
Postadresse: Postboks 140, 8201 Fauske
Besøksadresse: Torggata 10, 2.etg.
Telefon: 75 61 03 80

Avdeling Bodø
Postadresse: Postboks 429, 8001 Bodø
Besøksadresse: Posthusgården, Havnegata 9
Telefon: 75 61 03 80

Med bakgrunn i dette vedtaket vil også planlagte møte den 6. mai utgå.

Kontrollutvalget takker for samarbeidet.»

Saken legges fram med følgende

Innstilling:
Vedtaket i kontrollutvalget i Nordland fylkeskommune tas til etterretning.
Prosessen med innlemmelse av fylkesrevisjonen i Salten kommunerevisjon IKS avsluttes.

Per Asbj. Andersen

Per Asbjørn Andersen
Daglig leder

Salten Kontrollutvalgservice
Postboks 54, 8138 Inndyr

Vår dato:	Jnr	ark
29.05.2019	19/488	416– 5.3

SAK 17/19

Eventuelt

Saksgang:
Kontrollutvalget

Møtedato:
06.06.2019

Vedlegg:

Forslag til vedtak:

Inndyr, 29. mai 2019

Lars Hansen
Sekretær for kontrollutvalget