

Medlemmer i Hábmera-Hamarøy kommunes kontrollutvalg

INNKALLING TIL MØTE I KONTROLLUTVALGET

Møtedato: Mandag 03. november 2025 kl. 10.30

Møtested: Kraftstasjonen, Hamarøyhallen

SAKSLISTE

Saksnummer	Sakstittel
33/25	Godkjenning av protokoll fra kontrollutvalgets møte 06. oktober 2025
34/25	Orientering om økonomi, regnskap og oppfølging av revisjonskommentarer
35/25	Fjerde gangs oppfølging av kommunestyrets vedtak 47/22: Forvaltningsrevisjon Eiendomsforvaltning
36/25	Oppdatert orientering: Ansvarsforhold og kriterier for drift og vedlikehold av veilys
37/25	Involvering av medvirkningsorganer ved utarbeidelse av kommunale planer
38/25	Orientering om ulike praksis i kommunale barnehager
39/25	Dialog med revisor
40/25	Kontrollutvalgets årsrapport 2025
41/25	Virksomhetsplan 2026
42/25	Fastsetting av neste møtedato
43/25	Orienteringer
44/25	Eventuelt
45/25	Oppfølging av kommunestyrets vedtak sak 141/25 Forvaltningsrevisjon fra 2021 – Ledelse og styring

Eventuelle forfall bes meldt leder eller sekretariat (tlf 41 21 20 00)

Drag, 27. oktober 2025

Peter Berg Mikkelsen (s)
Leder kontrollutvalget



Ronny Seljeseth
Sekretær for kontrollutvalget

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



SAK 33/25

Godkjenning av protokoll fra kontrollutvalgets møte 06. oktober 2025

Saksgang:
Kontrollutvalget

Møtedato:
03.11.2025

Vedlegg:
a) Protokoll fra kontrollutvalgets møte 06. oktober 2025

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

Forslag til vedtak:
Protokoll fra kontrollutvalgets møte 06. oktober 2025 godkjennes.

Røkland, 27. oktober 2025

Ronny Seljeseth
Sekretær for kontrollutvalget



PROTOKOLL – HÁBMERA - HAMARØY KONTROLLUTVALG

Møtedato: Mandag, 06. oktober 2025, kl 10.30 – 13.30

Møtested: Kraftstasjonen, Hamarøyhallen

Saksnr.: 25/25 – 32/25

Til stede:

Peter Berg Mikkelsen, leder
May Valle, nestleder
Fred-Eddy Dahlberg, medlem
Hilde Andreassen, medlem
Arn Endre Spein Offervann, medlem

Forfall:

Varamedlemmer:

Ingen

Øvrige:

Fra Hamarøy kommune:

- Ordfører Britt Kristoffersen Løksa, sakene 26-27/25
- Enhetsleder Familie og helse Dejan Zinajic, sakene 26-27/25

Salten kommunerevisjon IKS:

- Oppdragsansvarlig regnskapsrevisor Rune Borøy
- Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor Christel Elvestad

Salten kontrollutvalgsservice KO:

- Sekretær for kontrollutvalget Ronny Seljeseth

Godkjenning av innkalling og saksliste

Innkalling og saksliste til møtet ble godkjent.

Merknader:

Møtet ble strømmet og direkteoverført på Hamarøy kommunes hjemmeside.

Til eventuelt: Ønskelig å diskutere følgende saker: Kommunikasjonsplan.

Selvmordsforebyggende plan: involvering av råd og utvalg. Oppvekstplan: hvorfor individuelle forskjeller mellom barnehagene.

SAKSLISTE

Saksnummer	Sakstittel
25/25	Godkjenning av protokoll fra kontrollutvalgets møte 12. mai 2025
26/25	Supplerende orientering om organisering av legetjenesten og fastlegeordningen
27/25	Systemer for pårørendeinvolvering i helse- og omsorgstjenestene
28/25	Forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen: Momskompensasjon på utgifter til utleieboliger
29/25	Dialog med revisor
30/25	Budsjett for kontroll og tilsyn 2026
31/25	Orienteringer
32/25	Eventuelt

25/25 Godkjenning av protokoll fra kontrollutvalgets møte 12. mai 2025

Forslag til vedtak:

Protokoll fra kontrollutvalgets møte 12. mai 2025 godkjennes.

Votering:

Forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Protokoll fra kontrollutvalgets møte 12. mai 2025 godkjennes.

26/25 Supplerende orientering om organisering av legetjenesten og fastlegeordningen

Enhetsleder Dejan Zinajic møtte i utvalget for å gi en orientering og svare på spørsmål fra utvalgsmedlemmene.

Forslag til vedtak:

Kontrollutvalget tar saken til orientering og registrerer at det er et pågående arbeid med kunnskapsgrunnlag til helse- og mestringsplanene, der det inngår kartlegging og evaluering av dagens drift og organisering ved legekantoret. Kontrollutvalget registrer at evalueringen planlegges fremlagt i en helhetlig rapport til kommunestyret i løpet av desember 2025.

Votering:

Forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Kontrollutvalget tar saken til orientering og registrerer at det er et pågående arbeid med kunnskapsgrunnlag til helse- og mestringsplanene, der det inngår kartlegging og evaluering av dagens drift og organisering ved legekantoret. Kontrollutvalget registrer at evalueringen planlegges fremlagt i en helhetlig rapport til kommunestyret i løpet av desember 2025.

27/25 Systemer for pårørendeinvolvering i helse- og omsorgstjenestene

Enhetsleder Dejan Zinajic møtte for å gi en orientering og svare på spørsmål fra utvalgsmedlemmene.

Forslag til vedtak:

Saken legges frem uten forslag til vedtak.

Omforent forslag til vedtak:

Kontrollutvalget tar den muntlige og skriftlige redegjørelsen til orientering.

Votering:

Omforent forslag ble enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Kontrollutvalget tar den muntlige og skriftlige redegjørelsen til orientering.

28/25 Forenklet etterlevelsesk kontroll med økonomiforvaltningen: Momskompensasjon på utgifter til utleieboliger

Forslag til vedtak:

Hamarøy kontrollutvalg har mottatt uttalelse datert 24. juni 2025 fra revisor etter at denne i samsvar med kommunelovens § 24-9 har gjennomført en forenklet etterlevelsesk kontroll hvor det er undersøkt reglene i merverdiavgiftskompensasjonsloven om momskompensasjon på utgifter til utleieboliger.

Kontrollutvalget tar revisors uttalelse til orientering, og registrerer at uttalelsen ikke gir grunnlag for videre oppfølging fra utvalgets side.

Votering:

Forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Hamarøy kontrollutvalg har mottatt uttalelse datert 24. juni 2025 fra revisor etter at denne i samsvar med kommunelovens § 24-9 har gjennomført en forenklet etterlevelsesk kontroll hvor det er undersøkt reglene i merverdiavgiftskompensasjonsloven om momskompensasjon på utgifter til utleieboliger.

Kontrollutvalget tar revisors uttalelse til orientering, og registrerer at uttalelsen ikke gir grunnlag for videre oppfølging fra utvalgets side.

29/25 Dialog med revisor

Forslag til vedtak:

Kontrollutvalget tar dialog med revisor til orientering, herunder Status/fremdrift for regnskapsrevisors arbeid:

-

Status/fremdrift innen forvaltningsrevisjon, eierskapskontroll etc:

-

Omforent forslag til vedtak:

Kontrollutvalget tar dialog med revisor til orientering, herunder

Status/fremdrift for regnskapsrevisors arbeid:

- Orienterte om revisjonsstrategi for neste år: vesentlighetsgrenser, risikobilde og revisjonsplan.

Status/fremdrift innen forvaltningsrevisjon, eierskapskontroll etc:

- Utlyst ledig stilling som forvaltningsrevisor (jurist)
- Forvaltningsrevisjon Kompetanse, rekruttering og arbeidsmiljø er igangsatt

Votering:

Omforent forslag ble enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Kontrollutvalget tar dialog med revisor til orientering, herunder

Status/fremdrift for regnskapsrevisors arbeid:

- Orienterte om revisjonsstrategi for neste år: vesentlighetsgrenser, risikobilde og revisjonsplan.

Status/fremdrift innen forvaltningsrevisjon, eierskapskontroll etc:

- Utlyst ledig stilling som forvaltningsrevisor (jurist)
- Forvaltningsrevisjon Kompetanse, rekruttering og arbeidsmiljø er igangsatt

30/25 Budsjett for kontroll og tilsyn 2026

Forslag til vedtak:

Hamarøy kommunes utgifter til tilsyn og kontroll (revisjon, sekretariat og kontrollutvalg) 2026 foreslås budsjettert til kr 1.275.000.

Regnskaps- og forvaltningsrevisjon, eierskapskontroll	Kr 972 000
Sekretærbistand	Kr 229 000
Kurs og opplæring, andre driftsutgifter	Kr 74 000
Sum	Kr 1 275 000

Tilskudd fra eierkommunene (revisjonshonorar) til Salten kommunerevisjon IKS fastsettes av dette selskapets representantskap. Med virkning fra og med 2026 har selskapet foretatt en omfordeling av tilskudd mellom eierkommunene. Som en følge av dette øker Hamarøy kommunes utgifter til revisjon med kr 134.000 sett i forhold til 2025. Budsjettert utgift for 2026 tar hensyn til denne økningen, samt et påslag på 4,4 % fra 2025 til 2026.

Kontrollutvalgets forslag til budsjettramme for kontroll- og revisjonsarbeidet oversendes formannskapet.

Votering:

Forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Hamarøy kommunes utgifter til tilsyn og kontroll (revisjon, sekretariat og kontrollutvalg) 2026 foreslås budsjettert til kr 1.275.000.

Regnskaps- og forvaltningsrevisjon, eierskapskontroll	Kr 972 000
Sekretærbistand	Kr 229 000
Kurs og opplæring, andre driftsutgifter	Kr 74 000
Sum	Kr 1 275 000

Tilskudd fra eierkommunene (revisjonshonorar) til Salten kommunerevisjon IKS fastsettes av dette selskapets representantskap. Med virkning fra og med 2026 har selskapet foretatt en omfordeling av tilskudd mellom eierkommunene. Som en følge av dette øker Hamarøy kommunes utgifter til revisjon med kr 134.000 sett i forhold til 2025. Budsjettert utgift for 2026 tar hensyn til denne økningen, samt et påslag på 4,4 % fra 2025 til 2026.

Kontrollutvalgets forslag til budsjetttramme for kontroll- og revisjonsarbeidet oversendes formannskapet.

31/25 Orienteringer

Sekretariatet orienterte om dokumenter vedlagt saken. Neste møte er mandag 03. november, blant annet med ny oppfølging veilys og forvaltningsrevisjon eiendomsforvaltning, samt økonomiorientering og oppfølging av revisjonskommentarer.

Vedtak:

Saken tas til orientering.

32/25 Eventuelt

Til neste møte ønskes en orientering om rutiner for involvering av medvirkningsorganer og kommunale utvalg ved utarbeidelse av kommunale planer. Her vises til at kommunen nylig har behandlet plan for kommunikasjonsstrategi og selvmordsforebyggende plan.

Det ønskes også en redegjørelse om hva som ligger innenfor styringsretten til barnehageeier og den enkelte barnehage, eksempelvis hvorfor det er ulik praksis mellom barnehagene om levering av barn, herunder også rutiner for samarbeid mellom hjem og barnehage.

Oppeid, 06. oktober 2025



Ronny Seljeseth
Sekretær for kontrollutvalget

Utskrift sendes:

Kontrollutvalgets medlemmer, varamedlemmer,
Hamarøy kommune v/ ordfører og kommunedirektør
Revisor: Salten kommunerevisjon IKS

SAK 34/25**Orientering om økonomi, regnskap og oppfølging av
revisjonskommentarer****Saksgang:**
Kontrollutvalget**Møtedato:**
03.11.2025**Vedlegg:**

- a) Hamarøy kommune, økonomisjef, 20.10.2025. Redegjørelse for mangler ved avstemming og dokumentasjon av balanseposter

Bakgrunn for saken:

Saken er satt på dagsorden i samsvar med vedtatt virksomhetsplan 2025 for kontrollutvalget. I tillegg til å avgi uttalelse når kommuneregnskapet foreligger, bør kontrollutvalget jevnlig få informasjon om status for kommunens økonomi. Dette med bakgrunn i kommunelovens bestemmelser om at kontrollutvalget skal påse at kommunens regnskaper blir revidert på en betryggende måte og at det føres kontroll med at den økonomiske forvaltningen foregår i samsvar med gjeldende bestemmelser og vedtak.

I forbindelse med at saken er satt på dagsorden er kommunedirektøren, eller den kommunedirektøren bemyndiger, kalt inn til utvalget kl 10.30 for å redegjøre om status for kommunens økonomiske situasjon, gjerne med utgangspunkt i siste økonomirapport.

Økonomiorienteringen er også et passende tidspunkt for å følge opp eventuelle kommentarer fra regnskapsrevisjonen etter årsoppgjøret. Her vises til revisors oppsummeringsbrev, der revisor skriver det er mangler ved avstemming og dokumentasjon av flere balanseposter (til dels store beløp). I henhold til bokføringsregelverket §11 skal det foreligge dokumentasjon for alle balanseposter med mindre de er ubetydelige. Det er derfor bedt om at orienteringen særskilt redegjør for hvilket arbeid som gjøres eller er gjort for å imøtekomme revisors kommentarer.

Administrasjonen er også bedt om å opplyse om det er kjente forhold som eventuelt kan komplisere eller forsinke årsoppgjøret.

Vurderinger:

Vedlagt saken er notat fra økonomisjef der det redegjøres for årsaker til avstemmingsproblemer. Det er særlig avstemming mot lønn som fremdeles beskrives som utfordrende, der det blant annet vises til innføring av nytt lønn- og HR-system. Her står det at «Vi har pt ikke en tilfredsstillende leveranse på avstemming av kontoer mellom lønnssystem og regnskapssystem. Forholdet er kjent, og det pågår et arbeid med å få dette på plass.».

Når det gjelder øvrige balanseposter er tilbakemeldingen at disse avstemmes jevnlig gjennom året.

Forslag til vedtak:

Kontrollutvalget har fått orientering om kommunens økonomiske status pr 2. tertial 2025 og hvordan administrasjonen følger opp regnskapsrevisors kommentarer etter årsoppgjør 2024. Saken tas til orientering.

Røkland, 27. oktober 2025

Ronny Seljeseth
Sekretær for kontrollutvalget



Notat

Til: Salten kontrollutvalgsservice
Kopi til:
Fra: Hamarøy kommune v/ økonomisjef Ann Aashild Hansen
Sak: Saksnr 25/1117 Salten kontrollutvalgsservice
Dato: 20.10.2025

Redegjørelse for mangler ved avstemming og dokumentasjon av balanseposter

Viser til henvendelse av 30.09.2025 vedrørende redegjørelse for manglende avstemming og dokumentasjon av balanseposter ved avleggelsen av årsregnskapet for 2024.

Generelt:

Alle aktuelle balanseposter ble gjennomgått internt og avstemt underveis i arbeidet med revideringen av avlagt årsregnskap.

For de aktuelle postene som ikke var tilstrekkelig avstemt, ble avstemming foretatt.

Vedr mva- konto kan det oppstå korrigeringer av bilag etter at avgiftsoppgave er oversendt. Normalt sett skal det ikke være mulig å korrigere da regnskapsperioden er stengt. I de tilfeller der revisjonen påpeker endringer, åpnes regnskapsperioden for korleksjon, og da kan det forekomme at en vilkårlig faktura har blitt anvist og dermed bokført på feil periode. Det er ikke mulig systemmessig å kun ha regnskapsperioden åpen på personnivå.

I vårt økonomisystem tidsavgrenses kostnader allerede ved godkjenning av inngående faktura. Tidsavgrensninger motposteres mot to balansekontoaer. Dette gjelder både om kommunen har forskuddsbetalt utgiften eller har etterskuddsbetalt denne. Avstemming av slike kontoer er omfattende, men årsaken til at vi velger å bruke periodiseringen er nettopp for å ha et så riktig regnskap som mulig på de forskjellige regnskapsperiodene (månedlig).

Når det gjelder poster for diverse refusjoner og fordringer, tilhører disse oppgaver som utføres i lønssystemet. Avstemming av lønnsarter mot kontoarter i regnskapet har vært utfordrende. I revisjonsperioden ble det iverksatt en større gjennomgang med HR/lønn for å få oversikt og oppdatert avstemminger mot regnskapet. Her inngår både refusjoner for sykepenges samt diverse fordringer og mellomregninger med ansatte.

Interne rutine:

I forbindelse med forberedelsen til hvert årsoppgjør, oppdaterer vi arbeidslisten med oppgaver og datofrister. Denne gjennomgangen gjøres i desember, og der oppgaver som berører lønnsområdet oversendes til HR/lønn for oppfølging.

Oppsummert:



Det har på lønnsområdet vært utfordringer over lengre tid på grunn av implementering av nytt lønn- og HR system. Det er blant annet under utarbeidelse egen rutine hos HR for forhåndsgodkjenning fra leder før lønnsutbetaling kan foretas.

Vi har pt ikke en tilfredsstillende leveranse på avstemming av kontoer mellom lønnssystem og regnskapssystem. Forholdet er kjent, og det pågår et arbeid med å få dette på plass.

Øvrige balanseposter i regnskapet avstemmes jevnlig gjennom året.

SAK 35/25**Fjerde gangs oppfølging av kommunestyrets vedtak 47/22:
Forvaltningsrevisjon Eiendomsforvaltning****Saksgang:**
Kontrollutvalget**Møtedato:**
03.11.2025**Vedlegg:**

- a) Salten kommunerevisjon IKS, 18.05.2022. Forvaltningsrevisjon Eiendomsforvaltning Hamarøy kommune (utdrag: sammendrag og konklusjon og anbefalinger)
- b) Kommunalleder Teknisk drift og samfunn, 25.08.2023. Status oppfølging forvaltningsrevisjon.
- c) Kommunalleder Teknisk drift og samfunn, 03.09.2024. Status oppfølging forvaltningsrevisjon.
- d) Kommunalleder Teknisk drift og samfunn, 02.05.2025. Status oppfølging forvaltningsrevisjon.
- e) Kommunalleder Teknisk drift og samfunn, 24.10.2025. Status oppfølging forvaltningsrevisjon.

Bakgrunn for saken:

Saken gjelder forvaltningsrevisjon av kommunens eiendomsforvaltning og ble behandlet av kommunestyret i juni 2022. Revisor konkluderte den gang etter undersøkelsen at Hamarøy kommune i liten grad hadde etablert hensiktsmessige system og rutiner som kan ivareta et godt og langsiktig vedlikehold av bygninger, og at kommunens avtaler med boligstiftelsen i stor grad ivaretar kommunens behov for rasjonell byggforvaltning. Kommunestyrets vedtak:

1. *Forvaltningsrevisjonsrapporten Eiendomsforvaltning er forelagt kommunestyret i Hamarøy og tas til etterretning.*

2. *Kommunestyret ber om å få utarbeidet en eiendomsforvaltningsplan med fokus på forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av kommunens bygningsmasse. Kommunedirektøren bes merke seg spesielt rapportens anbefalinger om:*
 - a) *i samarbeid med kommunestyret utarbeide og vedta mål og strategier for eiendomsforvaltningen i kommunen.*
 - b) *prioritere å få på plass systematisk registrering og oppdatering av tilstanden på kommunens bygninger.*
 - c) *i samarbeid med politisk nivå utarbeide en langtidsplan for eiendomsforvaltningen i kommunen.*
 - d) *utarbeide en rutine for systematisk rapportering om tilstanden og vedlikeholdsbehovet til kommunens bygningsmasse.*
 - e) *utarbeide en rutine og elektronisk system som sikrer en felles kommunal plattform for innmelding av brukerbehov og tilbakemelding på at disse er utført.*
3. *Kommunestyret vil i tillegg trekke frem at brukermedvirkning bør komme med som en del av kommunens eiendomsforvaltning.*
4. *Kommunedirektøren bes om å følge dette opp, og vurdere fremtidig organisering av stiftelsens bygningsmasse og annen kommunal bygningsmasse med samme formål. Dette vil også være et naturlig tema/punkt i kommunens eierskapsmelding.*

Kontrollutvalgets oppfølginger:

- Første gangs oppfølging, kontrollutvalgets møte 30.08.2023. Kommunedirektør og kommunalleder var til stede for å gi utvalget en orientering og det ble gitt en skriftlig redegjørelse. Det ble blant annet opplyst at forvaltningsplan for eiendom var under utarbeidelse og at denne var forventet ferdig andre kvartal 2024.
- Andre gangs oppfølging, kontrollutvalgets møte 13.09.2024. Kommunalleder ga en oppdatert skriftlig og muntlig redegjørelse. Kontrollutvalget registrerte at rapportens anbefalinger var under oppfølging, blant annet med forberedelse av beslutningssaker til kommunestyret. Det ble besluttet ny oppfølgingssak andre kvartal 2025.
- Tredje gangs oppfølging, kontrollutvalgets møte 18.05.2025. Kommunalleder opplyste at administrasjonen jobbet med utarbeidelse av plan for eiendomsforvaltning som skulle fremmes kommunestyret etter sommeren. Kontrollutvalgets vedtak:
 1. *Kontrollutvalget har i samsvar med Forskrift om kontrollutvalg § 5 gjennomført en tredje gangs oppfølging av kommunestyrets vedtak i sak 47/22 Forvaltningsrevisjon Eiendomsforvaltning.*
 2. *Administrasjonen har redegjort for på hvilken måte kommunestyrets vedtak er fulgt opp. Kontrollutvalget registrerer at administrasjonen jobber med utarbeidelse av plan for eiendomsforvaltning som skal fremmes kommunestyret etter sommeren. Kontrollutvalget kommer tilbake til saken i møte i november.*

Med bakgrunn i siste behandling er kommunedirektøren, eller den kommunedirektøren bemyndiger, bedt om å møte i kontrollutvalget kl 10.45 for å redegjøre for saken, og at en ny oppdatert tilbakemelding oversendes før møtet.

Vurderinger:

Kommunedirektørens siste redegjørelse av 24.10.2025 er vedlagt saken. Arbeidet med forvaltningsplanen er fortsatt ikke ferdigstilt, men et planutkast vil presenteres i kontrollutvalgsmøtet før den går til politisk behandling senere i november. Planen omhandler Forvaltning (tilstandsanalyse, arealutnyttelse og strategier for videre forvaltning), Drift

(beskrivelse av daglig drift – rutiner, avvikshåndtering) Vedlikehold (beskrivelse av anbefalt vedlikeholdsnivå, anbefalt vedlikeholdsplan og økonomiplan) og Utvikling (investeringsbehov, effektivisering og rutiner for endring av bruk).

Ved siste behandling ble det poengtert at det har gått noe tid fra rapporten ble utferdiget og at kontrollutvalget etter hvert må vurdere relevansen og innholdet i en eventuelt videre oppfølging. Innholdet i den planen som administrasjonen jobber med, bør kunne kvittere ut mange av de punktene som er påpekt i rapporten, og vil være et naturlig punkt for avslutning når den er behandlet.

Forslag til vedtak:

1. Kontrollutvalget har i samsvar med Forskrift om kontrollutvalg § 5 og kommunestyrets vedtak i sak 47/22 gjennomført en fjerde gangs oppfølging av Forvaltningsrevisjon eiendomsforvaltning.
2. Administrasjonen har redegjort for på hvilken måte kommunestyrets vedtak er fulgt opp. Kontrollutvalget registrerer at plan for eiendomsforvaltning skal fremmes for politisk behandling i november, og at planen imøtekommer rapportens anbefalinger. Kontrollutvalget ber om å bli orientert når saken har vært oppe til behandling i kommunestyret og avslutter da videre oppfølging av saken.

Røkland, 27. oktober 2025

Ronny Seljeseth
Sekretær for kontrollutvalget



Forvaltningsrevisjon

Eiendomsforvaltning

Hamarøy kommune

SAMMENDRAG

Salten kommunerevisjon IKS har i denne undersøkelsen tatt for oss eiendomsforvaltningen i Hamarøy kommune. Formålet med prosjektet har vært å belyse om Hamarøy kommune har et rasjonelt dokumenterbart system, for vedlikehold av bygg, som er egnet til å forhindre verdiforringelse i bygningsmassen. Videre å gi kommunestyret tilstrekkelig informasjon om tilstand/vedlikeholdsbehov på kommunens eide bygningsmasse.

I tillegg har vi sett på om det formelle forhold som skaper utfordringer med nødvendig oppfølging av bygningsmassen til boligstiftelsene.

I undersøkelsen har vi forsøkt å svare ut følgende problemstillinger:

1. Har kommunen etablert hensiktsmessige system og rutiner som kan ivareta et godt og langsiktig vedlikehold av bygninger?
2. Hvordan ivaretar kommunens avtaler med boligstiftelsene kommunens behov for rasjonell byggforvaltning?

Kommunens administrasjon har vært en god samarbeidspartner gjennom prosjektet.

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

Undersøkelsen er avgrenset til å se på forvaltning av bygninger med hovedvekt på vedlikehold og system.

For den første problemstillingen konkluderer vi med at Hamarøy kommune i liten grad har etablert hensiktsmessige system og rutiner som kan ivareta et godt og langsiktig vedlikehold av bygninger.

Hamarøy kommune har gjort forsøk på å få på plass mål og strategier for eiendomsforvaltningen. De har ikke fått med seg kommunestyret på å arbeide fram dette og har siden 2019 ikke hatt klare mål og strategier for eiendomsforvaltningen.

Prosjektrapporten fra 2019/2020 gir en relativt god oversikt over tilstanden og vedlikeholdsetterslepet for kommunens bygningsmasse. Den største utfordringen er at de ikke pr dags dato jobber systematisk med å oppdatere denne oversikten.

Basert på dagens arbeidsoppgaver er kompetansen i avdelingen tilstrekkelig, men de har jo et ønske om å arbeide mer planmessig og bør tenke på framtidige behov og sette opp en kompetanseplan som de mangler i dag. Kapasiteten til å ivareta vedlikeholdsbehovet er for lav og de må prioritere å få gjennomført tiltak som reduserer utgiftene og arbeidsbyrden slik som avhending av ubenyttede bygninger. Organiseringen står i forhold til ansvarsforhold, men de mangler formelle stillingsinstrukser.

Revisor har ikke funnet at det gjennomføres systematisk rapportering som setter kommunestyret i stand til å prioritere ressursene.

Helse og velferd som den største melderer av brukerbehov er i hovedsak fornøyd med oppfølgingen av umiddelbare behov. De har ikke noe fast system for innmelding. Og systemet de har i dag gir dårlige muligheter for planmessig og systematisk arbeid med brukerbehov.

For den første problemstillingen konkluderer vi med at Hamarøy kommune i liten grad har etablert hensiktsmessige system og rutiner som kan ivareta et godt og langsiktig vedlikehold av bygninger.

For den andre problemstillingen oppsummerer vi med at kommunens avtaler med boligstiftelsene i stor grad ivaretar kommunens behov for rasjonell byggforvaltning.

Kommunens skriftlige leieavtale med Hamarøy Kommunale Boligstiftelse mangler. Her bør det på bakgrunn av kjennskap til innhold kunne forfattes en ny avtale med tilsvarende innhold.

Når det gjelder Austre Hamarøy Boligstiftelse er leieavtalen klar på at vedlikeholdet er stiftelsens ansvar.

Anbefalinger

På denne bakgrunn har revisjonen gitt Hamarøy kommune følgende anbefalinger:

Hamarøy kommune bør:

- i samarbeid med kommunestyret utarbeide og vedta mål og strategier for eiendomsforvaltningen i kommunen.
- prioritere å få på plass systematisk registrering og oppdatering av tilstanden på kommunens bygninger.
- i samarbeid med politisk nivå utarbeide en langtidsplan for eiendomsforvaltningen i kommunen.
- utarbeide en rutine for systematisk rapportering om tilstanden og vedlikeholdsbehovet til kommunens bygningsmasse.
- utarbeide en rutine og elektronisk system som sikrer en felles kommunal plattform for innmelding av brukerbehov og tilbakemelding på at disse er utført.
- i samarbeid med Hamarøy kommunale boligstiftelse sørge for en ny leiekontrakt som avspeiler de reelle avtalevilkårene.

3.1 Konklusjon og anbefaling

3.1 Oppsummering og konklusjoner

1. Har kommunen etablert hensiktsmessige system og rutiner som kan ivareta et godt og langsiktig vedlikehold av bygninger?

Revisor konkluderer med at:

Hamarøy kommune har i liten grad etablert hensiktsmessige system og rutiner som kan ivareta et godt og langsiktig vedlikehold av bygninger.

Hamarøy kommune har gjort forsøk på å få på plass mål og strategier for eiendomsforvaltningen. De har ikke fått med seg kommunestyret på å arbeide fram dette og har siden 2019 ikke hatt vedtatte klare mål og strategier for eiendomsforvaltningen.

Prosjektrapporten fra 2019/2020 gir en relativt god oversikt over tilstanden og vedlikeholdsetterslepet for kommunens bygningsmasse. Den største utfordringen er at de ikke pr dags dato jobber systematisk med å oppdatere denne oversikten og vedlikeholdsbehov må prisjusteres på bakgrunn av prisveksten i perioden.

Basert på dagens arbeidsoppgaver er kompetansen i avdelingen tilstrekkelig, men de har jo et ønske om å arbeide mer planmessig og bør tenke på framtidige behov og sette opp en kompetanseplan som de mangler i dag. Kapasiteten til å ivareta vedlikeholdsbehovet er for lav og de må prioritere å få gjennomført tiltak som reduserer utgiftene og arbeidsbyrden slik som avhending av ubenyttede bygninger. Organiseringen står i forhold til ansvarsforhold, men de mangler formelle stillingsinstrukser.

