

## Møteinnkalling - Kontrollutvalget i Orkland kommune

---

**Arkivsak:** 24/269  
**Møtedato/tid:** 29.05.2024 kl. 09:00  
**Møtested:** Rådhuset Krokstadøra, Snillfjord omsorgssenter og Aa skole

---

Møtet avvikles for åpne dører, i tråd med kommuneloven § 11-5.

Eventuelle forfall, eller spørsmål om habilitet, meldes til Konsek Trøndelag IKS v/ Eva J. Bekkavik på telefon 468 51 950, eller e-post: [eva.bekkavik@konsek.no](mailto:eva.bekkavik@konsek.no)

Varamedlemmer møter etter nærmere innkalling.

Trondheim, 15.05.2024

Linn Annett Brå Østgaard (sign.)  
Leder av kontrollutvalget

Eva J. Bekkavik  
seniorrådgiver  
Konsek Trøndelag

**Kopi:** Varamedlemmer, ordfører, kommunedirektør og Revisjon Midt-Norge SA

## Sakliste

<b>Saksnr.</b>	<b>Sakstittel</b>
23/24	Snillfjord omsorgssenter - orientering til kontrollutvalget
24/24	Aa skole - orientering til kontrollutvalget
25/24	Forvaltningsrevisjonsrapport - Eldreomsorg
26/24	Plan for eierskapskontroll 2024 - 2028
27/24	Plan for forvaltningsrevisjon 2024 - 2028
28/24	Reglement for kontrollutvalget
29/24	Oppfølging av selskaper - Midt-Norge IUA
30/24	Oppfølging av selskaper - Konsek Trøndelag IKS
31/24	Opplæring av kontrollutvalget
32/24	Henvendelse om Meldal Barne- og ungdomsskole
33/24	Innspill til kontrollarbeidet
34/24	Referatsaker
35/24	Godkjenning av protokoll fra dagens møte

## **Snillfjord omsorgssenter - orientering til kontrollutvalget**

---

**Behandles i utvalg**

Kontrollutvalget i Orkland kommune

**Møtedato**

29.05.2