Revisor har ikke funnet at det gjennomføres systematisk rapportering som setter kommunestyret i stand til å prioritere ressursene.

Helse og velferd som den største melderer av brukerbehov er i hovedsak fornøyd med oppfølgingen av umiddelbare behov. De har ikke noe fast system for innmelding av brukerbehov. Systemet de benytter i dag gir beskjedene muligheter for planmessig og systematisk arbeid med brukerbehov.

2. Hvordan ivaretar kommunens avtaler med boligstiftelsene kommunens behov for rasjonell byggforvaltning?

Revisor oppsummerer med at:

Kommunens avtaler med boligstiftelsene ivaretar i stor grad kommunens behov for rasjonell byggforvaltning.

Kommunens skriftlige leieavtale med Hamarøy Kommunale Boligstiftelse mangler. Her bør det på bakgrunn av kjennskap til innhold kunne forfattes en ny avtale med tilsvarende innhold ut fra dagens behov.

Når det gjelder Austre Hamarøy Boligstiftelse er leieavtalen klar på at vedlikeholdet er stiftelsens ansvar.

3.2 Anbefalinger

Hamarøy kommune bør:

- i samarbeid med kommunestyret utarbeide og vedta mål og strategier for eiendomsforvaltningen i kommunen.
- prioritere å få på plass systematisk registrering og oppdatering av tilstanden på kommunens bygninger.
- i samarbeid med politisk nivå utarbeide en langtidsplan for eiendomsforvaltningen i kommunen.
- utarbeide en rutine for systematisk rapportering om tilstanden og vedlikeholdsbehovet til kommunens bygningsmasse.
- utarbeide en rutine og elektronisk system som sikrer en felles kommunal plattform for innmelding av brukerbehov og tilbakemelding på at disse er utført.
- i samarbeid med Hamarøy kommunale boligstiftelse sørge for en ny leiekontrakt som avspeiler de reelle avtalevilkårene.



25.08.2023

Status oppfølging forvaltningsrevisjon

Rapport forvaltningsrevisjon Eiendomsforvaltning Hamarøy kommune fra mai 2022 konkluderte med at kommunen i liten grad har etablert hensiktsmessige systemer og rutiner som kan ivareta et godt og langsiktig vedlikehold av bygninger, noe som bør tilsi særlig oppfølging og oppmerksomhet fra kontrollutvalgets side.

I kommunestyremøte 16. juni 2022 (sak 47/22) ble det fattet følgende vedtak:

1. Forvaltningsrevisjonsrapporten Eiendomsforvaltning er forelagt kommunestyret i Hamarøy og tas til etterretning.
2. Kommunestyret ber om å få utarbeidet en eiendomsforvaltningsplan med fokus på forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av kommunens bygningsmasse. Kommunedirektøren bes merke seg spesielt rapportens anbefalinger om:
 - a. i samarbeid med kommunestyret utarbeide og vedta mål og strategier for eiendomsforvaltningen i kommunen.
 - b. prioritere å få på plass systematisk registrering og oppdatering av tilstanden på kommunens bygninger.
 - c. i samarbeid med politisk nivå utarbeide en langtidsplan for eiendomsforvaltningen i kommunen.
 - d. utarbeide en rutine for systematisk rapportering om tilstanden og vedlikeholdsbehovet til kommunens bygningsmasse.
 - e. utarbeide en rutine og elektronisk system som sikrer en felles kommunal plattform for innmelding av brukerbehov og tilbakemelding på at disse er utført.
3. Kommunestyret vil i tillegg trekke frem at brukermedvirkning bør komme med som en del av kommunens eiendomsforvaltning.
4. Kommunedirektøren bes om å følge dette opp, og vurdere fremtidig organisering av stiftelsens bygningsmasse og annen kommunal bygningsmasse med samme formål. Dette vil også være et naturlig tema/punkt i kommunens eierskapsmelding.

Så langt har ikke oppfølging av vedtaket ført til konkrete resultater, men arbeid er igangsatt. Enkelte av funnene i rapporten pekte på kapasitet, kompetanse og økonomi i kommunens eiendomsforvaltning. I tiden fra utarbeidelse av rapporten og fram til d.d. har det vært noe utskifting av sentrale personer i organisasjonen. Kompetansen er ikke nevneverdig svekket, men mangel på kontinuitet har vært utfordrende.

I forbindelse med kommunedirektørens internkontroll er det igangsatt arbeid med både utarbeidelse og oppdatering av rutiner og prosedyrer for hele kommunalområdet, herunder også vedlikeholdsplaner, registreringsrutiner og rutiner for rapportering av tilstand og vedlikeholdsbehov.

Det er i forvaltningsrevisjonsrapporten pekt på nødvendigheten av å komplettere Facilit med nødvendig grunnlagsdata, for så å benytte verktøyet aktivt i vedlikeholdsarbeidet og for registreringer av nye behov for oppgraderinger, vedlikehold eller ombygginger.

Eiendomsforvaltningen i Hamarøy kommune er fortsatt sårbar med tanke på menneskelige ressurser og vi må benytte innkjøp av enkelttjenester som i samarbeid med forvaltningen ansatte kompletterer Facilit og ut ifra det utarbeider en vedlikeholdsplan for samtlige av kommunens eiendommer. Tidligere prosjektrapport fra 2019/2020 inneholder også nyttige grunnlagsdata for videre arbeid.

Ny leder for Drift og eiendom, ansatt 1. juni 2023, har fått i oppdrag å utføre grunnleggende arbeid med Facilit og videre analyser som grunnlag for arbeidet med eiendomsforvaltningsplanen.

Realistisk målsetting for kommunalområdet Teknisk drift og samfunn er å få utarbeidet en eiendomsforvaltningsplan, med de anbefalinger som beskrevet i kommunestyrevedtaket, for politisk behandling i Q2-2024.

Med hilsen

Børre M. Johansen
Kommunalleder for Teknisk drift og samfunn

Dokumentet er elektronisk godkjent og sendes uten signatur



03.09.2024

Status oppfølging forvaltningsrevisjon

Rapport forvaltningsrevisjon Eiendomsforvaltning Hamarøy kommune fra mai 2022 konkluderte med at kommunen i liten grad har etablert hensiktsmessige systemer og rutiner som kan ivareta et godt og langsiktig vedlikehold av bygninger, noe som bør tilsi særlig oppfølging og oppmerksomhet fra kontrollutvalgets side.

I kommunestyremøte 16. juni 2022 (sak 47/22) ble det fattet følgende vedtak:

1. Forvaltningsrevisjonsrapporten Eiendomsforvaltning er forelagt kommunestyret i Hamarøy og tas til etterretning.
2. Kommunestyret ber om å få utarbeidet en eiendomsforvaltningsplan med fokus på forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av kommunens bygningsmasse. Kommunedirektøren bes merke seg spesielt rapportens anbefalinger om:
 - a. i samarbeid med kommunestyret utarbeide og vedta mål og strategier for eiendomsforvaltningen i kommunen.
 - b. prioritere å få på plass systematisk registrering og oppdatering av tilstanden på kommunens bygninger.
 - c. i samarbeid med politisk nivå utarbeide en langtidsplan for eiendomsforvaltningen i kommunen.
 - d. utarbeide en rutine for systematisk rapportering om tilstanden og vedlikeholdsbehovet til kommunens bygningsmasse.
 - e. utarbeide en rutine og elektronisk system som sikrer en felles kommunal plattform for innmelding av brukerbehov og tilbakemelding på at disse er utført.
3. Kommunestyret vil i tillegg trekke frem at brukermedvirkning bør komme med som en del av kommunens eiendomsforvaltning.
4. Kommunedirektøren bes om å følge dette opp, og vurdere fremtidig organisering av stiftelsens bygningsmasse og annen kommunal bygningsmasse med samme formål. Dette vil også være et naturlig tema/punkt i kommunens eierskapsmelding.

Etter oppfølging og vedtak i kontrollutvalgets møte 30.08.2023 har arbeidet med eiendomsforvaltningsplan hatt en delvis progresjon. Vi har ikke nådd målet om å ha ferdigstilt planen i løpet av andre kvartal 2024, men at arbeidet nå kan fullføres innen utgangen av 2024. Avdeling for teknisk drift og eiendom har de ressursene som er tiltenkt for driften. Den består av leder, eiendomsforvalter og sju driftsoperatører, samt bistand fra kommunalleder.

Daglig drift av eiendomsmassen (inkl. vei, park og havn) gjør beslag på det meste av kapasiteten, noe som dessverre går ut over plan- og strategisk arbeid som utarbeidelse av en helt nødvendig eiendomsforvaltningsplan. Vi har innhentet noe ekstern bistand for å få ferdigstilt arbeidet.

Status i arbeidet med eiendomsforvaltningsrapportens anbefalinger:

- Mål og strategier for eiendomsforvaltningen i kommunen blir en vesentlig del av eiendomsforvaltningsplanen, og det tas sikte på at dette skal opp til politisk behandling fjerde kvartal 2024.
- Registrering av tilstanden på kommunens bygninger ble gjort i 2019. En oppdatering av denne tilstandsrapporten er under utførelse og er en del av kunnskapsgrunnlaget til forvaltningsplanen. Dette arbeidet er det mest tidkrevende av prosessene i planarbeidet og det er her vi delvis benytter eksterne ressurser.
- Langtidsplan for eiendomsforvaltningen i kommunen er også et vesentlig resultat av det totale planarbeidet, og er under utarbeidelse.
- Tidligere har kommunen brukt Facilit som verktøy/plattform for forvaltning av eiendommene, både med tanke på dokumentasjon og vedlikehold. Plattformen har ikke tilfredsstilt kommunens spesifikke behov for forvaltningsverktøy. Derfor har vi nå faset ut Facilit og erstattet det med Famac fra FDVhuset. Dette er et verktøy som i langt større grad kan skreddersys vårt behov, og vi ser allerede god effekt av bruken. Det er, likhet med Facilit, en base for all FDV-dokumentasjon for alle bygg, og samtidig et brukervennlig rapporteringssystem for innmelding av avvik, skader, vedlikeholdsbehov osv. Denne plattformen vil også bli brukt til rapportering av tilstand, vedlikeholdsbehov og rapportering av utførelse.
- Drift og eiendom vil i løpet av høsten legge en sak fram for kommunestyret om ev. avvikling av boligstiftelsene i Hábmara suohkan – Hamarøy kommune.

Med hilsen

Børre M. Johansen
Kommunalleder for Teknisk drift og samfunn

Dokumentet er elektronisk godkjent og sendes uten signatur



02.05.2025

Status oppfølging forvaltningsrevisjon

Rapport forvaltningsrevisjon Eiendomsforvaltning Hamarøy kommune fra mai 2022 konkluderte med at kommunen i liten grad har etablert hensiktsmessige systemer og rutiner som kan ivareta et godt og langsiktig vedlikehold av bygninger, noe som bør tilsi særlig oppfølging og oppmerksomhet fra kontrollutvalgets side.

I kommunestyremøte 16. juni 2022 (sak 47/22) ble det fattet følgende vedtak:

1. Forvaltningsrevisjonsrapporten Eiendomsforvaltning er forelagt kommunestyret i Hamarøy og tas til etterretning.
2. Kommunestyret ber om å få utarbeidet en eiendomsforvaltningsplan med fokus på forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av kommunens bygningsmasse. Kommunedirektøren bes merke seg spesielt rapportens anbefalinger om:
 - a. i samarbeid med kommunestyret utarbeide og vedta mål og strategier for eiendomsforvaltningen i kommunen.
 - b. prioritere å få på plass systematisk registrering og oppdatering av tilstanden på kommunens bygninger.
 - c. i samarbeid med politisk nivå utarbeide en langtidsplan for eiendomsforvaltningen i kommunen.
 - d. utarbeide en rutine for systematisk rapportering om tilstanden og vedlikeholdsbehovet til kommunens bygningsmasse.
 - e. utarbeide en rutine og elektronisk system som sikrer en felles kommunal plattform for innmelding av brukerbehov og tilbakemelding på at disse er utført.
3. Kommunestyret vil i tillegg trekke frem at brukermedvirkning bør komme med som en del av kommunens eiendomsforvaltning.
4. Kommunedirektøren bes om å følge dette opp, og vurdere fremtidig organisering av stiftelsens bygningsmasse og annen kommunal bygningsmasse med samme formål. Dette vil også være et naturlig tema/punkt i kommunens eierskapsmelding.

Status i arbeidet med forvaltningsplan for kommunens eiendommer:

Arbeidet med forvaltningsplanen er fortsatt i progresjon. Målet om ferdigstilling i 2024 ble ikke oppnådd, men grunnlagsarbeidet er nå gjennomført. Grunnlagsarbeidet består av oppdatert tilstandsrapport, arealutnyttelse og estimerte kostnader for vedlikeholdsetterslep. Analyser og vurderinger av grunnlagsarbeidet, er p.t. ikke ferdigstilt.

En komplett plan, som beskrevet nedenfor, vil være klar for politisk behandling senest til første møterunde etter sommerferien 2025. Analysering av grunnlaget, med tanke på bl.a. vedlikeholdsbehov, strategi for videre forvaltning (herunder ev. avhending) og økonomiplan er i prosess.

Undervisningsbygg prioriteres som et ledd i det pågående arbeidet med strukturmelding.

Skisse til innhold i forvaltningsplanen (plan for FDVU):

Forvaltningsplanen vil bestå av fire hovedelementer

Forvaltning:

- Tilstandsanalyse
- Arealutnyttelse
- Strategier for videre forvaltning

Drift:

- Beskrivelse av daglig drift – rutiner
- Avvikshåndtering – digital plattform

Vedlikehold:

- Beskrivelse av anbefalt vedlikeholdsnivå
- Anbefalt vedlikeholdsplan
- Økonomiplan for rutinemessig vedlikehold av alle kommunale bygninger

Utvikling:

- Investeringsbehov
- Effektivisering
- Rutiner for endring av bruk

Med hilsen

Børre M. Johansen
Kommunalleder for Teknisk drift og samfunn

Dokumentet er elektronisk godkjent og sendes uten signatur



24.10.2025

Status oppfølging forvaltningsrevisjon

Rapport forvaltningsrevisjon Eiendomsforvaltning Hamarøy kommune fra mai 2022 konkluderte med at kommunen i liten grad har etablert hensiktsmessige systemer og rutiner som kan ivareta et godt og langsiktig vedlikehold av bygninger, noe som bør tilsi særlig oppfølging og oppmerksomhet fra kontrollutvalgets side.

I kommunestyremøte 16. juni 2022 (sak 47/22) ble det fattet følgende vedtak:

1. Forvaltningsrevisjonsrapporten Eiendomsforvaltning er forelagt kommunestyret i Hamarøy og tas til etterretning.
2. Kommunestyret ber om å få utarbeidet en eiendomsforvaltningsplan med fokus på forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av kommunens bygningsmasse. Kommunedirektøren bes merke seg spesielt rapportens anbefalinger om:
 - a. i samarbeid med kommunestyret utarbeide og vedta mål og strategier for eiendomsforvaltningen i kommunen.
 - b. prioritere å få på plass systematisk registrering og oppdatering av tilstanden på kommunens bygninger.
 - c. i samarbeid med politisk nivå utarbeide en langtidsplan for eiendomsforvaltningen i kommunen.
 - d. utarbeide en rutine for systematisk rapportering om tilstanden og vedlikeholdsbehovet til kommunens bygningsmasse.
 - e. utarbeide en rutine og elektronisk system som sikrer en felles kommunal plattform for innmelding av brukerbehov og tilbakemelding på at disse er utført.
3. Kommunestyret vil i tillegg trekke frem at brukermedvirkning bør komme med som en del av kommunens eiendomsforvaltning.
4. Kommunedirektøren bes om å følge dette opp, og vurdere fremtidig organisering av stiftelsens bygningsmasse og annen kommunal bygningsmasse med samme formål. Dette vil også være et naturlig tema/punkt i kommunens eierskapsmelding.

Status i arbeidet med forvaltningsplan for kommunens eiendommer:

Arbeidet med forvaltningsplanen er fortsatt ikke ferdigstilt. Vi tar sikte på at et planutkast kan presenteres/redegjøres for i kontrollutvalgsmøtet, før det går til politisk behandling senere i november.

Skisse til innhold i forvaltningsplanen (plan for FDVU):

Forvaltningsplanen vil bestå av fire hovedelementer

Forvaltning:

- Tilstandsanalyse
- Arealutnyttelse
- Strategier for videre forvaltning

Drift:

- Beskrivelse av daglig drift – rutiner
- Avvikshåndtering – digital plattform

Vedlikehold:

- Beskrivelse av anbefalt vedlikeholdsnivå
- Anbefalt vedlikeholdsplan
- Økonomiplan for rutinemessig vedlikehold av alle kommunale bygninger

Utvikling:

- Investeringsbehov
- Effektivisering
- Rutiner for endring av bruk

Med hilsen

Børre M. Johansen
Kommunalleder for Teknisk drift og samfunn

Dokumentet er elektronisk godkjent og sendes uten signatur

SAK 36/25**Oppdatert orientering: Ansvarsforhold og kriterier for drift og vedlikehold av veilys****Saksgang:**
Kontrollutvalget**Møtedato:**
03.11.2025**Vedlegg:**

- a) Hamarøy kommune, Teknisk drift og samfunn, 18.04.2024. Redegjørelse om veilys og FiksGataMi til kontrollutvalget.
- b) Hamarøy kommune, Drift og eiendom, 30.10.2024. Muntlig orientering veilys
- c) Hamarøy kommune, Teknisk drift og samfunn, 22.10.2025. Oppdatert redegjørelse for drift og vedlikehold av kommunens veilys

Bakgrunn for saken:

Saken er satt på dagsorden etter vedtak i kontrollutvalgets møte 27.01.2025, sak 09/25. Kontrollutvalget har ved flere anledninger inneværende valgperiode fått orientering om drift av kommunens veilys. Oversikt over tidligere orienteringssaker:

- Sak 04/24 Orientering FiksGataMi, 09.02.2024.

Leder for Drift og eiendom Robert Larsen, ga en muntlig orientering om systemet og besvarte spørsmål fra utvalget. Kontrollutvalgets vedtak:

Saken tas til foreløpig orientering. Kontrollutvalget viser til kontrollutvalgets sak 39/20 der det den gang ble slått fast at Hamarøy kommune mangler oversikt over veilys i kommunen og at kommunen ikke har hatt skriftlig avtale om utbedring av veilys etter 1993. Det ble her opplyst at det var satt i gang et arbeid med å kartlegge veilysene i kommunen, og få på plass bedre systemer for forvaltning og klarlegge eierforhold på dette området. Kontrollutvalget ønsker til neste møte en oppdatert statusoversikt over disse forholdene.

Vedrørende FiksGataMi ønsker utvalget til neste møte en skriftlig tilbakemelding med komplett oversikt over gate-/veilys i kommunen, statusoversikt over innmeldte og utbedrede

feil, om det er nærmere vurdert en ordning for tilbakemelding til publikum og om det foreligger en avtale som regulerer ansvarsforhold mellom kommunen og Kystnett.

- Sak 14/24 Supplerende orientering om gate- og veilys, 29.04.2024.

Kommunedirektør Odd Børge Pedersen, kommunalsjef Børre Johansen og leder for Drift og eiendom Robert Larsen, orienterte om saken og besvarte spørsmål fra utvalget. Det ble lagt frem et skriftlig notat samt veilysrapport i regneark. Kontrollutvalgets vedtak:

Kontrollutvalget har behandlet orienteringssak om vedlikehold av gate- og veilys i kommunen. Utvalget viser til administrasjonens redegjørelse og at det i dag mangler en avtale med Kystnett angående vedlikehold av veilys og at ansvarsforholdet mellom de ulike veimyndighetene om vedlikehold bør tydeliggjøres. Kontrollutvalget registrerer også at kommunens oversikt over veilys er utarbeidet i 2016 og kun gjelder gamle Hamarøy kommune. Denne oversikten bør oppdateres og slik at den gjelder hele kommunen.

Kontrollutvalgets vedtak vedlagt administrasjonens redegjørelse, oversendes kommunestyret. Kontrollutvalget er disponibelt til ytterligere kontrolltiltak dersom kommunestyret ber om det.

- Sak 34/24 Oppdatert orientering om veilys, 11.11.2024.

I etterkant av behandlingen besluttet utvalget at det var ønskelig med ny orientering (vedtak i sak 28/24). Drift- eiendomsleder Robert Larsen ga så utvalget en oppdatert redegjørelse om saken og la frem ny skriftlig tilbakemelding. Kontrollutvalgets vedtak:

Saken tas til orientering.

Til behandling dette møte:

I etterkant av orienteringen i november 2024, har utvalget på nytt tatt opp behovet for oppdatering om temaet. I sak 09/25 Eventuelt, den 27.01.2025, står følgende vedtak i møteprotokollen:

Representanten Fred Eddy Dahlberg tok opp spørsmål om utvalget skal gjøre ny oppfølging av sak om veilys, ref behandling i sakene 04/24, 14/24 og 34/24. Utvalget synes å registrere uklare ansvarsforhold og manglende kriterier for drift og vedlikehold av veilys og besluttet å komme tilbake til saken i møte i november.

Med utgangspunkt i at saken er satt på ny dagsorden, er kommunedirektøren, eller den kommunedirektøren bemyndiger, bedt om å møte i utvalget kl 11.00 for å gi en oppdatert skriftlig og muntlig redegjørelse. I henhold til utvalgets ønsker er det særlig bedt om at redegjørelsen beskriver ansvarsforhold og kriterier for drift og vedlikehold av kommunens veilys.

Vurderinger:

Vedlagt er oppdatert skriftlig redegjørelse mottatt 22.10.2025. Kort oppsummert beskrives følgende:

Ansvarsforhold/avtaler:

- Hamarøy kommune har ansvar for veilys på alle kommunale veier, samt deler av fylkesvei og E6.
- I mange tilfeller er det lokallag som har satt opp veilys på dugnad, uten at drift og vedlikehold er avklart med veieier. Kommunen har tatt, og vil fortsette å ta, ansvaret for veilys som fylkeskommunen og vegvesenet ikke vedkjenner seg eierskapet til. Kommunen fortsetter arbeidet med å få konkretisert hvilke lys som kommunen ev. ikke skal ha et driftsansvar for.

- Kommunen har ikke hatt noen formell avtale med Kystnett om vedlikehold av veilys. Det har vært en muntlig avtale/forståelse om at Kystnett utfører reparasjoner på oppdrag fra kommunen ved melding om feil, noe som beskrives som uheldig i og med at Kystnett er kontroll- og godkjenningsinstans. Kommunen har nå kontakt med private aktører for utførelse av nødvendig vedlikehold.

Kriterier for drift/vedlikehold:

- Melding om feil/mangler gjøres elektronisk via meldesystem på hjemmesiden
- Kriteriene for drift og vedlikehold er å reparere lysene ved melding om feil/mangler. Kommunen har ikke spesielle vedlikeholdsrutiner for gatelysene før de blir skadet/mangler. De blir reparert når de ikke virker, med forutsetning av og prioritering mot budsjett.
- Prioritering av vedlikehold er i første rekke ved barnehage/skole, deretter tettbebygde strøk med mest trafikk/fotgjengere og så resterende veier.

Oversikt over veilys:

- Det har tidligere vært utarbeidet og oversendt oversikt over alle veilys i gamle Hamarøy kommune. Kommunen har nå fått tilsendt en oversikt over alle veilys i gamle Tysfjord kommune, dog uten tilstandstatus.

Redegjørelsen fra administrasjonen er oversiktlig og besvarer det som er etterspurt. Som det ble presisert ved forrige behandling er orienteringer fra kommuneadministrasjonen egnet som «lavterskel»-kontrolltiltak for å skaffe grunnlag om et saksfelt er tilstrekkelig belyst, eller om det er behov for ytterligere oppfølging eller undersøkelser. Kontrollutvalget har hatt fire orienteringer om veilys i løpet av 2024 og 2025 og mottatt både skriftlige og muntlige redegjørelser. Utvalget har også påmint kommunestyret om at man er disponible til kontrolltiltak dersom kommunestyret ber om det, men det har ikke kommet slik anmodning. Ved forrige orientering ble det vedtatt at saken tas til orientering. Implisitt i et slikt vedtak, ligger det at utvalget er tilfreds med forvaltningen og ikke ser grunn til å gå videre med saken med de opplysninger som ligger på tidspunktet.

Dersom kontrollutvalget gjennom orienteringene likevel vurderer at området innehar en risiko for måloppnåelse, og at det er manglende risikoreduserende styrings- og kontrolltiltak, kan kontrollutvalget vurdere mer intensive kontrollhandlinger. Dette kan eksempelvis være rapportering til kommunestyret eller iverksettelse av uavhengig undersøkelse eller forvaltningsrevisjon.

Saken legges frem uten forslag til vedtak. Innholdet i redegjørelsen, utvalgets behandling i møtet og syn på saken, vil danne grunnlag for vedtak. Kontrollutvalget har presisert for egen påminnelse at utvalget bør fatte mer informative vedtak i orienteringssaker, utover at en sak tas til orientering (vedtak i sak 24/25). Presisjonsnivået i vedtakene er særlig nødvendig i saker der kontrollutvalget påpeker mangler i forvaltningen eller ønsker å gå videre med saken og be administrasjonen om ytterligere opplysninger.

Forslag til vedtak:

Saken legges frem uten forslag til vedtak.

Røkland, 27. oktober 2025

Ronny Seljeseth
Sekretær for kontrollutvalget



SALTEN KONTROLLUTVALGSERVICE KOMMUNALT OPPGAVEFELLESKAP

c/o Gildeskål kommune Inndyrveien 72

8140 INNDYR

Deres ref:

Vår ref
2022/1171-20

Saksbehandler
Børre M. Johansen

Dato
18.04.2024

Redegjørelse om veilys og FiksGataMi til kontrollutvalget

Kartlegging veilys i kommunen

Det ble i 2016 gjennomført et kartleggingsarbeid i gamle Hamarøy kommune. Alle stolper ble da registrert med område, hvilken trafo-krets de tilhører, ev. fellesføring med annet, effekt, koordinater for posisjon og ev. kommentarer og bilde. Det ble også gjort en antakelse omkring eieforhold, men dette er ikke bekreftet.

Det er ikke gjennomført tilsvarende kartlegging av veilys i gamle Tysfjord, som nå er en del av Hábmera suohkan – Hamarøy kommune. Det er et møysommelig og tidkrevende arbeid å fullføre denne kartleggingen for hele kommunen, og det må avsettes ressurser for gjennomføring. Oversikt over alle veilys, herunder tilstand, eierskap og ansvarsforhold, vil være et viktig premiss for kommunens vedlikeholdsplaner og vil bli igangsatt igjen i løpet av 2024. Hovedplan for vei, som nå er ute på høring, inneholder alle de parametre som er vesentlig for en god og forutsigbar vedlikeholdsplanlegging. En tilsvarende plan for veilys må være et mål og denne vil da bli et vedlegg til Hovedplan for vei.

Oversikten for gamle Hamarøy kommune viser at det er totalt 923 veilys i kommunen. Oversikten i regnearkformat, er vedlagt denne redegjørelsen, sammen med en veglvsrapport fra 2016 som også viser til noen prioriterte tiltak. Dette er tiltak som, etter det vi forstår, skal være utført.

Status FiksGataMi

Det er pr. 17. april meldt inn totalt 110-120 avvik. Ca. 60 er registrert lukket. Det bemerkes at når det gjelder feil på veilys, så er det Kystnett som får melding om det, utfører feilretting og luker avviket. Kystnett er ikke a jour med lukking av avvik, så i realiteten er det flere avvik som er utbedret enn det som er registrert.

FiksGataMi er et meldesystem for feil og mangler vedrørende vei. Før kommunen tok i bruk denne meldetjenesten, ble feil og mangler meldt inn via telefon, e-post, sms eller muntlig i tilfeldige situasjoner. Det var også en stor variasjon av funksjoner som mottok meldinger, og som igjen skulle videreformidle avvikene. Risikoen ved tidligere praksis var at meldinger ikke ble registrert, det var tilfeldig hvilke som ble prioritert og utbedret og man hadde ingen kontroll eller oversikt over avviksmengden.

Ved bruk av FiksGataMi blir alle meldingene samlet i ett register, man har oversikt over hvilke avvik som er åpne og lukket, hvilken geografisk posisjon avviket har og kan enkelt prioritere utbedring. Det kommer fortsatt meldinger utenom FiksGataMi, men andelen av disse blir stadig mindre.

FiksGataMi er et nettsted for å hjelpe innbyggerne til å rapportere problemer, melde om feil og mangler. Det er primært for rapportering av ting som er ødelagt, skadet, dumpet eller trenger å bli reparert, rengjort eller ryddet. FiksGataMi er ikke en måte å komme i kontakt med offentlig myndighet for spørsmål. For henvendelser man ønsker svar på et spørsmål, ev. melde fra om akutte/kritiske hendelser, må kommunens sentralbord eller vakttelefon benyttes. (info er delvis hentet fra nettstedet FiksGataMi).

Systemet er ikke lagt opp til at innmeldere får noen spesifikk tilbakemelding på status på innmeldte avvik. Avvikene blir liggende på nettstedet og ev. lukking av avviket vil fremkomme der.

Med hilsen

Børre M. Johansen
Kommunalleder for Teknisk drift og samfunn

Dokumentet er elektronisk godkjent og sendes uten signatur

Kopi til:

Odd-Børge Pedersen

Veglysrappport.

Februar – mars 2016



Observasjoner m/prioritering av tiltak

STED	STATUS	PRIORITET
Buvåg (H59 Buvåg).	Ødelagt armatur.	Lav
Djupvik (H43 Djupvik)	Dårlig stolpe.	Middels
Fikke (H58 Hamnes).	Veglys er fjernet, men stolper med tråd står fortsatt. Flere lys er frakoblet. Ødelagt armatur.	Lav
Fikkestad (H64 Fikkestad)	Frakoblet lys ved ungdomshuset.	Lav
Halsen (H61 Halsen)	Lav høyde på spenn.	Høy
Hamlot (H48 Hamlot)	Løs bardun.	Middels
Helland (H50 Helland)	Skjev stolpe. Mangler bardunering.	Middels
Hellandsåsen (H49 Hellandsås)	Dårlige stolper. Mangler bardunering. Ledning ligger oppå telefonledning. Ubebodd område har veglys.	Middels
Hjelseng (H30 Hjelseng)	Løs bardun.	Middels

STED	STATUS	PRIORITET
Husøya (H68 Husøy).	Dårlig stolpe på naust. Bør erstattes med 2 nye. Vil gi kortere spenn til lys på kai.	Middels
Innhavet (H12 Innhavet)	Skjev stolpe (langs E6) To stolper med ødelagte pærer.	Middels
Karlsøybotn (H16 Karlsøybotn)	Ødelagt armatur.	Lav
Kulen (H44 Kulveslett)	Mangler lys.	Lav
Nausthågen (H101 Nausthågen)	Skadet stålmast.	Lav
Nausthågen (H22 Ulvsvåg)	Skjev stolpe.	Lav
Nausthågen (H81 Kringelmyr)	Skadet armatur.	Lav
Ness (H39 Ness).	Feil med fotocelle, noen lys med egne fotoceller står på om dagen.	Middels
Nålnes (H31 Hamsund).	Frakoblede lys.	Lav
Oppeid (H71 Herset).	Skadet armatur på 2 stålstolper.	Lav
Presteid (H28 Presteid).	Skadet armatur på flere stålstolper. Skadet stålmast.	Lav

STED	STATUS	PRIORITET
Presteid (H71 Herset).	Skjev stolpe.	Lav
Røddtangen (H14 Røddtang).	Mangler bardunering. Mangler Toppchette. Mangler endestreklemmer. Lav høyde på 2 spenn. Telefonledning i stolpen.	Høy
Skutvik (H144 Åkervik).	Blinkende lys. Behov for endring av lysene på moloen. Her er det ofte vedlikeholdsarbeid.	Høy
Skutvik (H92 Bekkhaugen).	Skjeve stolper. Skadet armatur. Mangler toppchette	Middels
Skutvik skole (H92 Bekkhaugen)	Skjev stolpe	Lav
Sommersel (H134 Sommersel).	Skjev stolpe.	Lav
Steinbakk (H11 Steinbakk).	Mangler bardunering	Lav
Steinsland (H38 Steinsland).	Ødelagt armatur	Lav
Tranøy fyr (H54 Tranøy fyr).	Fotocelle må skiftes.	Middels
Tømmernes (H9 Vassmo).	Hakkespettskader. Pære er gått. Flere lys er frakoblet langs gamle E6.	Middels
Tømmerneset gård (H10 Lagmannsvik)	Frakoblet lys. Skjev stolpe.	Høy

STED	STATUS	PRIORITET
Ulvsvåg vest (H86 Kardemommeby).	Skjev stolpe. Feil med fotocelle. Lyset står på om dagen.	Høy
Vassbotn (H46 Vassbotn).	Skjev stolpe. Dårlige stolper.	Høy

Detaljert oversikt

Eierskap stolper

Eier	Ant. stolper	Kommentarer
Hamarøy kommune	629	Kun veglys
NSK – totalt	294	
NSK – felles veglys og fiber	45	
NSK – felles veglys og strøm	194	
NSK – felles veglys, strøm og fiber	55	

Skogrydding

Eier	Ant. stolper	Kommentarer
Hamarøy kommune	38	
NSK	7	

Muntlig orientering veilys

1. Oppdatering om hvilke system som benyttes for feilmelding av gate og veilys:

www.fiksgatami.no ble innført høst 2023. I løpet av mai/juni 2024 krasjet hele systemet. All data og back up filer forsvant pga diskhavari og det er usikker når og om fiksgatami i det hele tatt blir operativ. Som en konsekvens av dette har Hamarøy kommune kjøpt inn nytt meldesystem fra Safecontrol. (www.safecontrol.no) til en fast engangspris på 15 000 kr og lisens på 2500 kr pr måned. Meldesystemet er bygd opp omtrent som fiksgatami, men Safecontrol har forbedret system av administrasjon og oppfølging på innkommende meldinger. Systemet ble iverksatt i slutten av september 2024 og når dette skrives har vi fått inn ca 100 meldinger etter ca 1 måneds drift.

2. Statusoversikt over veilys i kommunen:

Status er uforandret siden forrige redegjørelse den 18 april 2024.

3. Status for avtale med Kystnett:

Pr i dag eksisterer det ikke en skriftlig avtale om vedlikehold av gate/veilys mellom Hamarøy kommune og Kystnett. Kystnett får oppdrag via Safecontrol (se pkt 1) og utfører oppdragene fortløpende. Kystnett viderefører gammel rutine/avtale som Nord-Salten kraft hadde med kommunen. Så vidt vi vet, eksisterer det ikke en skriftlig avtale mellom Kystnett og Hamarøy kommune på reparasjon/vedlikehold av gatelys/veilys. Dette er noe administrasjon ønsker å få på plass. Det jobbes med å få en skriftlig avtale angående vedlikehold/reparasjon av gate/veilys.



22.10.2025

Oppdatert redegjørelse for drift og vedlikehold av kommunens veilys

Ansvarsforhold og kriterier for drift og vedlikehold av kommunale lys

Hábmera suohkan - Hamarøy kommune har ansvar for veilys på alle kommunale veier, samt deler av fylkesvei og E6. Kriteriene for drift og vedlikehold er å reparere lysene når vi får melding om feil/mangler. Kommunen har ikke spesielle vedlikeholdsrutiner for gatelysene før de blir skadet/mangler. De blir reparert når de ikke virker, med forutsetning av og prioritering i f.t. budsjetterte midler.

Prioritering av vedlikehold er i første rekke ved barnehage/skole, deretter tettbebygde strøk med mest trafikk/fotgjengere og så resterende veier. Kommunen får tilbakemelding på feil/mangler veilys via meldesystem: <https://www.hamaroy.kommune.no/snarveier/meld-inn-feil-og-mangler>. Kommunen gjør ikke noe vedlikeholdsarbeid selv. Alt blir gjort av eksterne leverandører. Noen veilys er blitt oppgradert med nye led-armaturer. Denne type oppgradering er noe vi vil fortsette med framover, men trinnvis pga. kapasitet og økonomi. Målet er at alle gatelys på kommunale veier blir oppgradert med nyere led-lys.

Vi har vært i dialog med fylkeskommunen og vegvesenet om eierskap og ansvar for veilysene. I mange tilfeller er det lokallag som har satt opp veilys på dugnad, uten at drift og vedlikehold er avklart med veieier. Kommunen har tatt, og vil fortsette å ta, ansvaret for veilys som fylkeskommunen og vegvesenet ikke vedkjenner seg eierskapet til. Vi fortsetter arbeidet med å få konkretisert hvilke lys som kommunen ev. ikke skal ha et driftsansvar for.

For nye anlegg, som f.eks. gang- og sykkelvei Presteid-Oppeid og på Hellandsveien, vil fylkeskommunen ta eierskap og vedlikeholdsansvar for veilysene.

Avtaler

Hábmera suohkan – Hamarøy kommune har ikke hatt noen formell avtale med Kystnett om vedlikehold av veilys. Det har vært en muntlig avtale/forståelse om at Kystnett utfører reparasjoner på oppdrag fra kommunen ved melding om feil. Dette har vært en uheldig praksis i og med at Kystnett er kontroll- og godkjenningsinstans. Kommunen har nå kontakt med private aktører for utførelse av nødvendig vedlikehold.

Oversikt over veilys

Det har tidligere vært utarbeidet og oversendt oversikt over alle veilys i gamle Hamarøy kommune. Kommunen har nå fått tilsendt en oversikt over alle veilys i gamle Tysfjord kommune, dog uten tilstandsstatus.

Med hilsen

Børre M. Johansen
Kommunalleder for Teknisk drift og samfunn

Dokumentet er elektronisk godkjent og sendes uten signatur

SAK 37/25**Involvering av medvirkningsorganer ved utarbeidelse av kommunale planer****Saksgang:**
Kontrollutvalget**Møtedato:**
03.11.2025**Vedlegg:**

- Ingen

Bakgrunn for saken:

Saken er satt på dagsorden etter vedtak i kontrollutvalgets forrige møte, oktober 2025.

Kommuneloven §5-12 bestemmer at kommunestyret skal velge et eldreråd, et råd for personer med funksjonsnedsettelse og et ungdomsråd eller annet medvirkningsorgan for ungdom. I Forskrift om medvirkningsordninger heter det kommunestyret skal etablere rutiner som sikrer at rådene mottar sakene på et så tidlig tidspunkt i saksbehandlingen og at uttalelsene fra rådene har mulighet til å påvirke utfallet av saken.

Med bakgrunn i at saken er satt på dagsorden, er det bedt om en orientering om hvordan medvirkningsorganer, og eventuelt kommunale utvalg, involveres ved utarbeidelse av kommunale planer. Kontrollutvalget henviser til at det nylig er utarbeidet plan for kommunikasjonsstrategi og en selvmordsforebyggende plan.

I forbindelse med saken er kommunedirektøren, eller den kommunedirektøren bemyndiger, bedt om å møte i kontrollutvalget kl 11.45 for å gi en redegjørelse. Dersom det finnes skriftlige rutiner, eller lignende, er det bedt om at disse oversendes i forkant av møtet.

Saken legges frem uten forslag til vedtak. Innholdet i redegjørelsen, samt utvalgets behandling i møtet, vil danne grunnlag for vedtak.

Forslag til vedtak:

Saken legges frem uten forslag til vedtak.

Røkland, 27. oktober 2025

Ronny Seljeseth
Sekretær for kontrollutvalget

SAK 38/25**Orientering om ulike praksis i kommunale barnehager****Saksgang:**
Kontrollutvalget**Møtedato:**
03.11.2025**Vedlegg:**

- Hamarøy kommune, kommunalleder Oppvekst, 28.10.2025. Orientering om praksis i kommunale barnehager

Bakgrunn for saken:

Saken er satt på dagsorden etter vedtak i kontrollutvalgets forrige møte, oktober 2025.

Kontrollutvalget registrerer at det kan være ulike praksis om eksempelvis hente-/bringeordning i kommunale barnehager, og ønsker med dette en redegjørelse om hva som ligger innenfor styringsretten til den enkelte barnehage, og hva som reguleres sentralt av barnehageeier. Det er også bedt om at redegjørelsen sier noe om hvordan samarbeid mellom hjem og barnehage ivaretas i utformingen av barnehagens tilbud.

Kommunedirektøren, eller den kommunedirektøren bemyndiger, er bedt om å møte i kontrollutvalget kl 12.00 for å gi en orientering. Det er i tillegg bedt om et kort skriftlig notat som besvarer punktene over, og at denne oversendes sekretariatet i forkant av møtet. Det er bedt om at notatet henviser til kommunale retningslinjer/vedtekter eller lignende som regulerer hvilke rammer som barnehagene har for selvstyre.

Saken legges frem uten forslag til vedtak. Innholdet i redegjørelsen, samt utvalgets behandling i møtet, vil danne grunnlag for vedtak.

Forslag til vedtak:

Saken legges frem uten forslag til vedtak.

Røkland, 27. oktober 2025

Ronny Seljeseth
Sekretær for kontrollutvalget

Kontrollutvalget

Her

Orientering om praksis i kommunale barnehager

Det vises til Kontrollutvalgets oversendelsesbrev av 7.10.d.å., der det bes om en redegjørelse av og for hvordan praksis for hente- og bringeordning i kommunale barnehager er i Hamarøy kommune. Henvendelsen tar utgangspunkt i spørsmål om utelevering i den største barnehagen i kommunen, Marielund.

De kommunale barnehagene (5 stk) i Hamarøy er selvstendige enheter som ledes av den lokale pedagogiske ledelsen innenfor lov og forskrift samt rammeplan for barnehagen (nasjonale føringer). Barns beste, fokus på trygt og godt psykososialt miljø og godt samarbeid mellom foreldre og barnehage er sentralt i drift og utvikling av kommunens barnehager.

Av styringsdokumenter for øvrig er Vedtekter for barnehagene (vedtatt av kommunestyre) gjeldende for driften.

Hvilke barnehager har levering ute

Pr starten av oktober 2025 har også Drag barnehage levering av barn ute, i tillegg til Marielund. I begge enheter basert på lokale faglige vurderinger.

De 5 barnehagene har svært ulike rammebetingelser mht antall barn, alder, evt spesielle behov, barnehagens bygningsmessige forutsetninger, uteområder mv.

Det gjør at barnehagene innenfor sine lokale forutsetninger må og skal gjøre gode faglige vurderinger i samråd med foreldre og ansatte.

Undertegnede har hatt møter med barnehagestyrerne om dette, og er trygg på de valg og beslutninger om praksis for henting- og bringing av barn.

Individuell tilpasning og vurdering i lys av vær og føreforhold

Barnehagenes ledelse og ansatte gjør både individuelle og kollektive vurderinger av praksis i den daglige driften av barnehagene, også når det gjelder henting-bringing ute.

Samarbeid mellom hjem og barnehage

Samarbeid mellom hjem og barnehage er forankret både i lovverket og i rammeplanen.

De kommunale barnehagene i Hamarøy kommune har alle faste rutiner med foreldresamtaler (individuelle for hvert barn) – 1-2 ganger pr år + etter behov. Og videre faste rutiner med foreldremøter (samlet gruppe) 1-2 gr i året. Dessuten fortløpende dialog med SU-leder.

Samarbeidsutvalg (foreldrerepr., 1 politisk, 1 ansatt repr + styrer (sekretær-rollen).

Hamarøy 28.10.2025

Elin Eidsvik

Kommunalleder oppvekst

SAK 39/25**Dialog med revisor****Saksgang:**
Kontrollutvalget**Møtedato:**
03.11.2025**Vedlegg:**

- Ingen

Bakgrunn for saken:

Saken har bakgrunn i oppgaver kontrollutvalget er pålagt etter Forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 3 Kontrollutvalgets oppgaver ved regnskapsrevisjon:

- Kontrollutvalget skal holde seg løpende orientert om revisjonsarbeidet og påse at*
- kommunens eller fylkeskommunens årsregnskaper blir revidert på en betryggende måte*
 - regnskapsrevisjonen utføres i samsvar med lov, forskrift og kontrollutvalgets instruksjer og avtaler med revisor*
 - regnskapsrevisjonen blir utført av revisorer som oppfyller kravene i kapittel 2 og 3.*

Bestemmelsen retter seg mot revisors arbeid med regnskapsrevisjon, men revisors oppdrag omfatter i tillegg forvaltningsrevisjon, eierskapskontroll og ikke-lovpålagte kontroller med forvaltningen (mindre omfattende undersøkelser). Av denne grunn er det hensiktsmessig at revisor gir en bred orientering om status for sitt oppdrag, og at kontrollutvalget kan stille spørsmål, drøfte og gi innspill til revisor.

Utvalget skal i egne saker behandle revisors uttalelse til regnskap, rapporter fra forvaltningsrevisjon og fra eierskapskontroll, nummererte brev og revisors uttalelse til gjennomført etterlevelseskontroll. Tema utenom dette som naturlig hører med i utvalgets dialog med revisor vil være:

- Revisjonsplan, overordnet revisjonsstrategi (årlig)

- Revisors vurdering av egen uavhengighet (årlig)
- Status og funn ved gjennomføring av løpende regnskapsrevisjon. Status for gjennomføring av bestillinger innen forvaltningsrevisjon, eierskapskontroller og andre mindre omfattende undersøkelser
- Revisors valg av tema for etterlevelseskontroll og bakgrunn for valget
- Gjennomført kvalitetskontroll av revisor
- Revisors oppstartsmøte med administrasjonen

Det er til dette møtet ikke meldt inn skriftlige orienteringer fra revisor, men det vil bli gitt en muntlig oppdatering om pågående arbeid og aktuelle saker.

Forslag til vedtak:

Kontrollutvalget tar dialog med revisor til orientering, herunder Status/fremdrift for regnskapsrevisors arbeid:

-

Status/fremdrift innen forvaltningsrevisjon, eierskapskontroll etc:

-

Røkland, 27. oktober 2025

Ronny Seljeseth
Sekretær for kontrollutvalget

SAK 40/25**Kontrollutvalgets årsrapport 2025****Saksgang:**
Kontrollutvalget**Møtedato:**
03.11.2025**Vedlegg:**

- a) Utkast til årsrapport 2025 for Hamarøy kontrollutvalg

Bakgrunn for saken:

I samsvar med kontrollutvalgets virksomhetsplan for 2025 er det utarbeidet utkast til rapport til kommunestyret om kontrollutvalgets aktivitet gjennom året. Rapporten er basert på saksfremlegg, vedtak og innstillinger til vedtak fra kontrollutvalget i perioden.

Gjennom forskrift om kontrollutvalg har utvalget ansvar for å rapportere til kommunestyret, blant annet med uttalelser til årsregnskapet og hvilke forvaltningsrevisjoner som er gjennomført og resultatene av disse. Slik rapportering er gjennomført løpende gjennom året, men det er samtidig hensiktsmessig å gi en mer samlet fremstilling om kontrollutvalgets arbeid, og eventuelt gi innspill til fremtidig kontroll og tilsyn med forvaltningen.

Utkast til rapport gjennomgås under møtet. Eventuelle innspill kan innarbeides i rapporten som så oversendes kommunestyret til informasjon.

Forslag til vedtak:

Årsrapport 2025 for kontrollutvalget vedtas. Rapporten oversendes kommunestyret til informasjon.

Røkland, 27. oktober 2025

Ronny Seljeseth
Sekretær for kontrollutvalget



Kontrollutvalget
Hamarøy kommune, Hábmera suohkan
Årsrapport til kommunestyret, 2025

1.0 Innledning

Kontrollutvalget er i samsvar med kommunelovens § 23-1 oppnevnt av kommunestyret for å forestå det løpende tilsyn med den kommunale forvaltning på vegne av kommunestyret.

Utvalgets arbeid foregår innenfor rammen av

- Kommunelovens kapittel 23 *Kontrollutvalgets virksomhet*,
- Forskrift om kontrollutvalg og revisjon
- Utvalgets virksomhetsplan

Gjennom uttalelser til kommunens og det kommunale foretakets årsregnskap, og innstillinger i saker om forvaltningsrevisjon, har kontrollutvalget rapportert om sitt virke i de nevnte sakene. Utvalget legger i tillegg frem for kommunestyret en samlet rapport / fremstilling om kontrollutvalgets arbeid det enkelte år. Hamarøy kommunestyre gjorde ved konstituerende møte 19.10.2023, sak 76/23 valg av medlemmer for perioden. Kontrollutvalget har etter dette bestått av følgende medlemmer:

Peter Berg Mikkelsen, leder
May Valle, nestleder
Hilde Andreassen
Arn Endre Offervann
Fred-Eddy Dahlberg

Kontrollutvalget har gjennomført fem møter i 2025. Hilda Egerdahl og Keith Brian Berg har begge møtt én gang som vara.

2.0 Regnskap

Kontrollutvalget har avgitt uttalelse til Hamarøy kommunes regnskap for 2024. Regnskapet er avlagt med et positivt netto driftsresultat på kr 11.684.181. Revisors beretning er avgitt uten forbehold.

Kommunens ledelse har gitt kontrollutvalget en grundig gjennomgang av regnskap for Hamarøy kommune, og har besvart utvalgets spørsmål. Til grunn for utvalgets uttalelser ligger også revisors beretning, samt ytterligere informasjon fra denne. Kontrollutvalget anbefalte godkjenning av regnskapet. Utvalget bemerker i sin uttalelse at opparbeidet merforbruk fra 2023 er dekket inn og at det er tilstrekkelig med midler til avsetning på fond, men vurderer likevel den økonomiske situasjonen som sårbar og må overvåkes nøye. Kontrollutvalget minner videre om kommunelovens krav til innhold i årsberetningen, ved at årsberetningen også skal redegjøre for virksomhetens måloppnåelse og andre ikke-økonomiske forhold som er av vesentlig betydning for kommunen eller innbyggerne. Utvalget bemerket at årsberetningen med fordel kunne beskrevet måloppnåelsen bedre, eksempelvis knyttet opp mot kommuneplanens samfunnsdel, eventuelt at årsmelding følger som fast vedlegg til årsberetningen.

I kommunestyrets behandling av regnskapet er det ikke gjort vedtak som har krevd særskilt oppfølging fra kontrollutvalgets side.

Nummererte brev fra revisor: Kontrollutvalget skal i henhold til kommunelovens § 24-7 gi skriftlige meldinger i form av nummererte brev til kontrollutvalget når det avdekkes:

- a. vesentlige feil som kan føre til at årsregnskapet ikke gir riktig informasjon
- b. vesentlige mangler ved registrering og dokumentasjon av regnskapsopplysninger
- c. vesentlige mangler ved den økonomiske internkontrollen
- d. manglende eller mangelfull redegjørelse i årsberetningen for vesentlige budsjettavvik
- e. enhver mislighet
- f. hvorfor han eller hun ikke har skrevet under på oppgaver som kommunen eller fylkeskommunen skal sende til offentlige myndigheter, og som revisor etter lov eller forskrift skal bekrefte
- g. hvorfor han eller hun sier fra seg revisjonsoppdraget.

Kontrollutvalget har i 2025 ikke mottatt eller behandlet skriftlige påpekninger fra revisor.

Etterlevelseskontroll: Revisor har gjennomført sin årlige kontroll av om kommunens økonomiforvaltning foregår i samsvar med bestemmelser og vedtak, jfr kommuneloven § 24-9. For regnskapsåret 2024 har revisor valgt å se på etterlevelse av reglene i merverdiavgiftskompensasjonsloven om momskompensasjon på utgifter til utleieboliger.

Revisor konkluderte slik etter undersøkelsen: *Basert på de utførte handlingene og innhentede bevis er vi ikke blitt oppmerksomme på noe som gir oss grunn til å tro at Hamarøy kommune ikke i det alt vesentlige har etterlevd regelverket om momskompensasjon på utgifter til utleieboliger. Vår kontrollhandling avdekker at det er forbedringspotensial på utformingen av vedtakene, når det gjelder angivelse av lovhjemmel som er grunnlaget for tildelingen (plikt- og tilhørende rettighetsbestemmelse), og individuelle behovsprøvinger.*

Konkret viste revisor til følgende funn:

1. *Hamarøy kommune har en oversikt over utleieboligene som de mener er momskompensasjonsberettigede.*
2. *Hamarøy kommune har fremvist gyldige enkeltvedtak på tildeling av særskilt tilrettelagte boliger i de tilfeller kommunen krever momskompensasjon på utgifter knyttet til utleiebolig.*
3. *Det er samsvar mellom kommunens liste over boliger som er momskompensasjonsberettigede og avgiftsbehandling i regnskapet.*

Kontrollutvalget tok revisors uttalelse til orientering, og registrerte at uttalelsen ikke ga grunnlag for videre oppfølging fra utvalgets side.

3.0 Forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll

Kontrollutvalget har utarbeidet forslag til ny plan for forvaltningsrevisjon og eierskapskontroller, slik det er bestemt i kommunelovens § 23-3. Planen gjelder perioden 2024-2027 og er basert på risikovurderinger av kommunens forvaltning. Kommunestyret har i 2024 vedtatt planen etter behandling i kontrollutvalget med følgende prioriterte tema:

Forvaltningsrevisjon:

- 1) Informasjonssikkerhet
 - 2) Grunnskole
 - 3) Internkontroll
 - 4) Hjemmetjeneste/institusjonsomsorg
 - 5) Kompetanse/rekruttering
 - 6) Offentlige anskaffelser
-

Eierskapskontroll:

1) Salten Brann IKS

Alle nye bestillinger vil i utgangspunktet baseres på den nye planen, samtidig som at utvalget følger opp at tidligere revisjoner blir fulgt opp etter kommunestyrets bestemmelser. Det bemerkes imidlertid at kommunestyret fikk forelagt feil innstilling fra kontrollutvalget ved behandling av ny plan. I sakspapirene til kommunestyret ble det ikke opplyst at kontrollutvalget i sin behandling gjorde en endring, ved å oppprioritere nr 5 med ny tittel «Beholde kompetanse/rekruttering/arbeidsmiljø» til nummer 1 og informasjonssikkerhet ned til nummer 2. Kontrollutvalget fikk imidlertid fullmakt av kommunestyret å foreta endringer i planen ved behov. Ut fra dette, og at informasjonssikkerhet allerede er gjennomgått i egen forvaltningsrevisjon av Bodø kommune, og ettersom Hamarøy har samarbeid med Bodø, har kontrollutvalget besluttet å avvente Informasjonssikkerhet som egen undersøkelse inntil videre. Første bestilte undersøkelse er derfor «Kompetanse, rekruttering og arbeidsmiljø».

Kontrollutvalgets oppgaver med forvaltningsrevisjoner og eierskapskontroller er tredelt: bestille gjennomføring av konkrete undersøkelser, saksbehandle og innstille til kommunestyret når det legges frem en rapport, samt følge opp de vedtak kommunestyret fatter ved behandling av rapportene. I 2025 er det gjennomført følgende behandlinger og oppfølgingssaker innen forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll:

Prosjektets navn	Behandling i kontrollutvalg
Vertskommunesamarbeid barnevern	Rapport levert i oktober 2021, behandlet av kontrollutvalget november 2021 og av kommunestyret juni 2022. Rapporten konkluderte den gang med at Hamarøy kommune i noen grad følger opp vertskommunesamarbeidet med Bodø, og at Bodø kommune i nokså stor grad leverer tjenester i henhold til samarbeidsavtalen. På bakgrunn av rapporten har revisor gitt 7 anbefalinger. Kontrollutvalget har gjort 6 oppfølginger i etterkant av kommunestyrets vedtak, sist i januar 2025. Det er i hovedsak forsinket revidering av vertskommuneavtalen som har vært årsak til manglende fremdrift. Kommunestyret valgte i mai å avslutte videre oppfølging, og kontrollutvalget avslutter derfor saken.
Samisk språkforvaltning	Rapport behandlet av kontrollutvalget i januar og kommunestyret i februar. Formålet var å undersøke kommunens etterlevelse av regelverk knyttet til samisk språkforvaltning, i tillegg å belyse kommunens inntekter knyttet til samisk forvaltning, og bruken av disse. Revisor konkluderte at Hamarøy kommune i liten grad oppfyller samelovens språkregler, men det understrekes at manglende oppfyllelse i stor grad henger sammen med tilgang på ressurser. Det ble gitt 11 anbefalinger. Kommunestyret har bedt kommunedirektøren følge opp rapportens anbefalinger, først ved å legge frem sak der kommunestyret kan prioritere rekkefølgen i dette.

	Kontrollutvalget er anmodet om at oppfølging av rapporten gjøres innen et år, som blir første møte i 2026.
Eiendomsforvaltning	Rapport levert av Salten Kommunerevisjon mai 2022 og behandlet av kontrollutvalget mai 2022. Rapporten konkluderer at Hamarøy kommune i liten grad har etablert hensiktsmessige system og rutiner som kan ivareta et godt og langsiktig vedlikehold av bygninger og at kommunens avtaler med boligstiftelsene i stor grad ivaretar kommunens behov for rasjonell byggforvaltning. Rapporten kom med fem anbefalinger. Kontrollutvalget har gjennomført fire oppfølgingssaker i etterkant, sist i november 2025. Kontrollutvalget registrerer at plan for eiendomsforvaltning fremmes for politisk behandling i november, og vil kunne kvittere ut mange av anbefalingene i rapporten.
Kommunens eierskapsmelding	Kontrollen hadde til hensikt å avdekke om kommunen har en oppdatert eierskapsmelding som tilfredsstillende kravene i kommuneloven §26-1 med særlig fokus om kommunen har et avklart formål med sine eierskap. Kontrollutvalget behandlet rapporten i sitt møte i juni 2023 og kommunestyret i møte i august. Rapporten konkluderte den gang at Hamarøy i noen grad og opp mot stor grad har eierskapsmelding i samsvar med kommuneloven og gjeldende anbefalinger om eierstyring. Kontrollutvalget avsluttet videre oppfølging i møte i mai 2025, ved at kommunestyret i sak 11/24 har vedtatt eierskapsprinsipper og i sak 32/24 har vedtatt en eierskapsmelding. Kommunestyret har fått inn en rutine som sikrer årlig rullering av eierskapsmeldingen og det er utarbeidet spesifikke eierskapsstrategier i selskaper der Hamarøy kommune eier alene, eller sammen med andre offentlige eiere innehar en kontrollerende eierandel.
Kompetanse, rekruttering og arbeidsmiljø	Prosjekt bestilt av kontrollutvalget i møte i mars 2025. Formålet med prosjektet er å finne ut om Hamarøy kommune har kompetanseplanlegging, ansettelsesprosesser og arbeidsreglement som ivaretar kommunens behov for å rekruttere og beholde kompetanse. Undersøkelsen skal ha spesielt fokus på helse og omsorg. Rapport noe forsinket, men ventes levert første møte i 2026.
Salten Brann IKS	Prosjekt bestilt i møte mai 2025, i samarbeid med de øvrige kontrollutvalgene i Salten med eierskap i selskapet. Formålet med undersøkelsen er for det første, å finne ut om kommunen utøver eierstyring i tråd med eierskapsmeldingen og etablerte normer for god eierstyring. For det andre, å finne ut

	om Salten Brann IKS jobber systematisk med å utarbeide og følge opp lovmessig budsjett. Til slutt er det et mål å finne ut om selskapet gir eierne et godt grunnlag for eierstyring. Rapport ventes levert kontrollutvalget vinteren 2025/26.
--	---

De behandlede rapportene har gitt viktige bidrag til kunnskap om hvordan den kommunale forvaltningen fungerer, og har påpekt forbedringsmuligheter for kommunen.

4.0 Øvrig kontroll og tilsyn

Kontrollutvalget kan ta opp ethvert forhold ved kommunens virksomhet så lenge det kan defineres som tilsyn eller kontroll, men skal vurdere hensiktsmessigheten av saker som settes på dagsorden opp mot kontrollutvalgets mandat. Med bakgrunn i kontrollutvalgets generelle mandat om å foreta løpende tilsyn og kontroll med forvaltningen, er det i utvalgets møter satt på dagsorden en rekke saker. Sakene kan ha bakgrunn i innspill fremmet av publikum, utvalgets medlemmer, andre politikere i kommunen, saker som er tatt opp i media, eksterne tilsyn etc.

I disse sakene har utvalget kalt inn administrasjonen, og bedt denne redegjøre for saksforhold, regelverk, rutiner, forvaltningspraksis etc. I 2025 gjelder dette følgende områder:

- Ansvarsforhold og kriterier for drift og vedlikehold av veilys
- Saksbehandlingstid byggesak, kart og oppmåling
- Bemanning og organisering av legetjenesten og fastlegeordningen
- Orientering om oppfølging av Statsforvalterens tilsyn med legevaktjenesten
- Systemer for pårørendeinvolvering i helse- og omsorgstjenestene
- Orientering om ulik praksis i kommunale barnehager
- Involvering av medvirkningsorganer ved utarbeidelse av kommunale planer
- Status for kommunens økonomiforvaltning og oppfølging av revisjonskommentarer
- Orientering om kommunens overordnede IT-avtaler

Kontrollutvalget vil generelt bemerke at kommunedirektør og hans administrasjon har bidratt med gode redegjørelser og besvart utvalgets spørsmål i de sakene som er tatt opp.

5.0 Øvrige saker som vedrører utvalget

Budsjettet legger rammer for kontrollutvalgets egen aktivitet og kostnadene til revisjon og sekretariat. Kontrollutvalget utarbeider forslag til budsjett for kontrollutvalget. Budsjettet ble behandlet av kontrollutvalget i møte 06.10.2025 – sak 30/25. Den samlede budsjettrammen for kontroll og tilsyn er foreslått til kr 1.275.000, og består av utgifter til revisjon, sekretariat og driftsutgifter for kontrollutvalget. Tilskudd fra eierkommunene (revisjonshonorar) til Salten kommunerevisjon IKS fastsettes av dette selskapets representantskap. Med virkning fra og med 2026 har selskapet foretatt en omfordeling av tilskudd mellom eierkommunene. Som en følge av dette øker Hamarøy kommunes utgifter til revisjon med kr 134.000 sett i forhold til 2025. Budsjettet utgift for 2026 tar hensyn til denne økningen, samt et påslag på 4,4 % fra 2025 til 2026.

I samsvar med forskrift om kontrollutvalg og revisjon har kontrollutvalget et påse-ansvar for revisors arbeid med regnskapsrevisjon og forvaltningsrevisjon. Kontrollutvalget har behandlet engasjementsbrev fra revisjonen for perioden. I tillegg har revisor lagt frem erklæring om uavhengighet i forhold til den virksomhet som skal revideres. Revisor holder for øvrig kontrollutvalget løpende orientert om sitt arbeid.

Kontrollutvalgets leder har møte- og talerett i kommunestyret når utvalgets saker skal behandles, og møter derfor i kommunestyret ved disse tilfellene og for å referere fra protokoller. Utvalgsleder innrømmes imidlertid ikke utgiftsdekning for å møte her, og kontrollutvalget har derfor i brev til kommunestyret bedt om at beslutningen revurderes, alternativt at lokal forskrift tilpasses slik at utvalgsleder kan ivareta sitt ansvar for kommunestyret uten å måtte lide personlig økonomisk tap.

Kontrollutvalget har i møte i mars gjennomført et to timers webinar med tema «Kontrollutvalgets møter og det som skjer mellom møter». I oktober deltok kontrollutvalget i KS' folkevalgtopplæring sammen med kommunestyret.

Oppeid, 03. november 2025

SAK 41/25**Virksomhetsplan 2026****Saksgang:**
Kontrollutvalget**Møtedato:**
03.11.2025**Vedlegg:**

- a) Utkast til virksomhetsplan 2026 for Hamarøy kontrollutvalg.

Bakgrunn for saken:

Kontrollutvalget er kommunestyrets organ for å føre løpende kontroll og tilsyn med forvaltningen på kommunestyrets vegne. Utvalgets oppgaver kan grovt deles inn i de planlagte, lovpålagte handlingene (regnskapsrevisjon, forvaltningsrevisjon, eierskapskontroller) og dels av løpende kontrollhandlinger. Kontrollutvalget kan i prinsippet ta opp ethvert forhold ved kommunens virksomhet, så lenge det kan defineres som kontrollarbeid.

Et godt fungerende kontrollutvalg er viktig for å sikre folkevalgt innsyn og kontroll. Rammebetingelsene for kontrollutvalget blir i stor grad avgjort av kommunestyret, som legger til rette for at kontrollutvalget skal være i stand til å ivareta sine kontroll- og tilsynsoppgaver.

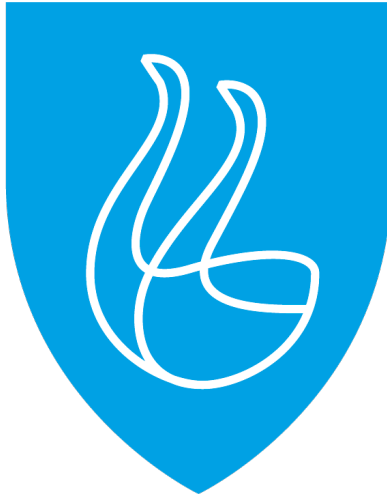
For å målrette kontrollutvalgets arbeid er det utarbeidet forslag til en virksomhetsplan som oversendes kommunestyret til informasjon. Planen inneholder oversikt over prioriterte og planlagte kontroll- og tilsynsoppgaver i 2026. Saken legges frem for kontrollutvalget for drøfting og prioritering av utvalgets aktiviteter det kommende året.

Forslag til vedtak:

Kontrollutvalgets virksomhetsplan for 2026 vedtas. Planen oversendes kommunestyret til informasjon.

Røkland, 27. oktober 2025

Ronny Seljeseth
Sekretær for kontrollutvalget



Kontrollutvalget
Hamarøy kommune, Hábmera suohkan

Virksomhetsplan 2026

INNHold

INNLEDNING	3
KONTROLLUTVALGETS SAMMENSETNING	3
KONTROLLUTVALGETS LOVPÅLAGTE OPPGAVER	3
ANDRE OPPGAVER OG MULIGE KONTROLLHANDLINGER	5
KONTROLL OG TILSYN- BUDSJETT 2026.....	6
PLAN FOR MØTEVIRKSOMHETEN I 2026.....	6

INNLEDNING

Kommunestyrets kontrollansvar er definert i kommuneloven:

Kommunestyret er kommunens øverste organ, og har det øverste ansvaret for å kontrollere kommunens virksomhet.

Kommunestyret kan kreve at enhver sak skal legges fram til orientering eller avgjørelse.

Kommunestyret kan omgjøre vedtak som er truffet av andre folkevalgte organer eller av administrasjonen, hvis disse selv kunne ha omgjort vedtaket. (k.lov § 22-1).

Etter bestemmelsen i kommuneloven § 23-1 har kommunestyret valgt et kontrollutvalg som skal føre løpende kontroll på kommunestyrets vegne.

Den kommunale egenkontrollen som utøves av kontrollutvalget erstatter ikke kommunens internkontroll etter kommunelovens kapittel 25, eller kommunedirektørens ansvar for internkontroll.

KONTROLLUTVALGETS SAMMENSETNING

Valg til kommunens kontrollutvalg ble gjort av kommunestyret i møte 19. oktober 2023 - sak 76/23. Kontrollutvalgets medlemmer er:

<u>Medlemmer fra H og V</u>	<u>Varamedlemmer</u> :
1. Peter Berg Mikkelsen, leder	1. Johnny Langmo
2. May Valle, nestleder	2. Päivi Alanen
	3. Ragnar Jullum
	4. Tor Valle
<u>Medlemmer fra SP/AP/SV</u>	<u>Varamedlemmer</u> :
1. Hilde Andreassen	1. Bjørn Knutsen
2. Arn Endre Spein Offervann	2. Hilda Egerdahl
	3. Keith Brian Berg
	4. May Britt Klevstad
<u>Medlem fra FRP</u>	<u>Varamedlemmer</u> :
1. Fred-Eddy Dahlberg	1. Bengt Westervoll
	2. Arnfinn Vangen
	3. Willy Tømmerås

KONTROLLUTVALGETS LOVPÅLAGTE OPPGAVER

Kontrollutvalget skal føre løpende kontroll på vegne av kommunestyret.

Kontrollutvalget skal påse at:

- a) kommunens regnskaper blir revidert på en betryggende måte

- b) det føres kontroll med at den økonomiske forvaltningen foregår i samsvar med gjeldende bestemmelser og vedtak
- c) det utføres forvaltningsrevisjon av kommunens virksomhet, og av selskaper kommunen har eierinteresser i
- d) det føres kontroll med forvaltningen av kommunens eierinteresser i selskaper mv. (eierskapskontroll)
- e) vedtak som kommunestyret treffer ved behandlingen av revisjonsrapporter, blir fulgt opp.

Regnskapsrevisjon

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

Uttalelse om årsregnskapet

Kontrollutvalget skal uttale seg om kommunens og kommunale foretak sine årsregnskap og årsberetning.

Forvaltningsrevisjon

Kontrollutvalget skal påse at det gjennomføres forvaltningsrevisjon av kommunens administrasjon og av selskapene som kommunen har eierinteresser i.

Kontrollutvalget skal lage en plan for gjennomføringen av forvaltningsrevisjoner. Planen skal være basert på risiko- og vesentlighetsvurderinger. Planen vedtas av kommunestyret. Utvalget skal også se til at administrasjonen setter i verk vedtak som er gitt av kommunestyret etter forvaltningsrevisjoner.

Eierskapskontroll

Kontrollutvalget skal føre kontroll med forvaltningen av kommunens eierskap gjennom eierskapskontroller. Kontrollutvalget skal lage en plan for gjennomføring av eierskapskontrollene, planen skal baseres på risiko- og vesentlighetsvurderinger. Planen vedtas av kommunestyret. Kontrollutvalget skal rapportere om resultatene av kontrollene til kommunestyret. Utvalget skal også se til at administrasjonen setter i verk vedtak som er gitt av kommunestyret etter eierskapskontroller.

Budsjett for kontrollarbeidet

Utvalget setter opp forslag til årsbudsjett for revisjon, sekretariatet og kontrollutvalgets egen drift og sender dette til kommunestyret med anbefaling om vedtak.

Rapportering til kommunestyret

Kontrollutvalget skal rapportere om resultatene av sitt arbeid til kommunestyret.

Annet

Kontrollutvalget kan foreta undersøkelser som det mener er nødvendig.

ANDRE OPPGAVER OG MULIGE KONTROLLHANDLINGER

Utover de lovpålagte oppgavene, kan kontrollutvalget ta opp ethvert forhold ved kommunens virksomhet, så lenge det kan defineres som kontrollarbeid.

Kontakten med kommunestyret

Kontrollutvalget skal arbeide for å få en best mulig kommunikasjon med kommunestyret, både gjennom sakene utvalget oversender, gjennom sin årlige rapportering og ved andre orienteringer om utvalgets virksomhet. Kontrollutvalget ber om at protokoll fra møtene kommer inn som referatsak i kommunestyrets sakspapirer. Det er ønskelig at utvalgsleder fortløpende møter i kommunestyret og refererer fra møteprotokoll.

Kontrollutvalget utarbeider årsrapport til kommunestyret om sin virksomhet. Rapporter fra gjennomførte forvaltningsrevisjonsprosjekter og eierskapskontroller rapporteres fortløpende i egne saker til kommunestyret.

Skriftlige påpekninger fra revisor, jfr kommuneloven § 24-7, kan vurderes særskilt rapportert til kommunestyret.

Kontrollutvalget skal i offentlige høringssaker som vedrører kontrollfunksjonen spesielt, avgi uttalelse til kommunestyret, i saker der kommunestyret selv avgir høringsuttalelse på vegne av kommunen.

Kontrollutvalget følger opp vedtak som angår utvalgets arbeid, og vurderer om sekretariatsbistanden tilfredsstiller utvalgets behov.

Åpenhet

Kontrollutvalgets møter er åpne og alle har rett til å være til stede under møtene, men med de unntak som følger av kommuneloven § 11-5. Åpenhet er viktig, også om kontrollutvalgets virksomhet. Innenfor rammen av kommunelov og offentlighetslovgivningen, vil utvalget legge til rette for at utvalgets møter i størst mulig grad kan gjennomføres som åpne møter. Utvalgets møter strømmes og direkteoverføres via KommuneTV på Hamarøy kommunes hjemmeside.

Henvelnelser fra publikum

Alle henvelnelser som kommer inn til sekretariatet blir lagt fram for kontrollutvalget, som tar stilling til om henvelnelsen gir grunnlag for undersøkelser og / eller sak med bakgrunn i henvelnelsen.

Virksomhetsbesøk

For å kunne føre tilsyn med den totale virksomheten er det viktig at kontrollutvalget har ressurser og kjennskap til kommunens forvaltning og tjenester. Det kan være aktuelt å besøke ulike kommunale virksomheter. Besøkene kan også inkludere kommunale foretak og selskap. Virksomhetsbesøkene må tilpasses kontrollutvalgets behov og ressurssituasjon.

Formålet med virksomhetsbesøk er blant annet å:

- Bli kjent med virksomheten, og å gjøre kontrollutvalgets arbeid kjent i kommunen.
- Undersøke generelt om krav til internkontroll er kjent i virksomheten og om sentrale føringer knyttet til for eksempel de etiske retningslinjer er kommunisert
- Fremskaffe informasjon om utvalgte områder som for eksempel HMS, offentlige anskaffelser og lignende ved å få orientering om og innsyn i system og rutiner
- Få innspill til kontrollutvalgets risikoanalyser og planarbeid

Høring

Kontrollutvalget har i henhold til kommuneloven en rett til å gjennomføre kontrollmessige undersøkelser innenfor kommunens ansvarsområde. Kontrollutvalget kan gjennomføre høringer. Høringer finner sted i forbindelse med møter i kontrollutvalget, der kontrollutvalget i møte skaffer seg informasjon i en sak ved å be bestemte personer om å uttale seg muntlig, på spørsmål fra medlemmene. Hensikten med høring er å skaffe seg direkte informasjon fra aktørene i saken for å klarlegge saksforholdet så godt som mulig. Høring er ressurskrevende og mest egnet til å avdekke hva som har skjedd i en enkelt sak.

Utvalgets faglige oppdatering

Medlemmene i kontrollutvalget får tilbud om å delta på faglige samlinger.

Kontrollutvalgets arkiv

Kontrollutvalget skal ha eget sak/arkiv system og sekretariatet ivaretar på vegne av kontrollutvalget det daglige arkivarbeidet, etter arkivloven med forskrifter.

KONTROLL OG TILSYN- BUDSJETT 2026

Kontrollutvalget utarbeider forslag til budsjett for kontrollutvalget. Budsjettet ble behandlet av kontrollutvalget i møte 06.10.2025 – sak 30/25. Budsjettet legger rammer for kontrollutvalgets egen aktivitet og kostnadene til revisjon og sekretariat. Kontrollutvalgets totale budsjetttramme er foreslått satt til kr 1.275.000:

Regnskaps- og forvaltningsrevisjon, selskapskontroll	Kr 972 000
Sekretærbistand	Kr 229 000
Kurs og opplæring, andre driftsutgifter	Kr 74 000
Sum	Kr 1.275.000

PLAN FOR MØTEVIRKSOMHETEN I 2026

Kontrollutvalgets møteplan for 2026 fastsettes i egen sak. Det har de siste årene vært 5 planlagte møter, med 3 på våren og 2 på høsten. Dette foreslås videreført.

Kontrollutvalgets årsplan 2026					
Aktiviteter og saker	1	2	3	4	5
Protokoll	X	X	X	X	X
Redegjørelse fra administrasjonen i aktuelle saker	X	X	X	X	X
Dialog med revisor	X	X	X	X	X
Orienteringer	X	X	X	X	X
Rapport eierskapskontroll/forvaltningsrevisjon Salten Brann	(X)	X			
Rapport forvaltningsrevisjon Kompetanse, rekruttering, arbeidsmiljø	X	(X)			
Drøfting/bestilling ny forvaltningsrevisjon (Informasjonssikkerhet? eller grunnskole?)	X	X			
Rapport ny forvaltningsrevisjon					X
Oppfølging forvaltningsrevisjon Samisk språkforvaltning	X				
Orientering om økonomiforvaltning og oppfølging av revisjonsmerknader					X
Reglement for kontrollutvalget			X		
Uttalelse til kommuneregnskapet for 2025			X		
Etterlevelseskontroll				X	
Revisors erklæring om egen uavhengighet				X	
Virksomhetsplan 2027					X
Kontrollutvalgets årsrapport 2026					X
Møteplan 2027					X
Budsjett for kontroll og tilsyn 2027				X	



SAK 42/25

Fastsetting av neste møtedato

Saksgang:
Kontrollutvalget

Møtedato:
03.11.2025

Vedlegg:
• Ingen

Bakgrunn for saken:

Kontrollutvalgets møteplan har til enhver tid vært styrt av og tilpasset kommunestyrets møteplan. Kommunestyret og øvrige utvalg har ikke vedtatt sin møteplan for 2026, så kontrollutvalget bør avvente med å fastsette sin samlede møteplan til dette er klart.

I virksomhetsplanen er det foreslått tre møter i vårhalvåret. Det første møtet for året har vanligvis vært i perioden omkring månedsskiftet januar/februar.

Kommunestyrets møter legges vanligvis til tirsdager eller torsdager.

Samlet møteplan for året kan behandles som skriftlig sak, eller behandles i neste ordinære møte.

Forslag til vedtak:

Kontrollutvalget avholder neste ordinære møte mandag 26. januar 2026.

Røkland, 27. oktober 2025

Ronny Seljeseth
Sekretær for kontrollutvalget

SAK 43/25**Orienteringer****Saksgang:**
Kontrollutvalget**Møtedato:**
03.11.2025**Vedlegg:**

- a) Statsforvalteren i Nordland, 06.10.2025. Forvaltningskontroll Hamarøy kommune. Kontroll av produksjonstilskudd og avløsertilskudd i jordbruket 2024 og regionale miljøtilskudd 2024.

Bakgrunn for saken:

Mottatte og aktuelle dokumenter og henvendelser legges frem for kontrollutvalget til orientering, og vurdering av eventuell oppfølging. I tillegg til brev og andre henvendelser vil dette gjelde

- Innkallinger til representantskap og generalforsamlinger
- Uttalelser, tolkninger og annet fagstoff fra departement og interesseorganisasjoner innen kontroll og tilsyn (FKT og NKRF)
- Rapporter etter statlige tilsyn

Vedlegg a: Statsforvalteren i Nordland har gjennomført kontroll kommunens forvaltning av produksjonstilskudd og avløsertilskudd i jordbruket, og regionale miljøtilskudd for søknadsomgangen 2024. Tema for kontrollen har vært kommunens saksbehandling og kontroll. Med saksbehandling og kontroll menes hele prosessen som fører frem til et vedtak, herunder gjennomgang av søknadene, vurdering av maskinelle kontroller, risikobasert kontroll og vurdering av om tilskuddet skal avkortes. Det ble funnet 8 avvik og gitt 1 merknad.

Røkland, 27. oktober 2025

Ronny Seljeseth
Sekretær for kontrollutvalget



Statsforvalteren i Nordland

*Nordlaanten Staatehaaltoje
Nordlánda Stáhtaháldadiddje*

Rapport oktober 2025

Forvaltningskontroll Hamarøy kommune

Kontroll av produksjonstilskudd og avløsertilskudd i jordbruket 2024 og
Regionale miljøtilskudd 2024



Rapport etter forvaltningskontroll

Rapportdato:	06.10.2025
Vår referanse:	2025/6610
Ordning:	Produksjonstilskudd og avløsertilskudd i landbruket og Regionale miljøtilskudd
Kontrolldato:	25.09.2025
Embete:	Statsforvalteren i Nordland
Til stede under kontrollen: Syed M. Hasnain, rådgiver Børre M. Johansen, kommunalleder teknisk drift og samfunn Statsforvalteren i Nordland: Svein Rølvåg Jenssen, seniorrådgiver Marianne Olsen, seniorrådgiver	Leder for kontrollen: Svein Rølvåg Jenssen, seniorrådgiver
Rapport utarbeidet av:	Svein Rølvåg Jenssen og Marianne Olsen

Innhold

Innledning.....	2
Begrepsavklaring.....	3
Lovgrunnlag.....	3
Gjennomføring av kontrollen.....	4
Generelle merknader.....	4
Registrerte avvik.....	6
Registrerte merknader.....	8

Innledning

Statsforvalteren i Nordland har gjennomført en forvaltningskontroll av Hamarøy kommunes forvaltning av produksjonstilskudd og avløsertilskudd i jordbruket, og regionale miljøtilskudd for

søknadsomgangen 2024. Tema for kontrollen har vært kommunens saksbehandling og kontroll. Med saksbehandling og kontroll menes hele prosessen som fører frem til et vedtak, herunder gjennomgang av søknadene, vurdering av maskinelle kontroller, risikobasert kontroll og vurdering av om tilskuddet skal avkortes.

Foretak som kommunen har trukket ut til risikobasert kontroll for søknadsomgangen 2024, har også vært gjenstand for kontrollen. Videre har vi sett på søknader med avvik mellom omsøkte og godkjente tilskuddsbeløp fordelt på ulike tilskuddsordninger, samt saker med avkorting.

Begrepsavklaring

Hvis kontrollen avdekker mangler i kommunens forvaltning av ordningen, skal disse klassifiseres som avvik eller merknad.

Funn er de faktiske forhold som avdekkes under Statsforvalterens kontroll. Disse kategoriseres som generelle kommentarer, avvik eller merknader i kontrollrapporten.

Generelle kommentarer beskriver det vi mener er verdt å bemerke om kommunens forvaltning av de kontrollerte tilskudd utenom avvik og merknader.

Avvik er brudd på formelle krav fastsatt i lover, forskrifter, rundskriv eller jordbruksavtalen.

Merknad er forhold som vi mener det er nødvendig å påpeke for å sikre god forvaltning av kontrollerte ordninger.

Avkorting innebærer at det foretas en reduksjon i tilskuddet foretaket i utgangspunktet hadde rett på. En retting av søknaden i samsvar med de faktiske forhold hos foretaket er ikke en avkorting. En eventuell avkorting må komme i tillegg til oppretting av søknaden/utbetalingen.

Grunnlag for kontrollen

Kommunen har tilskuddsforvaltningen av produksjonstilskudd og avløsningstilskudd, regionale miljøtilskudd på vegne av staten. Statsforvalteren har det regionale ansvaret for å sikre at statlige midler forvaltes i samsvar med forutsetningene. Statsforvalteren kan kontrollere hvordan kommunen forvalter tilskudd med utgangspunkt i Reglement for økonomistyring i staten, §§ 14 og 15.

For å sikre korrekt saksbehandling skal tilskuddsforvalteren ha etablert systemer, rutiner og tiltak som blant annet har til hensikt å forebygge, avdekke og korrigere feil og mangler.

Lovgrunnlag

- ✓ [Jordloven](#)
- ✓ [Forvaltningsloven](#)
- ✓ [Statens økonomireglement](#)
- ✓ [Forskrift om produksjonstilskudd og avløsertilskudd i jordbruket](#)
- ✓ [Forskrift om regionale miljøtilskudd i jordbruket, Nordland](#)
- ✓ [Forskrift om gjødslingsplanlegging](#)
- ✓ [Jordbruksavtale 2024-2025](#)
- ✓ [Rundskriv 2024/29 Produksjonstilskudd og avløsertilskudd – kommentarer til regelverk](#)
- ✓ [Rundskriv 2024/30 Produksjonstilskudd og avløsertilskudd - forvaltningsansvar og saksbehandling](#)

- ✓ [Rundskriv 2024/17 - Regionalt miljøtilskudd i jordbruket \(RMP\) – forvaltningsansvar og saksbehandling](#)
- ✓ [Instruks for regionale miljøtilskudd i 2023 - 2027](#)
- ✓ [Veileder for regionale miljøtilskudd i jordbruket i Nordland, søknadsomgangen 2024. Versjon 1/2024, 28 juni 2024](#)

Gjennomføring av kontrollen

Forvaltningskontrollen er gjennomført som et besøk hos kommunen. Statsforvalteren ba i brev av 26.08.2025 om å få følgende dokumenter tilsendt i forkant av kontrollen:

4

- ✓ Navn på kontaktperson for kontrollen
- ✓ Navn på medarbeidere som skal delta under kontrollen
- ✓ Følgende dokumenter
 - Delegeringsreglement
 - Habilitetsrutiner
 - Saksbehandlingsrutiner for produksjonstilskudd og avløsertilskudd, og regionalt miljøtilskudd i jordbruket (RMP)
 - Kontrollplan for produksjonstilskudd og kommunens risikovurdering/kontrollplan for RMP, søknadsomgangen 2024
 - Dokumenter som er innhentet i forbindelse med risikobasert kontroll av søknadsomgangen 2024, og som ikke er lastet inn i eStil PT.
 - Alle dokumenter som er innhentet i forbindelse med saksbehandling av regionale miljøtilskudd søknadsomgangen 2024
 - Rutine for ajourhold av AR5

Vi fikk 05.09.2025 tilsendt aktuelle dokumenter fra Kommunen.

Kontrolldagen

Kontrolldagen med besøk hos kommunen besto av åpningsmøte hvor kommunalleder teknisk drift og samfunn, og kommunens landbruksrådgiver deltok.

Leder for kontrollen informerte om bakgrunnen for kontrollen. Det ble presentert en oversikt over beløp som kommunen forvaltet på de ulike tilskuddsordningene på landbruksområdet i 2024.

Det ble gjennomført intervju med saksbehandler for de kontrollerte ordningene. Dagen ble avsluttet med et sluttmøte der kommunalleder, og kommunens landbruksrådgiver deltok.

En foreløpig kontrollrapport ble gjennomgått og rapporten ble signert av kommunens representanter og leder for kontrollen.

Generelle merknader

Det var totalt 29 foretak som søkte produksjons- og avløsertilskudd, 5 foretak søkte regionale miljøtilskudd og 1 foretak søkte tilskudd til drift av beitelag i Hamarøy kommune søknadsomgangen 2024. Totalt sett ble det forvaltet tilskudd på landbruksområdet i størrelsesorden 18,3 MNOK i kommunen i 2024. Produksjonstilskudd og avløsertilskudd utgjør 16,3 MNOK av dette og regionale miljøtilskudd og tilskudd til drift av beitelag 0,2 MNOK.

Funn i kontrollen

Kommunen har kontrollert tre søknader om produksjons- og avløsertilskudd og en søknad om regionale miljøtilskudd. Minstekravet til risikobasert kontroll er ivaretatt på begge de kontrollerte ordningene.

Det er utarbeidet rutinebeskrivelse for kontinuerlig ajourhold av AR5, og kommunen har en veileder for saksbehandling som også omhandler habilitet.

For de kontrollerte ordningene har kommunen en rutine som dekker ordningene produksjons og avløsertilskudd, samt regionale miljøtilskudd. Av dokumentet fremgår det ikke når rutinen er utarbeidet, tidspunkt for eventuelle revisjoner, eller om den er internt godkjent. Kommunen opplyste om at rutinene ble lastet opp i kommunens internkontrollsystem Compilo i løpet av kontrolldagen.

Rutinen dekker de to største ordningene kommunen forvalter på landbruk. En del av punktene i dokumentet er utdatert, og det er behov for oppdatering.

I forbindelse med gjennomgangen av kommunens saksbehandling er det funnet flere avvik. Rutinen er lite detaljert og det bør vurderes om dokumentet i sin nåværende form, gir nødvendig støtte i saksbehandlingen.

Søknader behandles av saksbehandler og godkjennes av leder for teknisk drift og samfunn. Det fremgår av delegeringsreglementet at myndighet til å fatte vedtak i alle enkeltsaker som ikke er av prinsipiell betydning er delegert til kommunedirektøren. Budsjett disponeringsmyndigheten er imidlertid ikke videredelegert til godkjenner av vedtak.

Det er i saksbehandlingsrundskrivet for produksjonstilskudd klargjort at det før hver søknadsomgang skal utarbeides en plan for kontroll av søknadsopplysninger. Formålet med kontrollplanen er å sikre at kontrollinnsatsen rettes mot søknadsopplysningene som kommunen vurderer det er størst risiko for feil ved. Når saksbehandlingen starter vil kontrollplanen gi retningslinjer for hvilke søknadsopplysninger/foretak som skal prioriteres for kontroll. Tilsvarende krav gjelder for risikovurdering i ordningen regionale miljøtilskudd.

Kommunen har en mal for kontrollplan for produksjonstilskudd, men det er ikke gjort nødvendige risikovurderinger i denne malen. Utplukk til kontroll er registrert inn i dette dokumentet for produksjonstilskudd, men utplukket er ikke begrunnet. Det er ikke gjort skriftlige risikovurderinger for regionale miljøtilskudd. Kommunens saksbehandler informerer om at de siste to årene er nye søkere trukket ut til kontroll, men begrunnelsen for utplukk er ikke skriftliggjort.

Det er kun foretak som driver vanlig jordbruksproduksjon som er berettiget produksjonstilskudd og avløsertilskudd. Vilåret skal vurderes for hele søknadsåret under ett, og i lys av hva som er normalt for den enkelte produksjonen som vurderes. I begrepet vanlig jordbruksproduksjon ligger det at hver enkelt produksjon holdes opp mot en god agronomisk praksis og godt husdyrhold. Produksjonen må videre ha et næringsmessig preg, og leveransene fra produksjonen skal stå i samsvar med antall dyr, eller størrelsen på arealet, det søkes tilskudd for. Kommunen har ikke gjort skriftlig vurdering av grunnvilkåret om vanlig jordbruksproduksjon, i saker der dette skulle vært gjort.

Kommunen avkorter med 20% av areal- og kulturlandskapstilskuddet i tilfeller der det ikke foreligger gjødslingsplan. I tilfeller der gjødslingsplanen ikke er i tråd med § 3 i forskrift om gjødslingsplanlegging skal det avkortes i produksjonstilskudd. Regionale miljøtilskudd kan avkortes dersom søker mangler, eller har mangelfull gjødslingsplan. Siden dette tilskuddet er et miljøtilskudd skal reaksjonen være strengere enn det som er fastsatt i produksjonstilskuddet. For regionale miljøtilskudd kan det avkortes inntil 100 prosent av det samlede tilskuddet dersom gjødslingsplan mangler, og inntil 50 prosent for mangelfull gjødslingsplan. Mangelfull gjødslingsplan har ikke medført reaksjon i produksjonstilskudd og regionale miljøtilskudd. Det er i flere tilfeller ikke innhentet tilstrekkelig informasjon for å vurdere om gjødslingsplanen har mangler.

I tilfeller der søker uaktsomt har gitt feilopplysninger som har, eller kunne ha medført urettmessig utbetaling av tilskudd, kan det avkortes i tilskuddet etter § 12. Selv om dette er en kan-bestemmelse, er det klare utgangspunkt at det skal avkortes dersom det uaktsomt er gitt feilopplysninger. Det er likelydende bestemmelser i både produksjons- og avløsertilskudd og regionale miljøtilskudd. Kommunen har ikke fulgt retningslinjene for avkorting ved feilopplysninger, og det er heller ikke gjort skriftlig vurdering av avkorting i disse tilfellene. Kommunen må endre sin praksis når det gjelder avkorting ved feilopplysning, og det anbefales at det sendes ut informasjon om dette til søkerne før søknadsfristen i oktober.

Hvis søker har gitt en feilopplysning som gir en lavere utbetaling enn de faktiske forhold gir grunn for, er hovedregelen at saksbehandler ikke skal endre slik at godkjente opplysninger blir høyere enn det som er omsøkt. Kommunen har i enkeltsaker økt tilskuddet til gunst for søker. Dette er i strid med retningslinjene.

Ved stedlig kontroll tas det muntlig kontakt med søker for å avtale tidspunkt. Ved oppstart av kontroll gis søker informasjon om kontrollen. Informasjonen kommunen gir er mangelfull i forhold til de formelle krav som foreligger.

Ved gjennomgang av de ulike miljøtilskuddene som er innvilget i Hamarøy kommune har saksbehandlingen vært mangelfull. For eksempel er det godkjent tilskudd til lokalt verdifullt jordbrukslandskap som ikke er på vedlegget til forskriften. Når det gjelder tilskudd til bratt areal er det ikke vurdert opp mot helling i kart, men sett på hva som er godkjent av tidligere saksbehandler. Det er viktig at de vurderinger som gjøres, er i tråd med forskrift og rundskriv for den aktuelle ordningen.

Vi har funnet 8 avvik, og 1 merknad i kontrollen.

Registrerte avvik

Følgende avvik er registrert etter kontrollen.

Avvik 1	Godkjenner er ikke delegert budsjett disponeringsmyndighet
Referanse	Bestemmelser om økonomistyring i staten, punkt 2.5.2.1
Kommentar	I delegeringsreglementet er myndighet til å fatte vedtak i enkeltsaker uten prinsipiell betydning delegert til kommunedirektøren. Det foreligger ingen delegering til leder for teknisk drift og samfunn.

Avvik 2	Kommunens kontrollplan er mangelfull for produksjons- og avløsertilskudd og det mangler nødvendige risikovurderinger for regionale miljøtilskudd
Referanse	Rundskriv 2024/30 Produksjonstilskudd og avløsertilskudd – forvaltningsansvar og saksbehandling, kap. 5 Rundskriv 2024/17 Regionalt miljøtilskudd – forvaltningsansvar og saksbehandling, kap. 7.2
Kommentar	Kommunen har en mal for kontrollplan for produksjons- og avløsertilskudd. Kommunens risikovurderinger er ikke dokumentert i denne malen. Kontrollplanen skal være utarbeidet før saksbehandlingen av søknadsomgangen starter, og være styrende for hvilke foretak som trekkes ut til kontroll. Kommunen har ikke skriftliggjort nødvendige risikovurderinger for regionale miljøtilskudd.

Avvik 3	Manglende vurdering av vanlig jordbruksproduksjon
Referanse	Forskrift om produksjonstilskudd og avløsertilskudd, § 2
Kommentar	I sak hvor det er søkt tilskudd til søyer uten at det er levert lam til slakt foreligger det ikke skriftlig vurdering av grunnvilkåret om vanlig jordbruksproduksjon.

Avvik 4	Kommuner øker tilskuddet til gunst for søker
Referanse	Rundskriv 2024/30 Produksjonstilskudd og avløsertilskudd - forvaltningsansvar og saksbehandling, kap. 6.7
Kommentar	Hvis søker har gitt en feilopplysning som gir en lavere utbetaling enn de faktiske forhold gir grunn for, er hovedregelen at saksbehandler ikke skal endre slik at godkjente opplysninger blir høyere enn det som er omsøkt.

Avvik 5	Kommunen avkorter ikke ved feilopplysning
Referanse	Forskrift om produksjonstilskudd og avløsertilskudd, § 12 Rundskriv 2024/29, § 12 Forskrift om regionale miljøtilskudd i jordbruket, Nordland, § 34 Rundskriv 2024/17 - Regionalt miljøtilskudd i jordbruket (RMP) - forvaltningsansvar og saksbehandling, kap. 6.2.10
Kommentar	Det følger av § 12 at det kan avkortes i tilskudd når det uaktsomt er gitt feilopplysninger som har eller kunne ha medført uberettiget utbetaling av tilskudd. Det klare utgangspunkt er at det skal avkortes dersom søker var uaktsom når han eller hun ga feilopplysningene. Søkere av tilskudd er selvstendig næringsdrivende. Det stilles strenge krav til aktsomheten, og det forventes f.eks. at søker har full kontroll over hvor mange dyr de har på telledato og hvilke arealer de har drevet. Kommunen følger ikke retningslinjene for avkorting i de kontrollerte ordninger.

Avvik 6	Kommunen avkorter ikke etter § 11 andre ledd ved gjødslingsplan med mangler, og det innhentes ikke tilstrekkelig dokumentasjon for å avgjøre om gjødslingsplanen har mangler
Referanse	Forskrift om produksjonstilskudd og avløsertilskudd, § 11, andre ledd Forskrift om gjødslingsplanlegging, § 3 Forskrift om regionale miljøtilskudd i jordbruket, Nordland, § 33, bokstav b
Kommentar	Kommunen har kontrollert gjødslingsplaner uten at det er avkortet når gjødslingsplanen ikke omfatter alt omsøkt areal. Det er ikke innhentet opplysninger om når jordprøver er tatt.

Avvik 7	Varsel om stedlig kontroll av produksjonstilskudd og avløsertilskudd og regionale miljøtilskudd har mangler
Referanse	Rundskriv 2024/30 Produksjonstilskudd og avløsertilskudd - forvaltningsansvar og saksbehandling, punkt 6.2.4.1 Rundskriv 2024/17 - Regionalt miljøtilskudd i jordbruket (RMP) - forvaltningsansvar og saksbehandling, punkt 7.3.5
Kommentar	Saksbehandler avtaler tidspunkt for kontroll med søkeren. Avtalen bør bekreftes skriftlig sammen med informasjon om kontrollen.

	Saksbehandler skal informere søker om ✓ hjemmel for kontroll - forskriftens § 10 ✓ formålet med kontrollen; å sikre rett utbetaling av tilskudd ✓ hva som skal kontrolleres eventuell dokumentasjon søkeren skal legge frem under kontrollen ✓ tidspunkt for kontrollen ✓ søkers plikter, slik som samarbeid ved å utlevere nødvendig dokumentasjon og gi nødvendig tilgang til driftsbygninger o.l. for gjennomføring av kontroll ✓ at innehaver, daglig leder eller en person som forplikter søkeren bør være til stede under kontroll ✓ søkers rettigheter, herunder retten til å klage på beslutningen om at det skal foretas kontroll, jf. forvaltningsloven § 15 fjerde ledd, og at klagen må fremsettes straks retten til å ha et vitne til stede under kontrollen ✓ konsekvenser ved manglende samarbeid at vedtak og utbetaling av tilskudd kan bli utsatt og/eller at tilskuddet kan avkortes eller avslås dersom søker motsetter seg kontroll Hvis det er risiko for at søkeren vil endre på de faktiske forhold før kontrollen gjennomføres, kan kontrollen skje ved uanmeldt oppmøte. Også ved uanmeldt kontroll bør skriftlig informasjon om kontrollen gis til søkeren ved oppmøte.
--	---

Avvik 8	I saksbehandlingen av regionale miljøtilskudd er vilkårene for de ulike tilskuddene ikke tilstrekkelig vurdert
Referanse	Forskrift om regionale miljøtilskudd i jordbruket, Nordland
Kommentar	I saksbehandlingen er ikke søknader vurdert opp mot forskrift og rundskriv i tilstrekkelig grad.

Registrerte merknader

Følgende merknad er registrert etter kontrollen.

Merknad 1	Kommunen må oppdatere saksbehandlingsrutinen for de kontrollerte ordningene
Referanse	Reglement for økonomistyring i staten, § 14 Bestemmelser om økonomistyring, punkt 2.4 og 6.3.8.1
Kommentar	En del av punktene i dokumentet er utdatert, og det er behov for oppdatering. Rutinen er lite detaljert og det bør vurderes om dokumentet i sin nåværende form, gir nødvendig støtte i saksbehandlingen.

STATSFORVALTEREN I NORDLAND

Fridtjof Nansens vei 11, Pb 1405, 8002 Bodø || sfnopost@statsforvalteren.no || www.statsforvalteren.no/nordland





SAK 44/25

Eventuelt

Saksgang:
Kontrollutvalget

Møtedato:
03.11.2025

Vedlegg:

Forslag til vedtak:

Røkland, 27. oktober 2025

Ronny Seljeseth
Sekretær for kontrollutvalget

SAK 45/25

Oppfølging av kommunestyrets vedtak sak 141/25 Forvaltningsrevisjon fra 2021 – Ledelse og styring

Saksgang:
Kontrollutvalget**Møtedato:**
03.11.2025**Vedlegg:**

- a) Salten kommunerevisjon IKS, 17. november 2020: Rapport forvaltningsrevisjon Ledelse og styring/sykefraværsoppfølging
- b) Hamarøy kommunestyre 30.10.2025, sak 141/25. Forvaltningsrevisjon fra 2021 - Ledelse og styring, inkludert sykefraværsoppfølging

Bakgrunn for saken:

Saken er satt på dagsorden etter avklaring med kontrollutvalgets leder og fremmes som ekstrasak etter at opprinnelig innkalling er sendt ut. Fra kommuneloven §11-3: *Et folkevalgt organ kan fatte vedtak i en sak som ikke er oppført på sakslisten, hvis ikke møtelederen eller minst 1/3 av de møtende medlemmene motsetter seg det. På tilsvarende måte kan organet fatte vedtak i en sak der saksdokumentene ikke er sendt ut sammen med innkallingen, hvis ikke møtelederen eller minst 1/3 av de møtende medlemmene motsetter seg det.*

Kommunestyret har i møte 30.10.2025 sak 141/25, blitt orientert om en tidligere forvaltningsrevisjon fra 2020 med tema Ledelse, styring og sykefraværsoppfølging innen helse og omsorg. Det heter i saksfremlegget at formålet med saken er å orientere kommunestyret om revisjonen som ble gjennomført i forrige kommunestyreperiode, og foreslå at kommunestyret vurderer å be kontrollutvalget om å gjennomføre en ny oppfølging av punktene fra opprinnelig vedtak i saken. Dette ble så vedtatt (endelig protokoll fra kommunestyret ettersendes når denne er klar).

Det heter i kommuneloven §23-1 at kontrollutvalget fører løpende kontroll på kommunestyrets vegne. Ved at kontrollutvalget arbeider på oppdrag for kommunestyret, er det derfor på det rene at kommunestyret kan be kontrollutvalget utføre kontrollhandlinger etter deres anmodning.

Vurderinger:

Rapport fra forvaltningsrevisjonen ble utferdiget 17.11.2020. Revisor konkluderte den gang at kommunen i noen grad har et betryggende system for styring og ledelse i helse og velferdssektoren og i liten grad følger opp sine plikter innen sykefraværsoppfølging. Det ble gitt 5 anbefalinger om at:

1. Hamarøy kommune lager mål for virksomhetene, som jevnlig følges opp av lederne.
2. Hamarøy kommune sikrer at avviksbehandlingen blir gjennomført slik lovverket tilsier
3. Hamarøy kommune systematisk innhenter forslag til forbedring fra ansatte og brukere/pårørende
4. Hamarøy kommune lager rutiner som sørger for at hele styringssystemet gjennomgås minst en gang i året
5. Hamarøy kommune sørger for at sykefraværsoppfølgingen blir gjennomført slik lovverket tilsier

Kommunestyret vedtok så følgende i sak 22/21:

1. Forvaltningsrevisjonsrapporten Ledelse og styring/sykefraværsoppfølging er forelagt kommunestyret i Hamarøy og tas til etterretning.
2. Kommunestyret ber kommunedirektøren merke seg rapportens anbefalinger.
3. Kommunestyret vil trekke frem rapportens anbefaling 2, 3 og 5 for særskilt oppfølging.
4. Kommunestyret ber kontrollutvalget gjennomføre en oppfølging av kommunestyrets vedtak innen sommeren 2021.

Kontrollutvalget gjorde to oppfølginger av saken, i møter 20.08.2021 og 22.08.2022. Vedtak fra siste møte:

1. Kontrollutvalget har i medhold av Forskrift om kontrollutvalg § 5 gjennomført en oppfølging av kommunestyrets vedtak i sak 22/2021 Rapport forvaltningsrevisjon: Ledelse og styring/sykefraværsoppfølging
2. Administrasjonen har redegjort for på hvilken måte kommunestyrets vedtak er fulgt opp. Kontrollutvalget registrerer at det jobbes systematisk og godt med punktene i forvaltningsrevisjonsrapporten og at kommunestyrets vedtak i stor grad er fulgt opp.
3. Kontrollutvalgets vedtak, vedlagt brev datert 18.8.2022 fra administrasjonen, oversendes kommunestyret til orientering.

Kontrollutvalget anså altså at rapportens anbefalinger var fulgt opp og avsluttet videre oppfølging etter møtet august 2022. Samtidig kan anbefalingene anses å ha en allmenngyldig relevans, slik at de er godt egnet for oppfølging også etter dette. Utvikling i sektoren og andre forhold kan tilsi at det er behov for å gjøre en ny kontroll.

Basert på innhold i rapporten og vedtak fra kommunestyret, bes kontrollutvalget planlegge videre kontrollhandlinger.

Forslag til vedtak:

Kontrollutvalget viser til vedtak i kommunestyret sak 141/25 og vil gjøre ny oppfølging av forvaltningsrevisjon Ledelse, styring og sykefraværsoppfølging i Helse- og omsorgsektoren i neste møte.

Røkland, 31. oktober 2025

Ronny Seljeseth
Sekretær for kontrollutvalget



Forvaltningsrevisjon

***Ledelse og
styring/syke-
fraværsoppfølging***

Hamarøy kommune

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 Vegard Gamst - jurist, alle med bred erfaringsbakgrunn fra både offentlig- og privat virksomhet.

Forvaltningsrevisjon er en pålagt oppgave i henhold til kommunelovens §23-2 første ledd c). 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 Hamarøy kommune vedtok i møte 22. juni 2020 om å gjennomføre en undersøkelse av ledelse/styring og sykefraværsoppfølging i kommunen. Denne rapporten oppsummerer resultatene fra undersøkelsen. Ansvarlig for gjennomføring av undersøkelsen har vært forvaltningsrevisor Mailen Evjen

Bodø, den 17.11.2020.



Forvaltningsrevisor



Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Innholdsfortegnelse

FORORD	2
SAMMENDRAG	4
1 INNLEDNING	6
1.1 KONTROLLUTVALGETS BESTILLING OG BAKGRUNN	10
1.2 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER	10
1.2.1 Problemstilling	10
1.2.2 Revisjonskriterier	10
1.3 METODE OG AVGRENSNING	11
2 UTLEDEDE REVISJONSKRITERIER OG FAKTA	14
2.1 PROBLEMSTILLING 1	15
3 Konklusjon og anbefaling	41
3.1 KONKLUSJON	41
3.2 ANBEFALINGER	42
5 KOMMUNEDIREKTØRENS KOMMENTAR	43
5.1 BEMERKNINGER TIL KOMMUNEDIREKTØRENS KOMMENTAR	43
6 LITTERATUR OG KILDEREFERANSER	44
LOVER OG FORSKRIFTER	44
OFFENTLIGE DOKUMENTER	44
FIGUROVERSIKT	44
7 VEDLEGG	45
VEDLEGG 1. HØRINGSSVAR FRA KOMMUNEDIREKTØREN	45
VEDLEGG 2. UTLEDNING TIL REVISJONSKRITERIER	46

SAMMENDRAG

Salten kommunerevisjon IKS har i denne forvaltningsrevisjonen undersøkt om Hamarøy kommune har et betryggende system for ledelse og styring, samt undersøkt om lederne følger opp sine plikter innen sykefraværsoppfølging. For å avgrense problemstillingen skal revisjonen undersøke helse og velferdstjenesten.

I undersøkelsen ligger følgende problemstilling til grunn:

- 1. Har Hamarøy kommune et betryggende system for styring og ledelse i helse og velferdssektoren?**
- 2. I hvilken grad følger ledelsen i helse og velferdssektoren opp sine plikter innen sykefraværsoppfølging?**

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

Undersøkelsen er avgrenset til å se på deler av forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten. Sykefraværsoppfølgingen er avgrenset til å se på dokumentasjonsplikten til kommunen.

Slik revisjonen ser det har det vært ekstra utfordrende for kommunen i 2020. Det er flere faktorer som spiller inn. Sammenslåing av gamle Hamarøy kommune og deler av Tysfjord er et arbeid som krever både tid og ressurser. Covid-19 har også vært utfordrende for kommunen, som det har vært for hele Norge. Men kanskje særs for Hamarøy i denne fasen av sammenslåingen. I tillegg er det flere ledere som er sykemeldt og enkelte lederstillinger har vært vakant over lengre tid. Summen av dette har nok hatt betydning for kontinuiteten i det arbeidet som skulle vært gjort i forbindelse med sammenslåingen.

Det denne undersøkelsen viser er at det er flere punkter kommunen trenger å forbedre. Det som er positivt, er at de har satt i gang mye av dette arbeidet. Når det gjelder mål for virksomheten er dette arbeidet påbegynt. Når målene er på plass er det viktig at det kommer

rutiner for rapportering av dem oppover i organisasjonen. Når det gjelder arbeidsrutiner og prosedyrer for helse og velferdssektoren, har kommunen et system på dette som årlig blir revidert. Systemet er også kjent for de ansatte. Revisjonen mener dette er positivt.

Når det gjelder avviksbehandling har kommunen et system for det. Det som er mangelfullt, er oppfølgingen av avvik som blir meldt, herunder mangelen på korrigerende tiltak.

Ansattes medvirkning til forbedringsarbeid er en viktig del av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Revisjonen opplever at medvirkning blir ivaretatt i den daglige dialogen, men kan med fordel gjøres mer systematisk. Dette gjelder også i hvilken grad brukere og pårørende blir involvert i forbedringsarbeidet. Forskriften sier også at hele styringssystemet skal gjennomgås og vurderes årlig. Dette har ikke kommunen rutine på, men når det gjelder den årlige revideringen av rutiner/prosedyrer i Digi-pro blir dette gjort. Dette må overføres til å gjelde hele styringssystemet.

Når det gjelder sykefraværsoppfølging og dokumentasjon oppfyller ikke kommunen kravet i arbeidsmiljøloven.

Rapporten konkluderer med at kommunen i noen grad har et betryggende system for styring og ledelse i helse og velferdssektoren. Og den konkluderer med at ledelsen i helse og velferdssektoren i liten grad følger opp sine plikter innen sykefraværsoppfølging.

1 INNLEDNING

Ny kommunelov ble vedtatt av Stortinget i juni 2018 og inneholder en ny og mer omfattende regulering av internkontrollen enn kommuneloven av 1992. Ansvar for internkontrollen ligger hos kommunens ledelse, dvs. et overordnet ansvar hos kommunestyret og et gjennomføringsansvar hos kommunedirektøren. Kommunelovens nye internkontrollbestemmelse skal erstatte særlovgivningens bestemmelser om internkontroll rettet mot kommunesektoren (kommuneplikter). Hensikten er å gi en bedre, mer helhetlig og samlet regulering av internkontroll for kommunene. Med lik regulering for ulike sektorer er målet at det skal bli lettere å ta et mer helhetlig grep om internkontrollen i kommunen, og at internkontrollen kan styrkes gjennom et mer målrettet internkontrollarbeid. Målet for god internkontroll, som en del av kommunens samlede styring og ledelse, er å levere gode tjenester som er innenfor krav fastsatt i lover og forskrifter.

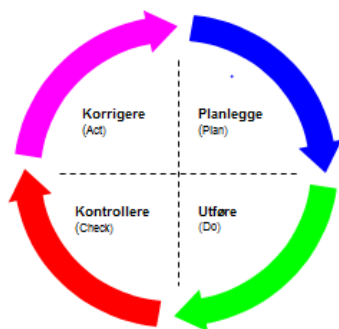
For forskriften legges til grunn at det er en forutsetning for å lede en virksomhet på en god og forsvarlig måte, at øverste leder sikrer at virksomhetens mål og resultater etterspørres og en tydelig fordeling av ansvar og oppgaver¹.

Dette betyr at internkontrollbestemmelser med kommuneplikter i særlovgivningen i hovedsak skal oppheves. Likevel har Stortinget besluttet at forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse – og omsorgstjenesten skal bestå.

Virksomheten 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. Her er Deminssirkel sentral.

¹ Innst. 322 L (2019-20)

Ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten per 1. januar 2017



Figur 1 Deminssirkel

Generelt om sykefraværet i Norge

Forskning ved Statens arbeidsmiljøinstitutt i 2009 antydte at det arbeidsrelaterte sykefraværet kan utgjøre så mye som 40% av det totale sykefraværet. De har også gjennomført forskning som sier at tendensen til å bli sykemeldt eller ufør kan gå i arv og dermed ha noe med holdninger å gjøre, men arbeidsrelatert sykefravær kan forebygges ².

I et notat om utviklingen av sykefravær 1. kvartal 2018³ fra NAV står det at siden IA-avtalen ble inngått i 2001 har sykefraværet gått ned omtrent 11,3% på landsbasis. De siste fem årene har sykefraværet vært tilnærmet uendret. Tiltak som har vært viktig for å få ned sykefraværet er blant annet økt fokus på gradering av sykemelding. I tillegg er det viktig å holde kontakten med arbeidsplassen ved sykemelding, da øker sjansen for å ikke falle ut av arbeidslivet på lengre sikt. Derfor skal arbeidsevne og aktivitet vektlegges i størst mulig grad.

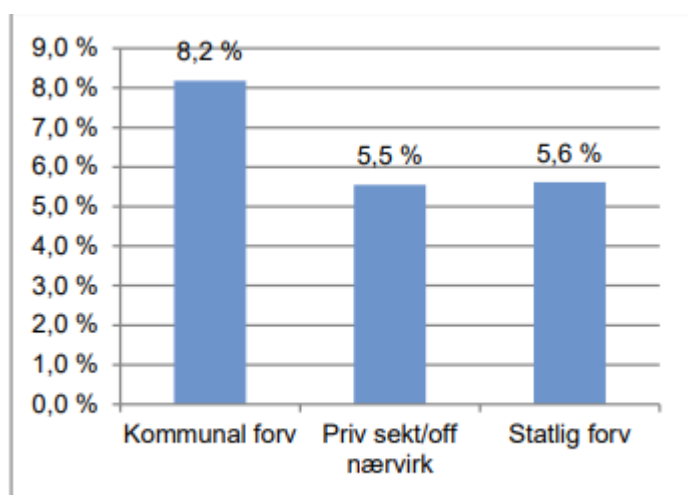
Det kan også være nyttfullt å ta med statistikk knyttet til sektor. Figur 1 viser legemeldt sykefravær etter sektor 1. kvartal 2020. Her ser vi at kommunal forvaltning ligger på 8,2 %, deretter statlig forvaltning med 5,6 % og privat sektor med 5,5 %. Ifølge notatet fra NAV viser analyser at forskjellen mellom privat og kommunal sektor skyldes primært alders- og

² Hjemmesiden til Statens arbeidsmiljøinstitutt (stami.no).

³ Skrevet av Terese Sundell.

kjønns sammensetningen blant de ansatte. Men at det gjenstår likevel en viss forskjell selv om det kontrolleres for yrker og utdanning⁴.

«Korttidsfraværet er klart høyere i både statlig og kommunal sektor, og det er mulig at antakelsen om at fravær har mer negative konsekvenser i privat sektor gjør at ansatte der derfor i større grad begrenser sitt sykefravær (Mastekåsa, 2016).» ⁵



Kilde: NAV og SSB

Figur 1: Legemeldt fravær etter sektor, 1. kvartal 2020. Prosent.

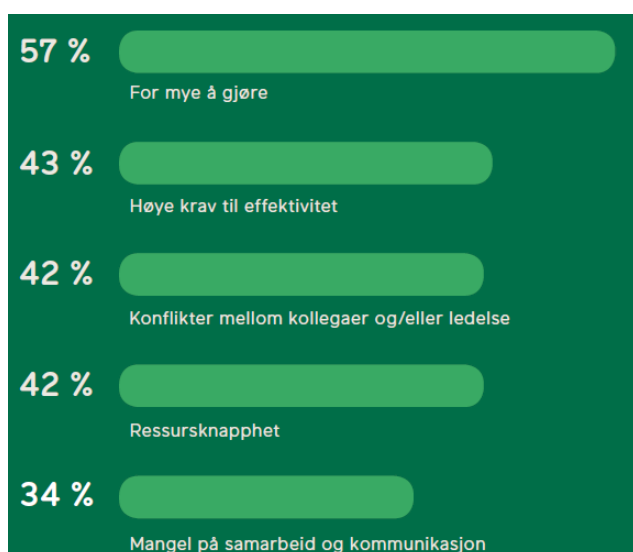
Stamina- Helse ga ut en Norsk jobbhelset-rapport om sykefravær juli 2019. Her har 2500 arbeidstakere i norske virksomheter svart på spørsmål om arbeidsliv og helse, med fokus på sykefravær. Det er enkelte punkter fra denne rapporten som er verdt å trekke frem.

På spørsmål når sykefraværet skyldes forhold på arbeidsplassen fremheves dette⁶:

⁴ Sykefraværnotat 1.kvartal 2020. Hentet fra nav.no.

⁵ Notat om utvikling i sykefravær 1. kvartal 2018.

⁶ Ansatte kunne sette flere svar ved dette spørsmålet.



Figur 2 Hentet fra Stamina Helse - jobbhelset rapport 2019.

Bedriftslege på stamina helse Hedda Goverud-Holm skriver i rapporten at utfordringene arbeidstakerne trekker frem viser behovet for at arbeidsdagen må organiseres på en måte hvor høye krav møtes med tilstrekkelig ressurser. Hun understreker i midlertidig betydningen av å kartlegge årsaksbildet for å forstå om utfordringen som identifiseres i seg selv er det reelle problemet eller en bakenforliggende faktor. Søvn- og sykefraværsekspert Lena D. Nesland fra Stamina Helse skriver at helheten kan ligge i detaljene. Hun mener at helhetstilnærmingen er en forutsetning for å finne løsninger som gir varig effekt for enkeltmennesker og som bidrar til robuste og sunne arbeidsmiljøer.

Når det gjelder sykefraværsoppfølging, stilles det i regelverket tydelige krav til arbeidsgiver. Arbeidsgiver skal følge opp og tilrettelegge for den som er syk eller skadet. Arbeidsgiver og arbeidstaker er hovedaktørene når det gjelder å få arbeidstaker tilbake i arbeid etter sykefravær. En god dialog, tidlig innsats og oppfølging av arbeidstaker er grunnleggende forutsetninger for å kunne iverksette vellykkede tilretteleggingstiltak⁷.

⁷ Prop.89 L. Endringer i arbeidsmiljøloven og folketrygdloven mv. (raskere oppfølging og sanksjonering av brudd på regelverket ved arbeidstakers sykdom).

1.1 Kontrollutvalgets bestilling og bakgrunn

På bakgrunn av overordnet analyse og plan for forvaltningsrevisjon har Salten kommunerevisjon IKS laget en prosjektplan datert 27.05.20. Kontrollutvalget i Hamarøy vedtok 22.06.20 en forvaltningsrevisjon av ledelse og styring/sykefraværsoppfølging i helse og velferdssektoren.

1.2 Problemstillinger og revisjonskriterier

Formålet med prosjektet er å få finne ut om kvaliteten innen styring og ledelse i kommunen følger gjeldene retningslinjer, samt å vurdere om ledelsen følger opp sine plikter vedrørende sykefraværsoppfølging.

1.2.1 Problemstilling

Av formålet har vi utledet følgende problemstillinger:

1. I hvilken grad har Hamarøy kommune et betryggende system for styring og ledelse i helse og velferdssektoren?
2. I hvilken grad følger ledelsen i helse og velferdssektoren opp sine plikter innen sykefraværsoppfølging?

1.2.2 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de krav og forventninger som den reviderte enhet i kommunen skal vurderes opp imot. Revisjonskriteriene danner grunnlaget revisjonen trenger for å vurdere om det foreligger avvik eller svakheter på det området som skal revideres.

Revisjonskriteriene er utledet fra følgende kilder:

- Kommuneloven
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Folketrygdloven

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

Utledningen av revisjonskriteriene følger i vedlegg 2. Revisjonskriteriene presenteres innledningsvis under behandlingen av problemstillingen.

1.3 Metode og avgrensning

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

Det er viktig med en god revisjonsdialog gjennom prosessen i en forvaltningsrevisjon, for å sikre dette gjennomførte revisjonen oppstartsmøte med representanter fra kommunen den 01.09.20 ved Hamarøy kommunehus. Her fikk de involverte informasjon om hva en forvaltningsrevisjon er, samt informasjon om hva revisjonen ønsket å undersøke i dette prosjektet. Vi snakket også om forventinger til hverandre igjennom denne prosessen.

Innsamlingen av data baserer seg på intervju med følgende personer:

- Daværende kommunalleder i helse og velferdssektoren (delvis sykemeldt)
- Avdelingsleder miljøtjenesten
- Hjemmetjenesten har to avdelingsledere. En på avdeling nord og en på avdeling sør. Revisjonen intervjuet avdelingslederen på avdeling sør, den andre avdelingslederen var sykemeldt under revisjonen.
- Sykehjemmet har også to ledere. En fagleder og en personalleder, men de er sluttet. Revisjonen har intervjuet konstituert fagleder (som også har fått personalansvar da personalleder er sykemeldt)
- Hovedverneombudet
- Nav-lederen
- Kommunedirektøren

I undersøkelsen er det også gått igjennom en god del skriftlig dokumentasjon, samt e-post utveksling med enhetsleder HR/lønn.

Spørreundersøkelse

Revisjonen har gjennomført en spørreundersøkelse som ble sendt ut til ansatte i hjemmetjenesten, sykehjemmet og miljøtjenesten. Den omhandlet tre hovedpunkter. Avviksbehandling, medvirkning og sykefraværsoppfølging. Undersøkelsen ble sendt til epost-adressene revisor mottok fra avdelingslederne på de tre avdelingene. Hjemmetjenesten nord og sør var det 57 ansatte, sykehjemmet 40 ansatte og 12 ansatte fra miljøtjenesten. Til sammen 109 ansatte. Revisor mottok en epostadresse til en ansatt etter spørreundersøkelsen var sendt ut. Denne epostadressen ble ikke med i undersøkelsen. Undersøkelsen er ikke sendt til avdelingslederne.

Revisor satte frist på 8 dager for å besvare undersøkelsen, og oppfordret avdelingslederne til å motivere ansatte å svare på undersøkelsen. Etter 8 dager var det få som hadde svart, og revisor sendte ut en ny epost til de som ikke hadde svart. Ny frist ble da fire dager frem i tid. Revisor lukket undersøkelsen etter 11 dager. Da var det 38 som hadde svart på undersøkelsen. Det utgjør en svarprosent på 35.

Revisor spurte avslutningsvis i undersøkelsen om de ansatte jobbet heltid eller deltid, samt spurte hvilken avdeling de jobbet på. Svarene viser at av de 38 som svarte på undersøkelsen var det 17 respondenter fra hjemmetjenesten (både nord og sør), 14 respondenter fra sykehjemmet og sju respondenter fra miljøtjenesten. Det var 32 som svarte de var heltidsansatte og 6 som svarte at de var deltidsansatte.

Stikkprøver av oppfølgingsplaner

Revisor etterspurte og mottok lister over de på avdelingen som har legemeldt sykefravær fra inneværende år 2020.

Listen viste at det var totalt var 71 ansatte som hadde hatt legemeldt sykefravær. Av de 71 ansatte var det 38 som hadde sykefravær helt eller delvis sammenhengende sykefravær mer enn fire uker. Arbeidsmiljøloven krever at arbeidsgiver innenfor denne fristen på fire uker i samarbeid med arbeidstaker skal utarbeide en oppfølgingsplan. Etter sju uker skal arbeidsgiver innkalle til dialogmøte om innholdet i oppfølgingsplanen. For å finne ut om arbeidsgiver har dokumenterte oppfølgingsplaner og eventuelt dialogmøter, tok revisor fire tilfeldige stikkprøver fra denne listen ved hver avdeling. Dette ble totalt 16 stikkprøver blant de 38 tilfellene som var sykemeldt mer enn 4 uker. Revisjonen mottok fire stikkprøver av de

16 etterspurte. Grunnen til dette er både at det var vanskelig å få tilgang til dokumentasjonen gjennom datasystemet *mitt nav* og mangel på opprettelse av dokumentasjon.

Revisjonen har undersøkt kommunens oppfølging av utvalgte deler av forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten. Undersøkelsen har i hatt størst vekt på de kriteriene som går på kommunens styringssystem.

Innhenting av informasjon ble gjort i perioden 01.09.20 til 29.10.20

Revisor legger til grunn at de fakta som er innsamlet gir tilstrekkelig grunnlag for å svare på problemstillingen.

2 Utledede revisjonskriterier og fakta

I dette kapitlet har vi utledet revisjonskriteriene som utgjør grunnlaget for å vurdere Hamarøy kommune sin praksis knyttet til ledelse og styring/sykefraværsoppfølging. Vi har deretter presentert fakta som skal gjenspeile Hamarøy kommune sin praksis.

Vi har for fremstillingens del valgt å sette opp revisors vurdering under hvert kriterie. Revisors vurdering er også lagt til etter hver faktadel. Konklusjonen i sin helhet finner du i kapitel 3.

Planlegging:

- Øverste leder skal sørge for at det settes opp mål for virksomheten
- Øverste leder skal jevnlig følge opp at resultater knyttet til målene følges opp av samtlige ledere
- Øverste leder skal ha oversikt over relevant regelverk og sørge for at dette er kjent for alle de ansatte
- Øverste leder skal sikre at virksomheten har oversikt over avvik og følger opp avvik meldt både fra ansatte og brukere

Gjennomføring:

- Øverste leder skal sørge for at alle medarbeiderne medvirker slik at en samlet kunnskap og erfaring kan utnyttes
- Øverste leder skal sørge for at pasienter, brukere og pårørende aktivt involveres i forbedringsarbeidet

Evaluerings:

- Øverste leder skal sørge for at hele styringssystemet gjennomgås og vurderes minst en gang i året

Korrigere:

- Øverste leder sørger for å lukke uforsvarlige og lovstridige forhold

2.1 Problemstilling 1

I hvilken grad har Hamarøy kommune et betryggende system for styring og ledelse i helse og velferdssektoren?

2.1.1 Faktadel

Innledning og informasjon om organisasjonen i den nye kommunen

Hamarøy kommune og vestsiden av Tysfjord kommune ble slått sammen til en kommune fra 1. januar 2020. Innbyggertallet i den nye kommunen er nå ca. 2800.

Målet for kommunereformen er ifølge regjeringen.no å få:

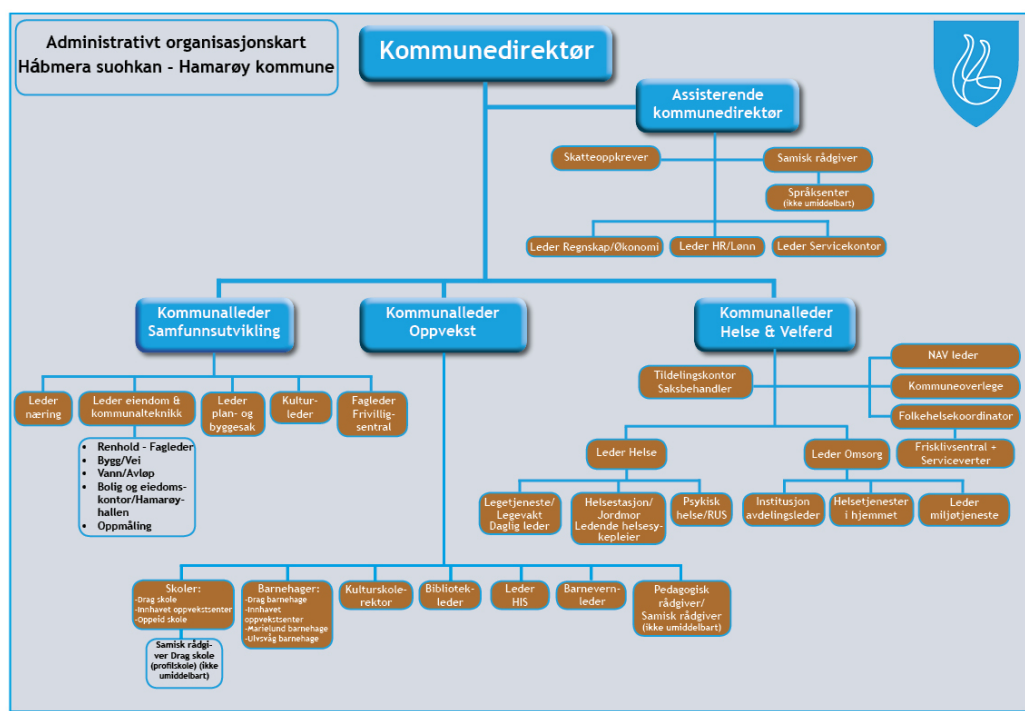
- Gode og likeverdige tjenester
- Helhetlig og bærekraftig samfunns- og næringsutvikling
- Bærekraftige og økonomisk robuste kommuner
- Styrket lokaldemokrati

I den nye kommunen er helse og velferdssektoren organisert gjennom tre nivåer.

Kommunedirektøren informerer revisjonen om at: *«Tanken med det var at denne nye kommunen skulle få en ledergruppe som fikk mulighet til å se opp og frem. Strategisk. I de gamle kommunene jobbet man jo veldig mye nedover i organisasjonen, med å være opptatt av det daglige arbeidet. Brannslukking rett og slett. Vi tenkte at vi skulle få frigjort tid til strategisk arbeid, med å endre organisasjonskartet til en tett strategisk ledergruppe».*

Det som viser seg, fortsetter kommunedirektøren er at det er vanskelig å rekruttere folk.

«Forutsetningene for å lykkes, er at man har fungerende folk i alle stillingene. Det viser seg at vi har rekrutteringsproblemer. Det er konstant stillinger som er vakant. Det medfører til større arbeidspress for de som er i stillingene, også ryker mange ut i sykemelding. Det er en slik ond spiral».

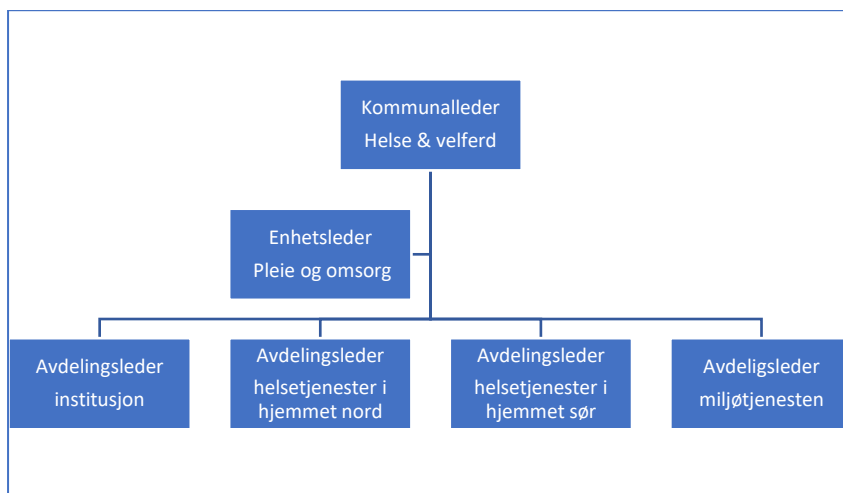


Figur 3 Organisasjonskart for administrasjonen i Hamarøy kommune. Hentet fra hjemmesiden til kommunen.

Kommunen har valgt å gjøre en midlertidig endring i ledelsen i helse og velferd. Kommunalleder går til stillingen som enhetsleder pleie og omsorg, og enhetsleder pleie og omsorg går over til stillingen avdelingsleder hjemmetjenesten sør (Avdelingsleder hjemmetjenesten sør har vært ledig over lengre tid). Dette gjøres som en akuttløsning sier kommunedirektøren. «Kommunalleder er på plass nå. Dette er midlertidig, så vi må jo få på plass en mer varlig løsning enn dette. Men jeg ser for meg at vi må ha det slik ut året».

For ordens skyld informerer revisjonen om at den nye kommunallederen ikke er involvert i forvaltningsrevisjonen, Revisjonen titulerer informantene med de stillingstitlene de hadde da intervjuene ble foretatt. Enhetsleder i pleie og omsorg hadde gått til stillingen avdelingsleder helsetjenester i hjemmet da revisjonen ble utført. Kommunalleder som har endret stilling til enhetsleder er titulert som kommunalleder, da hun hadde den stillingen da intervjuene ble gjort.

Revisjonen viser nedenfor den delen av organisasjonen som vi har undersøkt i denne forvaltningsrevisjonen.



Figur 4 Forenklet organisasjonskart

- **Øverste leder skal sørge for at det settes opp mål for virksomheten**

Kommunedirektøren informerte revisjonen om at de kommunale planene arbeides med å få på plass mål for virksomheten. Arbeidet med dette startet før nyttår 2020, men de ligger på etterskudd både grunnet covid-19 og mangel på folk.

Kommunallederen henviser til *plan for helse og omsorg*. Denne planen ble utarbeidet juni 2019 og den tar for seg sammenslåingen av Hamarøy og Tysfjord kommune. Planen beskriver de tjenestene som helse og omsorg har, og hvilke utfordringer de står ovenfor. I kapittel 8 beskrives *Visjon, mål og strategier*. Her beskrives overordnede mål for helse og velferd. Ifølge kommunallederen var representanter med fra alle tjenestene i helse og velferd i utarbeidelsen av planen

Kommunallederen sier videre at de har startet arbeidet med mål og måloppnåelse hos de enkelte avdelingene, men har ikke kommet i mål enda. «Men vi har et ønske om å sette fokus på for eksempel brukerundersøkelser og medarbeiderundersøkelser for å sette oss mål på kvaliteten på den tjenesten vi leverer, og arbeidsmiljøet vi jobber i».

Revisjonen spurte om det er satt frist for ferdigstilling på dette området. Kommunalleder sier følgende: *«År 2020 har vært et unntaksår for Hamarøy kommune, både med tanke på kommunesammenslåingen, manglende ledere og covid 19. Målet var i utgangspunktet i løpet av 2020, men det spørres om vi må utsette denne fristen til mars 2021. Avdelingene jobber godt, men en klar målsetning som er kjent i for alle i avdelingen er viktig»*

Kommunen har en serviceerklæring⁸ som de sender ut ved vedtak på tjenestene. Den er retningsgivende for den omsorgen kommunen skal levere. Disse skal også revideres og ses i sammenheng med avdelingenes målsetninger ellers.

Vurdering:

Revisjonen mener det er positivt at kommunen har laget plan for helse og omsorg, som beskriver tjenestene i helse og omsorg og hvilke utfordringer kommunen står ovenfor. Dette gir et bilde hva som må arbeides med fremover. I tillegg er arbeidet med å lage målsetninger for hver avdeling i gang, men at dette arbeidet har blitt noe utsatt. Ifølge veileder for ledelse og kvalitetsforskriften bør målene utarbeides sammen med resten av organisasjonen. Målene bør være tydelige, konkrete, tallfestede, målbare og tidsbestemte. Kommunen er ikke innfor lovkravet på dette punktet.

- ***Øverste leder skal jevnlig følge opp at resultater knyttet til målene følges opp av samtlige ledere***

Som det er nevnt under forrige revisjonskriterie, er ikke Hamarøy kommune kommet dithen at de har fått laget mål for de avdelingene revisjonen undersøker her. Revisjonen vil her beskrive hvilke rapporteringskanaler som blir brukt i organisasjonen og hvilke kanaler for informasjonsflyt. Revisjonen har mottatt et **årshjul** som viser datoer for:

- Økonomi rapportering og diverse administrativt/lønn (herunder sykefravær knyttet opp til lønn)

⁸ Serviceerklæring er ett av virkemidlene med å skape en brukerorientert forvaltning. De skal være en type «varefakta» på offentlige tjenester og bidra til å tydeliggjøre hva brukerne kan forvente av en offentlig virksomhet. Definisjonen er hetet fra Regjeringen.no

- Tertialrapportering økonomi
- KOSTRA rapportering
- Budsjett rapportering
- Årsregnskap

Kommunalleder har informert revisjonen om at det opp til avdelingene å lage års hjul for hver enkelt avdeling. Hun sier videre «Disse års hjulene skal inneholde blant annet datoer for obligatorisk kursing og internopplæring og hvem som har ansvaret. Dette er blant annet brannvern, medikamenthåndtering, forflytning og opplæring på elektromedisinsk utstyr, samt dato for interkontroll. Datoer for lokale arbeidsmiljøutvalg og utarbeidelser av hjelpeturnuser er andre eksempler. Vi hadde årshjul i gamle Hamarøy kommune, men disse er dessverre ikke videreført i den nye kommunen». Kommunalleder sier dette arbeidet er i gang på enkelte avdelinger.

Møtevirksomhet

Kommunedirektøren informerer revisjonen om at det er ledermøter med kommunedirektørens ledergruppe en gang i uken. En gang i måneden er det stor-leder møte med de fleste lederne, samt tillitsvalgt og hovedverneombud. Revisor har etterspurt og mottatt referat fra stor-ledermøtene som har blitt gjennomført i år. Referatene viser at det har vært gjennomført seks stor-ledermøter hittil i 2020. Det kommer frem av referatene at tema for møtene har vært blant annet kommunedirektørens informasjon angående koronapandemi, overgang til ny kommune, hva som er nytt og hvilke utfordringer kommunen står i. HR avdelingen har gitt informasjon, herunder at sykefraværet har vært stort. Økonomirapportering (dette er ikke en uttømmende liste).

Ifølge informantene har det ikke vært ledermøter på enhetsleder/avdelingsledernivå frem til september 2020. Kommunalleder sier at de nå har faste møter med avdelingslederne der det blir tatt opp sykefravær, tilrettelegging/omplussing, avvik, samhandling, økonomi og innmeldte saker.

Systemrapportering:

Økonomien blir rapportert gjennom systemet «**Xlegder**» fra avdelingsleder til kommunalleder. Økonomileder henter informasjon fra dette systemet når hun rapporterer tertialrapport videre til kommunedirektøren. Revisjonen har etterspurt og mottatt 1.Tertial 2020 økonomisk rapportering, for Hamarøy kommune. Den inneholder følgende:

1. Økonomisk situasjon
2. Drift (herunder fraværsoversikt)
3. Investerings
4. Forpliktende plan
5. Medarbeidere

Ifølge årshjulet er dato for 1. tertial 19. mai og 2.tertial 31. august. Siste og tredje tertial er årsregnskapet. Avdelingsledere skal i tillegg rapportere på status økonomi for sin avdeling en gang i måneden til kommunalleder.

«**StratSYS**» er et styringsverktøy for Hamarøy kommune. Her har rådmannens ledergruppe tilgang. I StratSYS kaller man inn til møter, lager referat og legger inn tiltak som skal gjøres av kommunallederne, som huker av når tiltaket er gjort. Kommunedirektøren kan gi oppgaver til sine ledere under seg. Han kan også følge med at oppgaven blir gjort (revisjonen har ikke undersøkt dette nærmere).

Avviksbehandling skjer igjennom avvikssystemet «**Compilo**». Compilo er kommunens elektroniske HMS system hvor prosedyrer, retningslinjer, kommunens interne regelverk og rutiner ligger samlet. Her melder ansatte avvik som går til nærmeste leder.

Kommunalleder informerer revisjonen om at det ellers står i sin lederavtale at man plikter å si ifra/rapportere ved behov.

Ledermangel

Som det har vært nevnt innledningsvis har det vært mangel på ledere i større og mindre grad over tid. Både grunnet sykemeldinger i ledelsen og vakante stillinger. Dette preger informasjonsflyten i organisasjonen sier samtlige av informantene. Dette gjør også at arbeidspresset er stort blant de lederne som er igjen. Avdelingslederen i hjemmetjenesten

informerte revisjonen om at det har vært et ekstremt stort arbeidspress dette året etter kommunesammenslåingen. Han mener han aldri har opplevd noe lignende i sin karriere. Han har begrunnet dette med utfordringer etter kommunesammenslåingen og frafall av ledere både oppover og nedover i organisasjonen, noe som skal ha ført til enorm belastning. I tillegg kom pandemien og medførte at alt annet arbeid måtte settes på vent for å håndtere den. Avdelingsleder i miljøtjenesten har sagt til revisjonen: *«Det har ikke vært noen ledermøter som jeg har deltatt på. Men nå har det vært mangel på ledere, så forklaringen er nok der».*

Leder på sykehjemmet har sagt følgende: *«Det er litt utfordrende på den leder kabalen. Som sikkert gjør at ting ikke fungerer som dem skulle ha fungert. Det er vanskelig å få en god oversikt over hvor man skal henvende seg. Hvem tar det? Man sender epost med 3-4 kopimottakere så ...»*

«Det er ikke noe å legge skjul på at det har vært stor mangel på ledere. Stor utskiftning av ledere. Da blir det utfordrende med tett samarbeid»

Vurdering:

Dette revisjonskriteriet henger sammen med målsetninger som er satt for organisasjonen. Når dette arbeidet ikke er ferdig kan heller ikke revisjonen vurdere kriteriet vedrørende rapportering. Det som revisjonen har beskrevet ovenfor her er hvordan den generelle rapporteringen foregår i organisasjonen. Det som er bekymringsfullt ut ifra det informantene sier er mangelen på ledere/ressurser. Dette ser ut til å gå på bekostning av de resterende lederne som må ta mer ansvar og arbeide mer enn man i utgangspunktet kan forvente. I kjølvannet av dette, blir informasjonsflyten mindre, rapporteringen og oppfølgingen dårligere enn hva den ellers ville vært. Som det står i veilederen i ledelse og kvalitetsforskriften skal målene følges opp kontinuerlig av samtlige ledere i den daglige driften.

- **Øverste leder skal ha oversikt over relevant regelverk og sørge for at dette er kjent for alle de ansatte**

Kommunalleder har informert revisjonen om at kommunen har følgende systemer:

Compilo er kommunens HMS -system og inne i dette programmet ligger også alle rutinene innenfor helse og omsorg. Avvikene blir også levert igjennom Compilo.

Digi-pro et selskap utviklet i Beiarn kommune, og brukes i et interkommunalt samarbeid med flere kommuner.

I Digi-pro vil det være kvalitetssikret rutiner for helse og omsorg. En gang i året blir rutinene og prosedyrene i Digi-pro revidert. Alle kommunene deltar i dette arbeidet. Revisjonen har ikke undersøkt det nærmere.

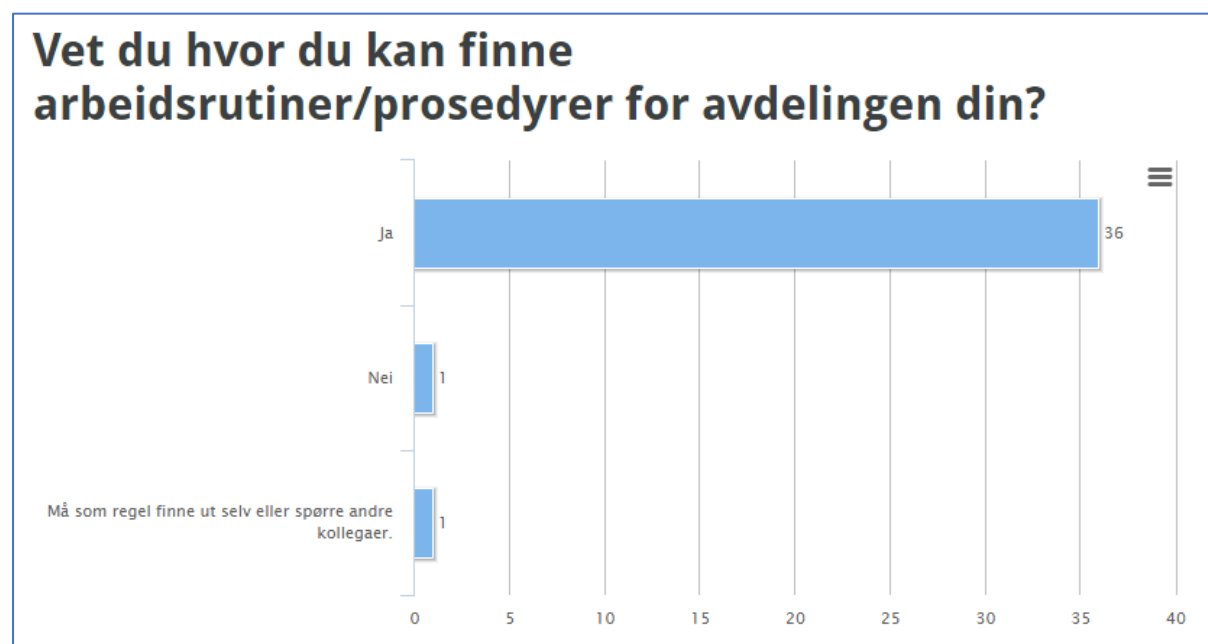
Per i dag blir begge systemene brukt. «Så det er i en overlappende periode akkurat nå» sier kommunalleder.

Veilederen.no: Her er informasjon og lovverk, opplærings-videoer. Fagstoff som er lettfattelig og tilgjengelig. Tildelingskontoret bruker denne ofte.. Denne er også et godt verktøy til lederne.

VAR: Her finner man sykepleierprosedyrer.

For å undersøke om ansatte visste hvor de kunne finne arbeidsrutiner/prosedyrer for den jobben de skulle gjøre på avdelingene, spurte revisjonen de ansatte om dette. Av 38 respondenter svarte 36 ja på dette spørsmålet, en respondent svarte nei og en respondent svarte at man måtte finne det ut selv eller spørre kollegaer.

N=38



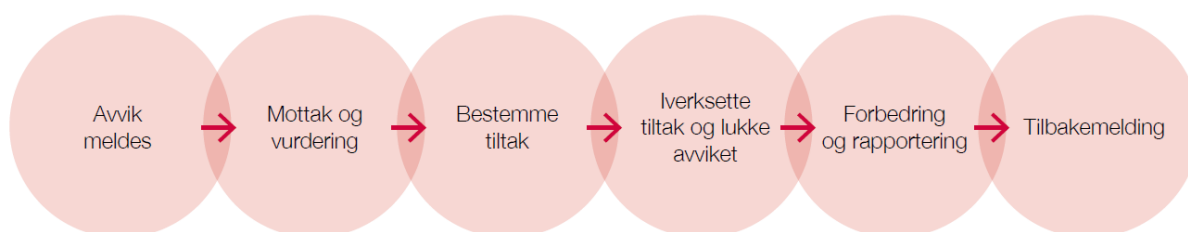
Figur 5 Vet du hvor du kan finne arbeidsrutiner/prosedyrer for avdelingen din?

Vurdering:

Hamarøy har et system både for skriftlige rutiner og avviksbehandling. Kommunen er med i et interkommunalt samarbeid med Digi-pro, og her blir rutinene gjennomgått årlig. Dette ser revisjonen positivt på. I det senere revisjonskriteriet vedrørende årlig systematisk evaluering, vil dette arbeidet være innenfor forskriftens krav. På bakgrunn av svarene fra de 38 respondentene viser det seg at de fleste av de som svarte på undersøkelsen vet hvor de kan finne arbeidsrutiner/prosedyrer for avdelingen sin. Dette mener revisjonen er positivt.

- **Øverste leder skal sikre at virksomheten har oversikt over avvik og følger opp avvik meldt både fra ansatte og brukere**

I KS veileder *Orden i eget hus – kommunedirektørens internkontroll* er definisjonen på avvik følgende: *Et gap mellom fastsatt norm og levert tjeneste/produkt/hendelse/situasjon som melder vurderer som viktig å rette opp og/eller forebygge.*



Figur 6 Avviksbehandling - Hentet fra KS Orden i eget hus.

Hovedverneombudet er superbruker i avvikssystemet Compilo, og hun forteller at etter sammenslåingen har HR og hovedverneombud hatt kurs for alle ansatte i kommunen. «Vi oppgraderte i slutten av november til den nye versjonen. Som er mye bedre. Da avtalte vi med alle enhetene, så vi har vært og lært opp ansatte i bruk av Compilo. Vi har noen avdelinger igjen, en der ble det litt stopp grunnet korona».

Videre forteller hovedverneombudet at Tysfjord kommune ikke hadde Compilo tidligere.

Hovedverneombudet har også fortalt: «Det er tendens at det blir litt heng. Rutinen er at hvis du skriver et avvik, går det til nærmeste leder. Hvis ikke den behandler det etter 21 dager går det opp ett nivå».

Hovedverneombudet har videre sagt at kommunalleder har vært sykemeldt og enkelte ledere ikke har lukket alle avvikene, så noen avvik går i loop.

Dette har kommunedirektøren bekreftet: *«De blir ikke lukket fordi de lederne har stort arbeidspress. Og det gjør at noen av avvikene går i en loop»*. Kommunedirektøren sier videre: *«Vi er jo dessverre i den situasjonen at vi mangler oppdatert planverk, mangler folk, og ressurser generelt. Vi jobber for tiden i konstant motbakke. Alle sammen»*.

Kommunalleder informerer revisjonen følgende vedrørende avvik: *«avvik skal alltid meldes i Compilo, det går da til nærmeste leder. Nærmeste leder behandler avviket, men kan også sende avviket videre hvis avviket bør lukkes av for eksempel teknisk eller annen instans. Et avvik skal behandles fortløpende. Hvis et avvik av ulike grunner blir liggende, går det automatisk til neste leder over avdelingsleder etter 21 dager. I Compilo er det også en egen funksjon for varsling. Særlig kritikkverdige forhold der nærmeste leder ikke kan behandle avviket eller avviket er så alvorlig at det må tas tak i øyeblikkelig – skal varsles. Denne varslingen går da til kommunedirektør og HR leder»*.

Revisjonen har ettspurt og motsatt skriftlig rutine for avviksbehandling.

Avdelingslederen i hjemmetjenesten har fortalt at det fremdeles er flere ansatte som ikke har fått opplæring i Compilo. Det var planlagt opplæring, men så kom koronapandemien som satt dette på vent. I dag er det mange avvik som ligger inne som ikke er lukket, selv avvik fra gamle Hamarøy kommune. Avdelingsleder har fortalt han ikke har hatt tid, mens han var enhetsleder, til å lukke avvik og avvikene har dermed ofte gått videre oppover i systemet, og helt til kommunedirektøren. Deretter kommer de i retur til ham igjen. Avdelingsleder har videre fortalt at mange av avvikene går ut på at ansatte ikke får gjort de arbeidsoppgavene de skal grunnet stort arbeidspress.

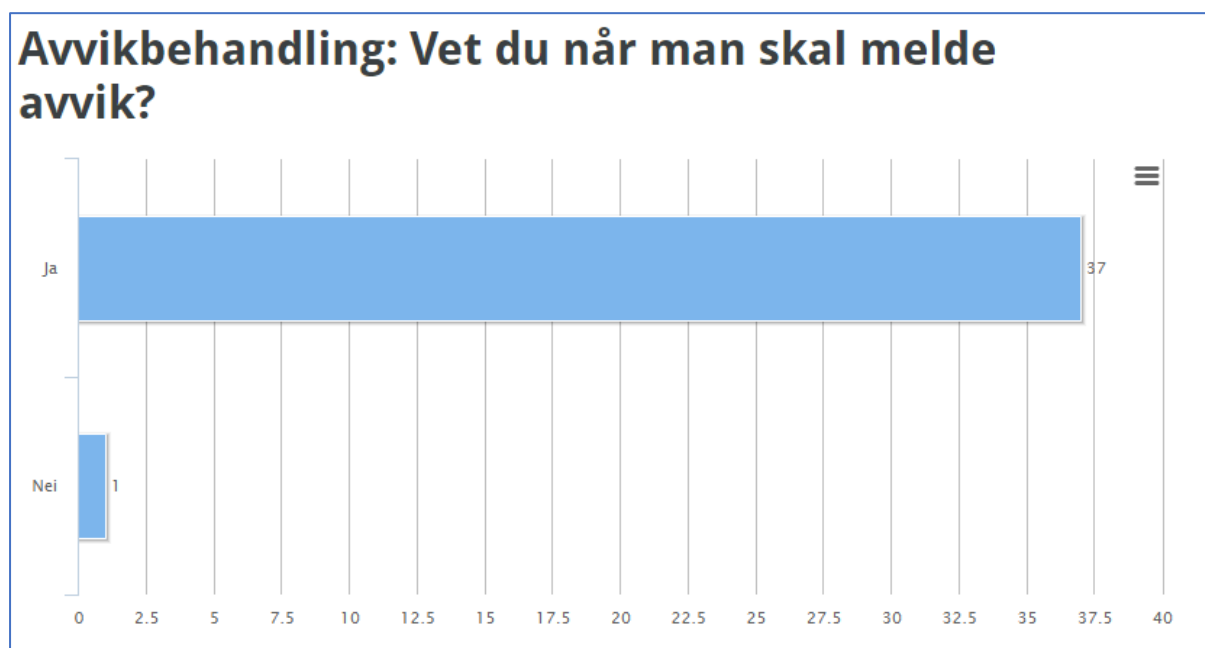
Avdelingsleder i miljøtjenesten har informert revisjonen om følgende: *«Per dags dato har jeg ikke fått ett avvik. Det stusser jeg litt over. Jeg vil tro at det er unaturlig at det ikke skal være avvik i det hele tatt. Alle ansatte har fått brukernavn og passord, det er kanskje noe man må jobbe noe med. Og tydeliggjøre at det er viktig å melde ifra. Jeg tror det er en*

underrapportering». Avdelingsleder har videre sagt til revisjonen at de ansatte har fått opplæring i å bruke Compilo, men at det må jobbes med kulturen for å melde avvik.

Revisjonen har ikke undersøkt antall avvik eller hvor mange av avvikene som er lukket. I denne revisjonen ser vi kun på om de har et system for avviksbehandling.

Revisjonen ønsket å undersøke om ansatte vet når de skal melde avvik, så de ble spurt om det i spørreundersøkelsen. Her svarte 37 av 38 respondenter at de visste når de skal melde avvik. En respondent svarte at han/hun ikke visste det.

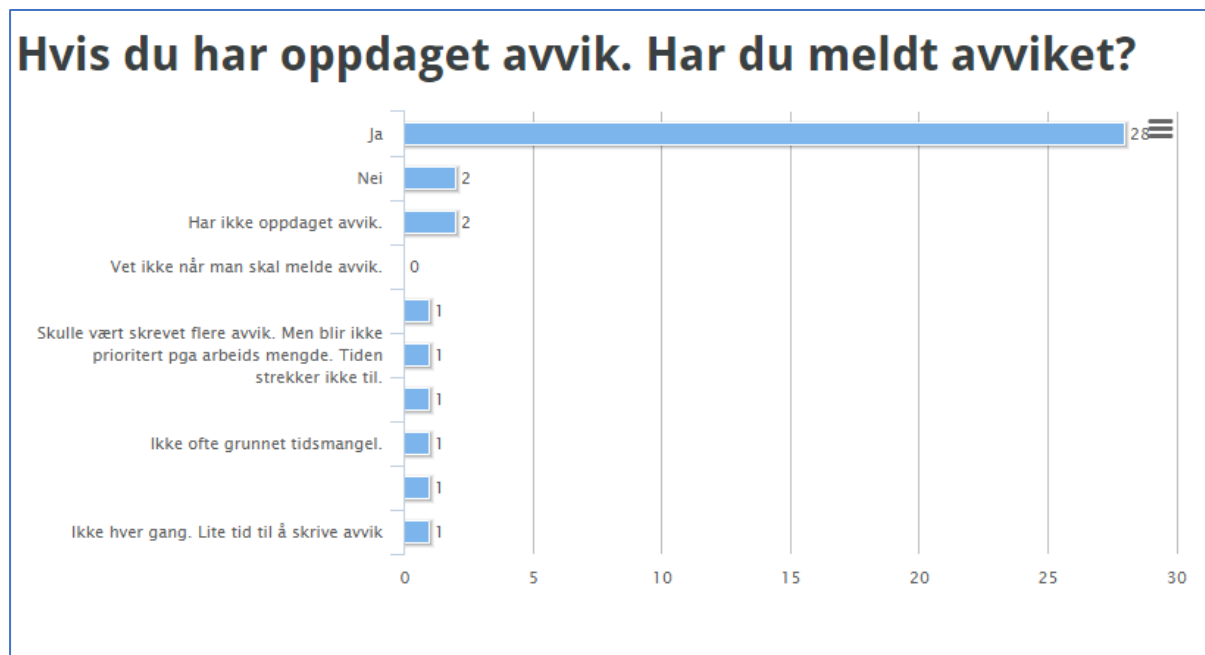
N=38



Figur 7 Avviksbehandling: Vet du når man skal melde avvik?

Revisjonen ønsket også å undersøke om de ansatte melder avvik når de oppdager avvik. Her svarte 28 av 38 respondenter ja på at de melder avviket når de oppdager det.

N=38

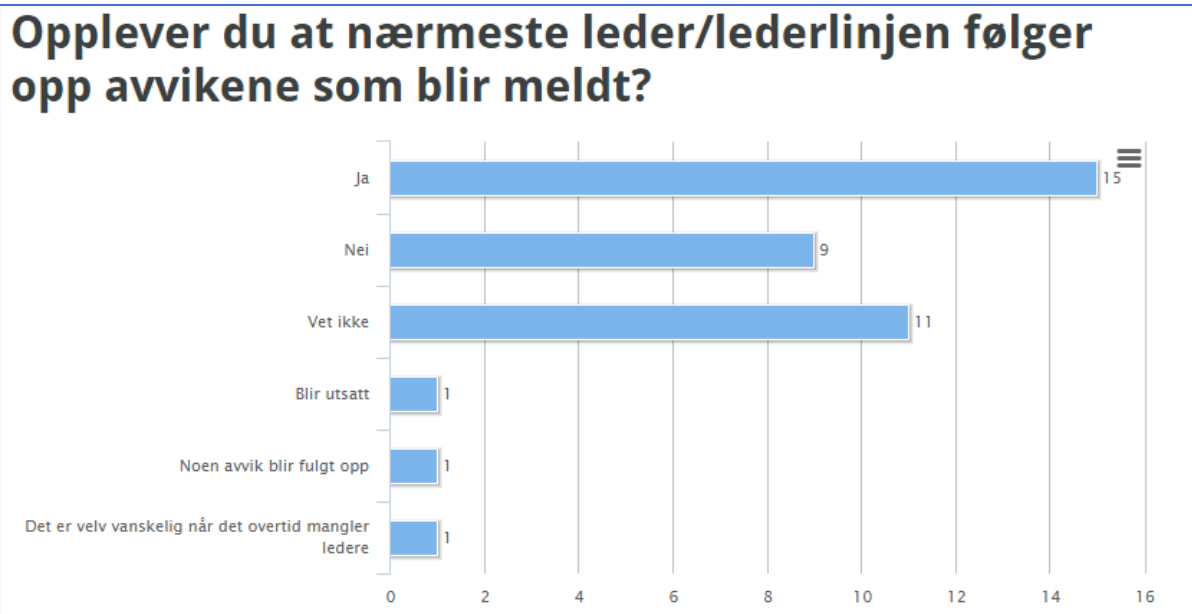


Figur 8 Avviksbehandling: Hvis du oppdager avvik. Har du meldt avviket?

To respondenter svarte nei på det spørsmålet og resterende åtte respondenter svarte delt. To respondenter har ikke oppdaget avvik og noen respondenter mener sier det er dårlig tid til å skrive avvik, og at det blir prioritert bort.

Revisjonen ønsket også å undersøke om ansatte opplever at nærmeste leder/lederlinjen følger opp avvikene som blir meldt. Her svarte 15 av 38 respondenter ja på dette spørsmålet. Ni av respondentene svarte nei og 11 respondenter svarte vet ikke. Tre respondenter svarte at oppfølgingen blir utsatt, noen avvik blir fulgt opp og sist det er vanskelig når det over tid har manglet ledere.

N=38

*Figur 9 Opplever du at nærmeste leder følger opp avvikene som blir meldt?***Vurdering:**

Mange av informantene sier at avvikene som kommer inn, blir ikke fulgt opp som de skal. En av avdelingene har ingen meldte avvik i år. Ut fra svarene i spørreundersøkelsen, svarer 37 av 38 respondenter at de vet hvordan de kan melde avvik. Mens kun 28 av 38 respondenter melder avvik, hvis de oppdager ett. På spørsmål om ansatte opplever at nærmeste leder følger opp avvikene svarer kun 15 av 38 ja på dette spørsmålet.

Avviksbehandling er en viktig del av virksomheten. Å analysere avvik skal hjelpe til å fremme læring og gjøre det mulig å innføre treffsikre tiltak for å forebygge lignende hendelser i fremtiden. Hamarøy kommune har system for avviksbehandling. Ansatte fra gamle Hamarøy kommune er vant til å bruke et slikt system, mens dette er nytt for ansatte fra gamle Tysfjord kommune. Da er det viktig at Nye Hamarøy kommune bygger en kultur der avviksbehandling blir et integrert system som brukes og at lederne oppfordrer ansatte til å bruke systemet.

På den andre siden er det da viktig at avvikene blir lukket og brukt til læring og korrigering. Det er tydelig at dette ikke blir gjort i stor grad i dag. Årsaken til dette virker å være manglende ressurser.

- **Øverste leder skal sørge for at alle medarbeiderne medvirker slik at en samlet kunnskap og erfaring kan utnyttes**

Kommunalleder har informert revisjonen om at det skal gjennomføres medarbeidersamtale en gang i året. Det er nærmeste leder som har dette ansvaret. Revisor har mottatt skriftlig rutine for medarbeidersamtale.

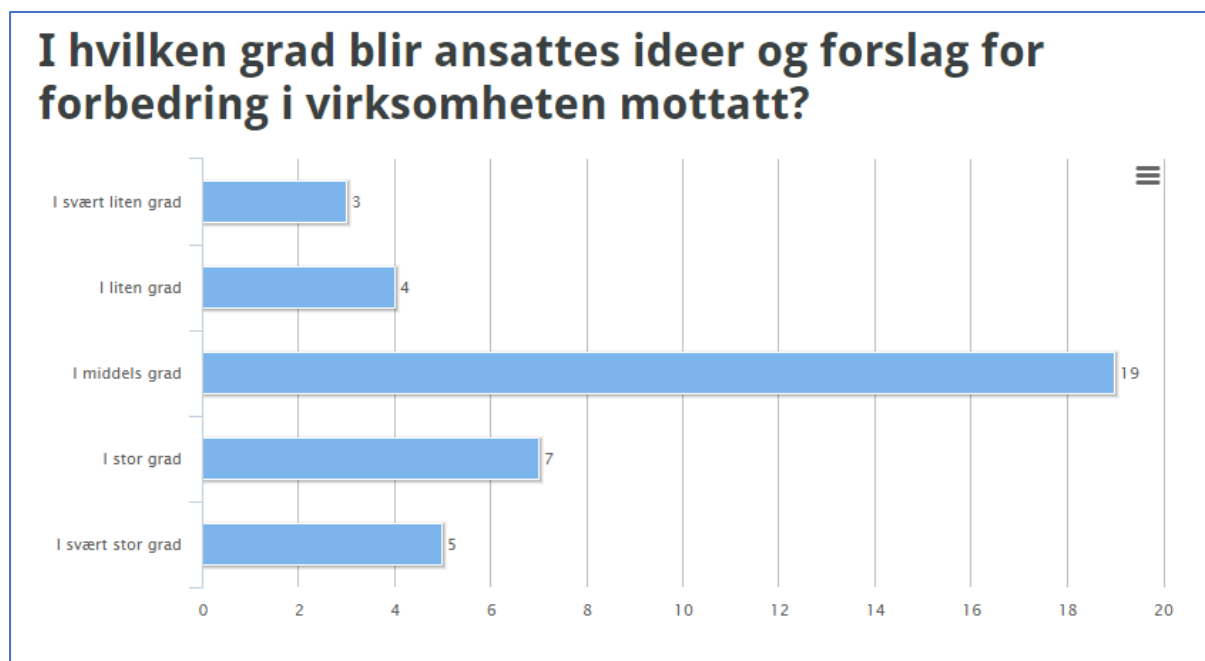
En avdelingsleder har fortalt at medarbeiderne får mulighet til å medvirke på møtet som de kaller fag-tid. Dette er et månedlig møte med de ansatte.

En annen avdelingsleder sier at *«hver morgen går vi gjennom brukere av tjenesten, og diskuterer om de tiltak vi har satt inn til den enkelte bruker fungerer. Deretter justerer vi evt. prosedyrene/tiltakene som er iverksatt. På enkelte brukere er det satt ned egne ansvarsgrupper, som arbeider tett med spesialisthelsetjenesten. I disse ansvarsgruppene lages det planer fremover som evalueres»*.

En annen avdelingsleder informerte revisjonen om at hver morgen går de igjennom brukere av tjenesten, og diskuterer om de tiltak som er satt inn til den enkelte bruker fungerer. Eventuelt justerer som det er behov for det. Han sier videre: *«På enkelte brukere er det satt ned egne ansvarsgrupper, som arbeider tett med spesialisthelsetjenesten. I disse ansvarsgruppene lages det planer fremover som evalueres»*

Revisjonen har spurt ansatte om i hvilken grad ansattes ideer og forslag for forbedring i virksomheten blir mottatt. Her svarte 19 av 39 respondenter i middels grad. Sju respondenter svarte i svært liten grad eller i liten grad. 12 respondenter svarte i stor grad eller i svært stor grad.

N=38



Figur 10 I hvilken grad blir ansattes ideer og forslag for forbedring i virksomheten mottatt?

Vurdering:

Slik revisjonen forstår det ut fra svarene til informantene er det dialogen i den daglige driften og på personalmøtene, det kommer frem forslag til forbedring. I spørreundersøkelsen var det varierende svar på spørsmålet om ansattes ideer og forslag til forbedring blir godt mottatt.

Denne jobben kan gjøres mer systematisk. I veilederen for forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring kommer det frem flere eksempler på at organisasjonen kan jobbe med medvirkning fra de ansatte. Det er ofte de ansatte som har de beste forslagene til tiltak som vil føre til forbedring.

- **Øverste leder skal sørge for at pasienter, brukere og pårørende aktivt involveres i forbedringsarbeidet**

En av avdelingslederne sa følgende: «Det er flere år siden vi sist hadde brukerundersøkelser. Har ikke satt opp plan for dette enda i den nye kommunen.

Vi bruker å ha møter med bruker/ pårørende, men dette er ikke noe fastsatt - dette er når man opplever at bruker/pårørende har ting de vil ta opp som de mener ikke fungerer slik at vi da finner en bedre løsning for brukeren».

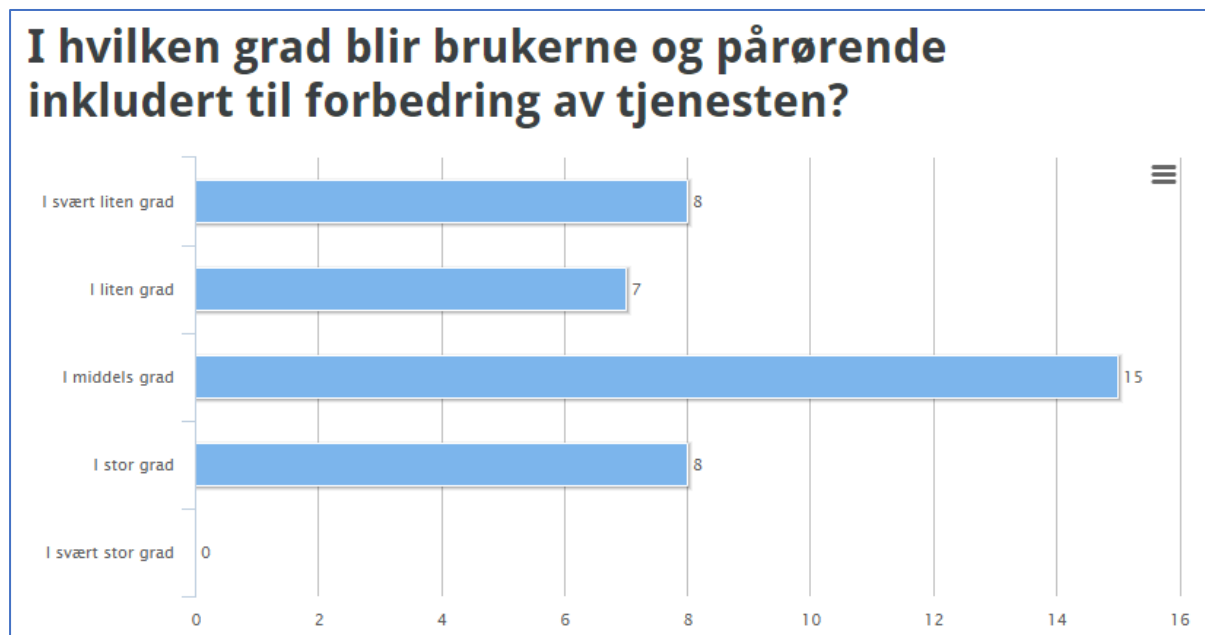
En annen avdelingsleder informerte revisjonen om at de ikke foreligger planer ennå om brukerundersøkelser, men at det vil bli aktuelt på et senere tidspunkt. I dag får de informasjon fra brukere med samtaler i det daglige, da kan brukere komme med ønsker sa avdelingslederen.

Revisjonen etterspurte rutiner knyttet til brukermedvirkning og mottok rutiner for innkomstsamtale ved avdeling institusjon, samt rutine om samtale ved årskontroll for brukere (i denne samtalen skal både pasient, pårørende, lege og ansvarlig sykepleier være til stede). I tillegg mottok revisjonen informasjonsheftet til avdeling institusjon, her omtaler de pårørende og setter fokus på viktigheten med god dialog og trygghet.

Kommunalleder informerer revisjonen om at kommunen dessverre ikke har etablert samarbeidsutvalg/pårørendeforening ved sykehjem eller hjemmetjenester. Råd for eldre og funksjonshemmede er under etablering i kommunen.

Revisjonen har spurt ansatte om i hvilken grad de mente at brukeres og pårørendes ble inkludert i forbedringsarbeidet. Her svarte 15 av 38 respondenter i middels grad. 15 respondenter svarte i svært liten grad eller i liten grad. Åtte respondenter svarte i stor grad.

N=38



Figur 11 I hvilken grad blir brukerne og pårørende inkludert til forbedring av tjenesten?

Vurdering:

Slik revisjonen forstår det kan brukere og pårørende fremme forslag til forbedring ved behov i den daglige dialogen. I spørreundersøkelsen svarte 15 av 38 respondenter at de mener brukere og pårørende i middelsstor grad blir inkludert til forbedring i tjenesten. 16 respondenter svarte at de i svært liten grad eller i liten grad blir involvert. Revisjonen ser behovet for en mer systematisk tilnærming for å få brukerne og pårørende inkludert i forbedring av tjenesten.

- **Øverste leder skal sørge for at hele styringssystemet gjennomgås og vurderes minst en gang i året**

Nye Hamarøy kommune har ikke eksistert ett år enda. Revisjonen forventer ikke at de har gjort den årlige evalueringen, men vi etterspør om det er laget rutiner for å gjennomføre dette årlig.

Revisjonen har etterspurt rutiner som omhandler evaluering av styringssystemet, men har ikke mottatt det.

Vurdering:

Etter veiledningen kan evalueringene gjennomføres gjennom løpende målinger, egenkontroller og inspeksjoner med stikkprøver, samt ved at ledelsen etterspør tilbakemelding fra medarbeiderne på om nye tiltak virker. Dersom evalueringene avdekker at iverksatte tiltak ikke fungerer etter hensikten må det igangsettes forbedringstiltak. Kommunen har ikke rutiner på dette i dag.

- **Øverste leder skal sørge for å lukke uforsvarlige og lovstridige forhold**

Slik revisjonen forstår det er det blir det meldt avvik, men det at det er i varierende grad at de blir fulgt opp. Henviser til revisjonskriteriet: Øverste leder skal sikre at virksomheten har oversikt over avvik og følger opp avvik meldt både fra ansatte og brukere. Revisjonen har etterspurt, men ikke mottatt dokumenter som viser at avvikene blir rapportert videre oppover i organisasjonen utover de avvik som ikke blir lukket.

Vurdering:

I veilederen beskrives dette som at de i tilfeller hvor det er avdekket svikt eller uønskede hendelser skal det igangsettes korrigerende tiltak. Det er ikke tilstrekkelig å iverksette tiltak uten å sikre at tiltakene faktisk virker.

For å sikre at tiltakene virker kreves det aktivitet. Øverste leder må sikre at korrigerende tiltak gjennomføres og at de systematisk testes ut og følges av målinger for å dokumentere om de har effekt. I store virksomheter vil det være ledere på lavere nivåer som i praksis sørger for at korrigerende tiltak blir gjennomført. Kommunen har ikke rutiner på dette i dag.

2.2 Problemstilling 2

I hvilken grad følger ledelsen i helse og velferdssektoren opp sine plikter innen sykefraværsoppfølging?

2.2.1 Faktadel

Kort bakgrunnsinformasjon om arbeidet med sykefravær i kommunen⁹

I 2018 ble det laget en prosjektgruppe som skulle finne konkrete tiltak for å få ned sykefraværet i gamle Hamarøy kommune. NAV-leder ledet arbeidsgruppen. På stor-ledermøte i januar 2020 presenterte NAV-leder oppsummering fra arbeidsgruppen vedrørende nærvær og sykefraværsoppfølging. Noe av det som kom frem av oppsummeringen var blant annet:

- Nærværsfaktorer/tiltak må gjøres bedrekjent i organisasjonen. I personalmøter på den enkelte arbeidsplass – lederansvar.
- Individuelle tiltak ut fra den enkeltes behov.
- Alternative arbeidsoppgaver som tilrettelegging i en begrenset periode.
- Leder før lege.
- Oppfølgingsplan som verktøy for å synliggjøre arbeidsoppgaver og hva som er tilbudt av tilretteleggingsmuligheter.
- Dialogmøte med lege

NAV Arbeidslivssenter er en samarbeidspartner for et inkluderende arbeidsliv (IA), og er et ressurs- og kompetansesenter for virksomheter som ønsker å samarbeide med NAV om et mer inkluderende arbeidsliv. IA-arbeidet finner sted på arbeidsplassen, der arbeidsgiver og arbeidstaker samarbeider systematisk for å utvikle en mer inkluderende arbeidsplass.

De nasjonale målene i IA-avtalen for perioden 2019-2022 er:

- Sykefraværsprosenten skal reduseres med 10% sammenlignet med årsgjennomsnittet for 2018
- Frafallet fra arbeidslivet skal reduseres.

Innsatsområdene er følgende:

- Forebyggende arbeidsmiljø
- Innsats mot lange og/eller hyppige gjentakende sykefravær (hentet fra nav.no)

⁹ Bakgrunnsinformasjonen her er ikke en del av vurderingsgrunnlaget. Revisjonen vurderer kun stikkprøvene som er etterspurt i forbindelse med dokumentasjonsplikten til kommunen.

- Arbeidstakers plikter til å bidra aktivt i egen sak.

Hamarøy kommune er en IA- bedrift. Ifølge kommunalleder er kommunen tilknyttet bedriftshelsetjenesten (STAMINA) og arbeidslivssentret i Narvik. Høsten 2019 ble det gjennomført et kurs for alle daværende lederne i kommunen, samt tillitsvalgte og vernetjenesten, gjennom arbeidslivssentret som het «*sees i morgen*». Hovedmålsettingen med kurset er å gi arbeidsgiver mer kunnskap om hvordan de kan møte medarbeidere som har psykiske helseproblemer¹⁰.

NAV-leder i Hamarøy informerte revisjonen om at etter kursserien «*sees i morgen*» i 2019 var NAV på tilbudssiden for å være med å følge opp denne gode motivasjonen og engasjementet som var under kurset. Som eksempelvis at NAV kunne bidra i personalmøter og støtte lederne i nærværarbeidet. NAV-leder sa videre: «*Å beholde folk i en organisasjon er kanskje den viktigste innsatsfaktoren for å unngå ny-rekruttering. Det er ofte mye billigere enn å ny-rekruttere. Her vil NAV samarbeide med arbeidsgiver både på systemnivå og individnivå*»

På spørsmål fra revisjonen om det er planlagt nye kurs i fremtiden, sa NAV-leder at de ikke har fått noen henvendelser fra kommunen på det.

Kommunalleder informerte revisjonen om at ledere med personalansvar har fått opplæring i sykefraværsoppfølging. Revisjonen har ikke undersøkt dette nærmere.

Revisjonen har etterspurt skriftlige rutiner på sykefraværsoppfølging og mottatt screenshot av menyen inne i systemet **Mitt NAV**. I systemet er det slik at sykemeldingene ligger der, samt søknad om sykepenges, og link til oppfølgingsplanene. Linken til Mitt NAV ligger i systemet Compilo.

Deretter legger avdelingsleder sykefraværet i systemet **Min vakt**. Kommunalleder attesterer før det blir videresendt til HR/lønn månedlig.

¹⁰ Hentet fra nav.no.



Figur 12 Sykefravær - rapportering

Revisor har spurt avdelingslederne om de føler seg trygg på sine oppgaver knyttet til sykefraværsoppfølging, og de bekrefter at de føler seg trygge på dette. En av avdelingslederne har fortalt at da han hadde stillingen som enhetsleder, manglet han avdelingsleder og ble personalansvarlig, derav ansvarlig for sykefraværsoppfølging. Som enhetsleder hadde han ikke kapasitet til å følge opp sykefraværet i den grad han skulle. Det var flere årsaker til dette. Kommunesammenslåing, covid-19, mangel på ledere er faktorer som spiller inn sa han.

I 1. Tertialrapport 2020 under 1.3 rammeområde står det følgende om pleie og omsorg:

«Pleie/omsorg: Overforbruk på sykehjemmet og hjemmesykepleien.

Sykehjemmet har stort sykefravær og manglende personell til daglig drift. Vikarbruk, innleide vikarbyrå og overtidsbetaling preger området. Har vakanser i stillinger og sykemeldinger.

Hjemmetjenesten har fortsatt stor økning i antall brukere. Vi ser samme utfordringer her som på sykehjemmet»

Under punkt 2.2 Fraværsoversikt fremgår at sykefraværet har økt i 2020

Utdrag fra Tertialrapporten vedrørende fravær:

«Sykefraværet har hatt en markant økning i 2020. Ser en på tallene isolert sett pr måned er det februar og mars som har de store økningene. Tall fra april kan være misvisende med at alle tall ikke er innrapportert. I all hovedsak er helse og velferssektoren som har det store sykefraværet. Totalt sykefravær pr april er på 7,96 %. Dette er vesentlig høyere enn forrige år på samme tid.

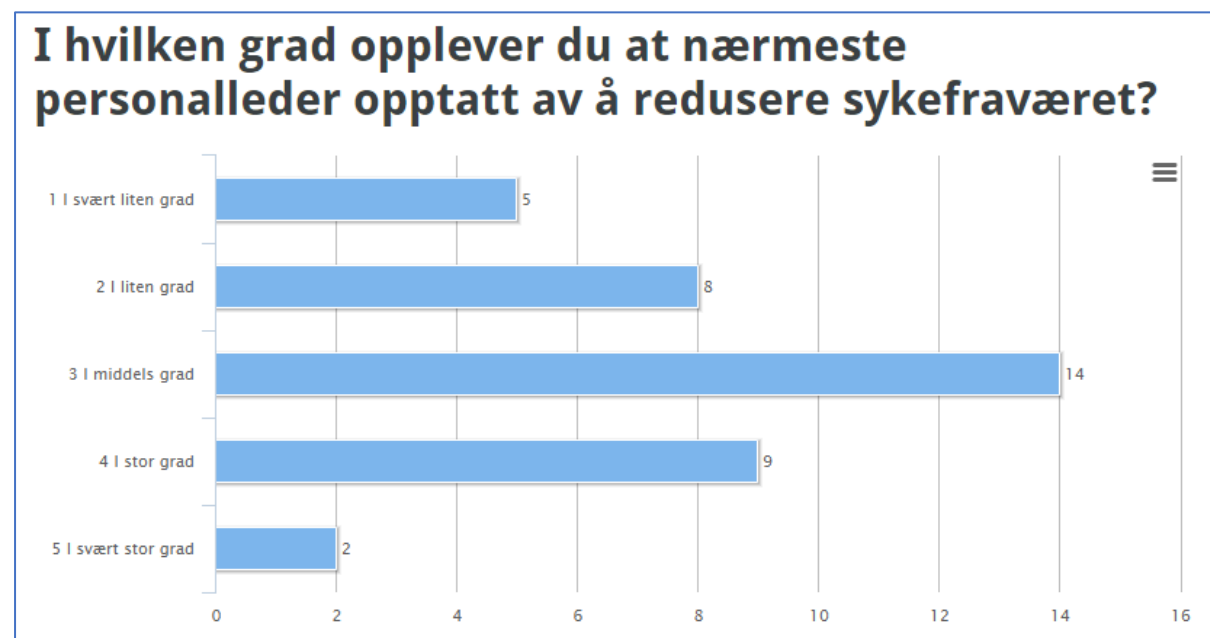
Nærværarbeidet er høyt prioritert ute i driftsenhetene».

N=38



Figur 13 I hvilken grad snakkes det om sykefravær og utvikling i sykefravær på personalmøter?

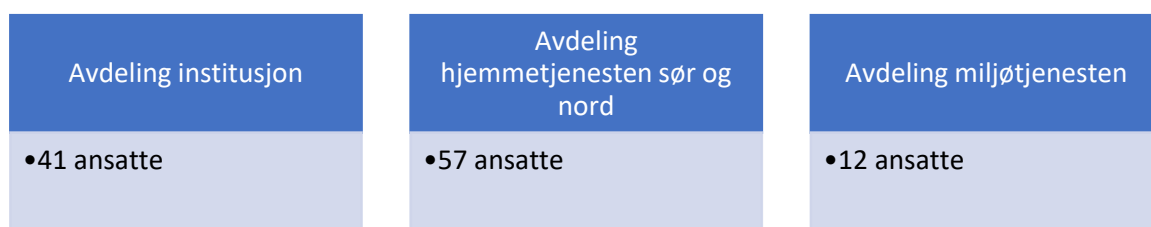
N=38



Figur 14 I hvilken grad opplever du at nærmeste personalleder opptatt av å redusere sykefraværet?

Revisjonskriterier:

- **Det skal utarbeides en oppfølgingsplan for sykemeldte senest innen fire uker**
- **Det skal gjennomføres dialogmøter for sykemeldte senest innen syv uker**
- **Arbeidsgiver skal kunne dokumentere hvordan bestemmelsene om oppfølgingsplan og dialogmøte har vært fulgt opp. Herunder hvem som har vært innkalt og deltatt i møtene.**



Figur 15 Antall ansatte avdelingsvis.

Det revisjonen undersøker i denne revisjonen er om kommunen har dokumentert oppfølgingen av sykemeldte slik loven krever. Utfra stikkprøver revisjonen har etterspurt.

Avdelingsleder på hjemmetjenesten sør (tidligere enhetsleder) sier han ikke har hatt kapasitet til å følge opp de sykemeldte, men at han har fulgt de opp per telefon. Han sier videre: «*Det er først nå etter jeg har gått inn i avdelingslederstilling at jeg har mulighet å få gjort oppfølgingen slik den skal. Jeg er fullt klar over hvilke plikter som ligger i oppfølgingsplaner. NAV lokalt har også vært svært forståelsesfulle på grunn av den situasjonen kommunen har vært inne i.*»

Det er ikke dokumentert oppfølgingsmøter eller dialogmøter på de etterspurte fire stikkprøvene fra denne avdelingen.

Kommunalleder informerer revisjonen om at i systemet mitt nav, har de hatt problemer med å få ut dokumentasjon på ansatte som tidligere har vært sykemeldt. Kommunen har ikke rutine på å lagre dokumentasjonen andre steder enn i systemet *mitt nav*.

Revisjonen mottok 4 av 16 etterspurte stikkprøver. Tre fra avdelingen miljøtjenesten og en stikkprøve fra avdelingen institusjon. De oppfølgingsplanene som revisjonen mottok inneholdt tiltak for tilrettelegging.

Nedenfor er innholdet stikkprøvene beskrevet i denne matrisen.

Sykefraværs-tilfelle	Oppfølgingsplan	Oppfølgingsplan senest innen 4 uker	Innkalle til dialogmøte senest etter syv uker	Dokumentere at eventuelle dialogmøter er gjennomført innen fristen	Arbeidsgiver skal kunne dokumentere hvordan bestemmelsene om oppfølgingsplan og dialogmøte har vært fulgt opp. Herunder hvem som har vært innkalt og deltatt i møtene.
1	Ja	Ja	Ikke sykemeldt over sju uker		
2	Ja	Nei	Nei (Sykemeldt mer enn sju uker)		
3	Ja	Nei	Nei (Sykemeldt mer enn sju uker)		
4	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja
5	Ikke mottatt				
6	Ikke mottatt				

7	Ikke mottatt				
8	Ikke mottatt				
9	Ikke mottatt				
10	Ikke mottatt				
11	Ikke mottatt				
12	Ikke mottatt				
13	Ikke mottatt				
14	Ikke mottatt				
15	Ikke mottatt				
16	Ikke mottatt				

Vurdering:

Revisjonen mottok fire av 16 etterspurte oppfølgingsplaner. Dette viser at kommunen ikke følger arbeidsmiljølovens krav til oppfølging av sykemeldte. Informantene er delt i svaret på

om de har tid til oppfølging. Det er forskjell fra avdeling til avdeling. Når det gjelder dokumentasjonskravet til sykefraværsoppfølgingen blir dette dokumentert i systemet *mitt nav*. Slik revisjonen forstår det har det vært vanskelig for kommunen å innhente gamle planer for de som ikke var sykemeldt per i dag. Og det er ikke rutine for å lagre sykefraværsdokumentasjonen andre steder enn i dette systemet.

3 Konklusjon og anbefaling

3.1 Konklusjon

Revisjonen ser at det har vært ekstra utfordrende for Hamarøy kommune i 2020. Det er flere faktorer som spiller inn. Sammenslåing av gamle Hamarøy kommune og deler av Tysfjord er et arbeid som krever både tid og ressurser. Covid-19 har også vært utfordrende for kommunen, som det har vært for hele Norge. Men kanskje særs for Hamarøy i denne fasen av sammenslåingen. I tillegg er det flere ledere som er sykemeldt og enkelte lederstillinger har vært vakant i lengre tid. Summen av dette har nok hatt betydning for kontinuiteten for det arbeidet som skulle vært gjort i forbindelse med sammenslåingen.

Det denne undersøkelsen viser er at det er flere punkter kommunen trenger å forbedre. Det som er positivt, er at de har satt i gang mye av dette arbeidet. Når det gjelder mål for virksomheten er dette arbeidet påbegynt. Når de er på plass er det viktig at det kommer rutiner for rapportering av dem oppover i organisasjonen. Når det gjelder rutiner og prosedyrer for helse og velferdssektoren har kommunen et system på dette som årlig blir revidert. Systemet er også kjent for de ansatte. Revisjonen mener dette er positivt. Når det gjelder avviksbehandling har kommunen et system for det. Det som er mangelfullt, er oppfølgingen av avvik som blir meldt, herunder mangelen på korrigerende tiltak. Ansattes medvirkning til forbedringsarbeid er en viktig del av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Revisjonen opplever at dette blir gjort i den daglige dialogen, men kan med fordel gjøres mer systematisk. Dette gjelder også i hvilken grad brukere og pårørende blir involvert i forbedringsarbeidet. Forskriften sier også at hele styringssystemet skal gjennomgås og vurderes årlig. Dette har ikke kommunen rutine på, men når det gjelder den årlige revideringen i Digi-pro av rutiner og prosedyrer så gjøres det. Dette bør overføres til å gjelde hele styringssystemet. Når det gjelder sykefraværsoppfølging og dokumentasjon oppfyller ikke kommunen kravet i arbeidsmiljøloven.

Rapporten konkluderer med at kommunen i noen grad har et betryggende system for styring og ledelse i helse og velferdssektoren. Og rapporten konkluderer med at ledelsen i helse og velferdssektoren i liten grad følger opp sine plikter innen sykefraværsoppfølging.

3.2 Anbefalinger

På bakgrunn av den gjennomførte undersøkelsen anbefaler revisjonen at:

- Hamarøy kommune lager mål for virksomhetene, som jevnlig følges opp av lederne.
- Hamarøy kommune sikrer at avviksbehandlingen blir gjennomført slik lovverket tilsier
- Hamarøy kommune systematisk innhenter forslag til forbedring fra ansatte og brukere/pårørende
- Hamarøy kommune lager rutiner som sørger for at hele styringssystemet gjennomgås minst en gang i året
- Hamarøy kommune sørger for at sykefraværsoppfølgingen blir gjennomført slik lovverket tilsier

5 Kommunedirektørens kommentar

5.1 Bemerkninger til kommunedirektørens kommentar

Kommunedirektøren har per e-post 17. november avgitt sin høringsuttalelse til forvaltningsrevisjonen. Det er ikke gjort endringer i rapporten på bakgrunn av kommunedirektørens kommentar. Hele uttalelsen fremgår som vedlegg nummer 1 til rapporten.

6 Litteratur og kildereferanser

Lover og forskrifter

Kommuneloven

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Folketrygdloven

Arbeidsmiljøloven

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

Offentlige dokumenter

Kommunedirektørens internkontroll – Orden i eget hus. Versjon 3, 2020

Utviklingen i sykefraværet, 1. kvartal 2020. Av Therese Sudell. Nav.no

Figuroversikt

Figur 1 Deminssirkel.....	7
Figur 2 Hentet fra Stamina Helse - jobbhelset rapport 2019.	9
Figur 3 Organisasjonskart for administrasjonen i Hamarøy kommune. Hentet fra hjemmesiden til kommunen.....	16
Figur 4 Forenklet organisasjonskart.....	17
Figur 5 Vet du hvor du kan finne arbeidsrutiner/prosedyrer for avdelingen din?	22
Figur 6 Avviksbehandling - Hentet fra KS Orden i eget hus.....	23
Figur 7 Avviksbehandling: Vet du når man skal melde avvik?.....	25
Figur 8 Avviksbehandling: Hvis du oppdager avvik. Har du meldt avviket?	26
Figur 9 Opplever du at nærmeste leder følger opp avvikene som blir meldt?.....	27
Figur 10 I hvilken grad blir ansattes ideer og forslag for forbedring i virksomheten mottatt?	29
Figur 11 I hvilken grad blir brukerne og pårørende inkludert til forbedring av tjenesten?	31
Figur 12 Sykefravær - rapportering	35
Figur 13 I hvilken grad snakkes det om sykefravær og utvikling i sykefravær på personalmøter?	36
Figur 14 I hvilken grad opplever du at nærmeste personalleder opptatt av å redusere sykefraværet?	36
Figur 15 Antall ansatte avdelingsvis.....	37

7 Vedlegg

Vedlegg 1. Høringssvar fra kommunedirektøren

Rapportutkastet er gjennomlest.

Vi synes det er bra å bli evaluert av eksterne, da dette gir en objektiv status på hvordan situasjonen er hos oss. Rapportens innhold er gjenkjennbart. Det meste har vi allerede kunnskap om, men det er en kvalitetssikring å få det bekreftet også fra forvaltningsrevisjonen. Vi erkjenner at jobben kan gjøres bedre, spesielt med tanke på sykefraværsoppfølging. Utfordringen vår er at vi vet hva som skal til, men har ikke personellressurser til å få det gjennomført. Mangel på personell har blitt et hinder for å prioritere både avvik og oppfølging av sykemeldte. Vi har systemene. Det skorter imidlertid på kapasitet til å få brukt dem systematisk.

Rapporten er ærlig, og den vil bli brukt videre i organisasjonens forbedringsarbeid.

Varrudagáj / Med vennlig hilsen

Eirik André Hopland

Háldadusoajvve / Kommunedirektør

Tlf.: 95 92 57 25

www.hamaroy.kommune.no

Vedlegg 2. Utledning til revisjonskriterier

Revisjonskriterier

Kommunedirektøren/Rådmannen i kommunen har etter kommuneloven §25-1 ansvar for å sikre at kommunen har nødvendige dokumenterte rutiner for internkontroll.

Kommuner og fylkeskommuner skal ha internkontroll med administrasjonens virksomhet for å sikre at lover og forskrifter følges. Kommunedirektøren i kommunen og fylkeskommunen er ansvarlig for internkontrollen.

Internkontrollen skal være systematisk og tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold.

Ved internkontroll etter denne paragrafen skal kommunedirektøren

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

På området for helse og omsorgstjenesten er innholdet i denne internkontrollen presisert i *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

Etter forskriftens §3 skal den som har det overordnede ansvaret for virksomheten sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.

Forskriften deler det videre arbeidet med dette opp i firer hoveddeler. Virksomheten skal planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere. Systemet som ivaretar disse fire hoveddelene, skal etter forskriften §4 kalles for et styringssystem.

Etter forskriftens §5 første ledd, skal styringssystemet, jf. pliktene i § 6-§ 9, tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig.

I §5 annet ledd skal gjennomføringen av pliktene dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut ifra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.

Dokumentasjonen skal i henhold til tredje ledd til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

Planlegging

Etter *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* §6a jf. §3, følger det at øverste leder skal:

ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten

Ifølge veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er dette beskrevet som at øverste leder har ansvaret for å sette mål for virksomheten. Videre framgår at det bør settes mål for følgende områder:

- pasient-, bruker- og pårørendetilfredshet
- kvalitet og pasientsikkerhet, herunder pasientopplevd kvalitet
- forbedring personal/HMS

Målene bør utarbeides i samarbeid med resten av organisasjonen. Målene bør være tydelige, konkrete, tallfestede, målbare, tidsbestemte.

På bakgrunn av dette kan vi stille følgende kriteriet:

Øverste leder skal sørge for at det settes opp mål for virksomheten

Videre framgår det at øverste leder har ansvar for å sørge for at målene operasjonaliseres på relevante nivå i virksomheten og for jevnlig å etterspørre og følge opp resultater knyttet til målene. Målene må følges opp kontinuerlig av samtlige ledere i den daglige driften.

På bakgrunn av dette kan vi stille følgende kriteriet:

Øverste leder skal jevnlig følge opp at resultater knyttet til målene følges opp av samtlige ledere

I forskriften § 6 c) jf. §3 står det at øverste leder skal ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten.

I veilederen er det lag til grunn 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. Med «kjent i virksomheten» menes kjent av medarbeiderne.

Veilederen sier også at det i kravet til «ha oversikt over» ligger en plikt til å følge med på hva som til enhver tid er anerkjent og oppdatert kunnskap på eget fagområde.

Videre regnes det som en grunnleggende forutsetning for et styringssystem som skal bidra til at helse- og omsorgslovgivningen oppfylles, at virksomheten kjenner til de lov- og forskriftskravene som gjelder for virksomheten, herunder har oversikt over nye bestemmelser som blir vedtatt og hvilken betydning de eventuelt vil ha for virksomheten.

På bakgrunn av dette kan vi stille følgende kriteriet:

Øverste leder skal ha oversikt over relevant regelverk og sørge for at dette er kjent for alle de ansatte

Etter forskriften §6 g) jf. §3 følger at øverste leder skal ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Det framgår også av §8 e) jf. §3 at øverste leder skal gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges.

Etter veilederen ligger det i dette kravet at øverste leder må sikre at det finnes oversikt, og sørge for at slike tilbakemeldinger, erfaringer og evalueringer er tilgjengelige og trekkes inn i planleggingen av virksomhetens oppgaver.

Videre sier veilederen at godt innarbeidet kultur og et system for at medarbeidere melder ifra om uønskede hendelser er en forutsetning for å avdekke og forebygge avvik. Å analysere hva

som er årsak til hendelsene vil fremme læring og gjøre det mulig å innføre treffsikre tiltak for å forebygge lignende hendelser i fremtiden.

Pasientene, brukerne og de pårørende er viktige kilder til informasjon og kunnskap. Det bør arbeides systematisk med å innhente, prioritere og følge opp tilbakemeldinger og forbedringsideer fra pasienter, brukere og pårørende. Dette kan gjøres gjennom årlige undersøkelser og løpende gjennom for eksempel pasientsikkerhetsvisitter, å følge i pasienten/brukerens fotspor og på faste møtearenaer

Av veilederen til §8 e) følger det at øverste leder har ansvaret for at virksomheten jevnlig gjennomgår avvik og uønskede hendelser. Denne informasjonen skal brukes til å avdekke årsakene til hendelser, fremme læring og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen. For å lykkes med dette må det være en kultur for åpenhet og læring av feil.

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

På bakgrunn av dette kan vi stille følgende kriteriet:

Øverste leder skal sikre at virksomheten har oversikt over avvik og følger opp avvik meldt både fra ansatte og brukere

Gjennomføring

Etter forskriftens §7 d) jf. §3 skal øverste leder sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes

I veiledningen til forskriften mener de det ligger i dette at det for å lykkes i å styre og forbedre virksomheten er avgjørende at medarbeiderne involveres aktivt. Det er de som vet hvor problemer og utfordringer oppstår i den daglige driften. De har også ofte de beste forslagene til tiltak som vil føre til forbedring.

Det er viktig at det legges til rette for og oppmuntres til at medarbeidere skal gi tilbakemeldinger om svikt og mulige forbedringsområder.

Medvirkning kan for eksempel tilrettelegges ved etablering av forbedringsgrupper, medarbeidersamtaler, tavlemøter, forslagskasser, samt gjennom melde- og avviksbehandling og forbedringsarbeid.

For å medvirke på en god måte i forbedringsarbeidet er det en forutsetning at medarbeidere har tilstrekkelig kunnskap i forbedringsarbeid og pasient- og brukersikkerhet.

På bakgrunn av dette kan vi stille følgende kriteriet:

Øverste leder skal sørge for at alle medarbeiderne medvirker slik at en samlet kunnskap og erfaring kan utnyttes

Etter forskriftens §7 e) jf. §3 skal virksomhetens øverste leder sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.

Veiledningen legger til grunn at det 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.

Bestemmelsen må ses i sammenheng med pasient- og brukerrettighetslovens regler om plikten til å informere om hvilke tiltak helse- og omsorgstjenesten vil iverksette for at lignende hendelser ikke skjer igjen, dersom pasienten eller brukeren er påført skade eller alvorlige komplikasjoner.

I tillegg følger det av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 annet ledd at kommunen skal sørge for at virksomheten etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukers erfaringer og synspunkter.

På bakgrunn av dette kan vi stille følgende kriteriet:

Øverste leder skal sørge for at pasienter, brukere og pårørende aktivt involveres i forbedringsarbeidet

Evaluering

Etter forskriftens §8 er øverste leder ansvarlig for å evaluere virksomheten.

Etter veiledningen kan evalueringene gjennomføres gjennom løpende målinger, egenkontroller og inspeksjoner med stikkprøver, samt ved at ledelsen etterspør tilbakemelding fra medarbeiderne på om nye tiltak virker. Dersom evalueringene avdekker at iverksatte tiltak ikke fungerer etter hensikten må det igangsettes forbedringstiltak

Etter forskriftens §8 f) er det en pålagt oppgave å minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten, for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

På bakgrunn av dette kan vi stille følgende kriteriet:

Øverste leder skal sørge for at hele styringssystemet gjennomgås og vurderes minst en gang i året

Korrigere

Etter forskriften §9 skal øverste leder sørge for å korrigere virksomheten. I §9 skal øverste leder sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres.

I veilederen beskrives dette som at de i tilfeller hvor det er avdekket svikt eller uønskede hendelser skal det igangsettes korrigerende tiltak. Det er ikke tilstrekkelig å iverksette tiltak uten å sikre at tiltakene faktisk virker.

For å sikre at tiltakene virker kreves det aktivitet. Øverste leder må sikre at korrigerende tiltak gjennomføres og at de systematisk testes ut og følges av målinger for å dokumentere om de har effekt. I store virksomheter vil det være ledere på lavere nivåer som i praksis sørger for at korrigerende tiltak blir gjennomført.

Øverste leder bør sikre at virksomheten følger opp og vurderer om utfordringene og iverksatte tiltak kan være aktuelle for andre avdelinger. Korrigerende tiltak som viser seg å være gjennomførbare og gir effekt, bør spres til resten av virksomheten der det er relevant.

I veiledningen til §9 a) fremgår det at 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,

På bakgrunn av dette kan vi stille følgende kriteriet:

- **Øverste leder sørger for å lukke uforsvarlige og lovstridige forhold**

Sykefravær

Både folketrygdloven § 25-2 og arbeidsmiljølovens § 4-6 tredje ledd sier at arbeidsgiver i samråd med arbeidstaker skal utarbeide en *oppfølgingsplan* for tilbakeføring til arbeid i forbindelse med ulykke, sykdom, slitasje eller lignende, med mindre det er åpenbart unødvendig. Planen skal være ferdig senest når arbeidstaker har vært helt eller delvis borte fra arbeidet i fire uker. Arbeidsgiver skal også innkalle arbeidstaker til *dialogmøte* om innholdet i oppfølgingsplanen senest innen sju uker etter at arbeidstaker har vært helt borte fra arbeidet som følge av ulykke, sykdom, eller slitasje, med mindre dette er åpenbart unødvendig, jf. arbeidsmiljøloven. § 4-6 fjerde ledd og folketrygdloven. § 25-2 andre ledd. Arbeidsgiver skal kunne dokumentere hvordan bestemmelsene om oppfølgingsplan og dialogmøte har vært fulgt opp, herunder hvem som har vært innkalt til og har deltatt i dialogmøte, jf. arbeidsmiljøloven. § 4-6 femte ledd.

- **Det skal utarbeides en oppfølgingsplan for sykemeldte senest innen fire uker**
- **Det skal gjennomføres dialogmøter for sykemeldte senest innen syv uker**
- **Arbeidsgiver skal kunne dokumentere hvordan bestemmelsene om oppfølgingsplan og dialogmøte har vært fulgt opp. Herunder hvem som har vært innkalt og deltatt i møtene.**



Ássjetjieggidus/Saksutredning

Arkivreferanse: 2023/757-50

Saksbehandler: Britt Kristoffersen Løksa

Sakens gang

Saksnummer	Møtedato	Utvalg
		Kommunestyret

Forvaltningsrevisjon fra 2021 - Ledelse og styring, inkludert sykefraværsoppfølging

Ordførers innstilling

Legges frem uten innstilling

Sakens bakgrunn og faktagrunnlag

Denne saken legges frem for å 1) orientere kommunestyret om forvaltningsrevisjon om «Ledelse og styring, inkludert sykefraværsoppfølging», som ble gjennomført i forrige kommunestyreperiode, og 2) foreslå at kommunestyret vurderer å be kontrollutvalget om å gjennomføre en ny oppfølging av punktene fra opprinnelig vedtak i saken.

Saken er sendt ut for sent ihht. frister for innkalling. Kommunestyret må vurdere om en vil ta saken til behandling nå eller utsette til neste møte.

Ordfører mener at denne forvaltningsrevisjonen er nyttig for dagens kommunestyre å kjenne til, og vil gjøre oppmerksom på at ordfører muntlig overfor kontrollutvalget i deres møte 6. oktober i år nevnte (oppfordret til) at denne kunne være aktuell for ny oppfølging. Ordfører har ikke forslagsrett overfor kontrollutvalget.

Det øverste kontrollansvaret for kommunens virksomhet ligger til kommunestyret, jf. Kommune-loven § 22-1. Kommunestyret velger selv et kontrollutvalg som skal føre løpende kontroll på deres vegne, jf. Kommune-loven § 23-1.

Forvaltningsrevisjonen

Forvaltningsrevisjon «Ledelse og styring, inkludert sykefraværsoppfølging» (rapport, vedlegg 1) ble behandlet i kontrollutvalget 11. februar 2021, og kommunestyret 29.april 2021. Rapportens anbefalinger hentet fra kontrollutvalgets saksfremlegg (vedlegg 2):

Revisors anbefalinger:

Revisor konkluderer som følger i rapporten: «Rapporten konkluderer med at kommunen i noen grad har et betryggende system for styring og ledelse i helse og velferdssektoren. Og rapporten konkluderer med at ledelsen i helse og velferdssektoren i liten grad følger opp sine plikter innen sykefraværsoppfølging.

På bakgrunn av undersøkelsene anbefaler revisor at:

1. *Hamarøy kommune lager mål for virksomhetene, som jevnlig følges opp av lederne.*
2. *Hamarøy kommune sikrer at avviksbehandlingen blir gjennomført slik lovverket tilsier*
3. *Hamarøy kommune systematisk innhenter forslag til forbedring fra ansatte og brukere/pårørende*
4. *Hamarøy kommune lager rutiner som sørger for at hele styringssystemet gjennomgås minst en gang i året*
5. *Hamarøy kommune sørger for at sykefraværsoppfølgingen blir gjennomført slik lovverket tilsier*

Enstemmig vedtak i kommunestyret april 2021 (som kontrollutvalgets innstilling):

1. *Forvaltningsrevisjonsrapporten Ledelse og styring/sykefraværsoppfølging er forelagt kommunestyret i Hamarøy og tas til etterretning.*
2. *Kommunestyret ber kommunedirektøren merke seg rapportens anbefalinger.*
3. *Kommunestyret vil trekke frem rapportens anbefaling 2, 3 og 5 for særskilt oppfølging.*
4. *Kommunestyret ber kontrollutvalget gjennomføre en oppfølging av kommunestyrets vedtak innen sommeren 2021.*

Kontrollutvalget gjorde oppfølging av vedtaket to ganger etterpå, august 2021 og august 2022. Saken ble avsluttet etter dette.

Første gangs oppfølging i kontrollutvalget august 2021. Oversendelse (vedlegg 3, oversendelsen inneholder flere saker enn den aktuelle).

Andre gangs oppfølging i kontrollutvalget august 2022. Oversendelse (vedlegg 4, oversendelsen inneholder flere saker enn den aktuelle).

Forvaltningsrevisjonen med oppfølging er omtalt i årsrapport kontrollutvalget 2022 som ble lagt frem for kommunestyret i sak PS 91/2022, 30.11.2022. Her fremkom følgende:

Prosjektets navn: Ledelse og styring, inkludert sykefraværsoppfølging

Kontrollutvalgets behandling: Rapporten konkluderte med at kommunen i noen grad har et betryggende system for styring og ledelse i helse og velferdssektoren. Og at ledelsen i helse og velferdssektoren i liten grad følger opp sine plikter innen sykefraværsoppfølging. Revisor har formulert fem anbefalinger i rapporten, og utvalget har i sin innstilling til kommunestyret trukket frem tre av disse. Kommunestyret behandlet rapporten i sak 22/2021. Kontrollutvalget tok så opp spørsmålet om oppfølging av kommunestyrets vedtak i møte i august 2021 og august 2022. Administrasjonen har redegjort for på hvilken måte kommunestyrets vedtak er fulgt opp. Kontrollutvalget registrerer at det jobbes systematisk og godt med punktene i forvaltningsrevisjonsrapporten og at kommunestyrets vedtak i stor grad er fulgt opp.

Ordførers vurdering

Ordfører anbefaler at kommunestyret tar saken til orientering, og ber kontrollutvalget om å gjennomføre en ny oppfølging av punktene fra opprinnelig vedtak i saken (rapportens anbefalinger punkt 2, 3 og 5).

Vedlegg

- 1 Rapport_Hamarøy ledelse sykefravær
- 2 saksfremlegg frev ledelse sykefravær
- 3 Oversendelse Hamarøy 27 08 2021
- 4 Oversendelse Hamarøy 26 08 2022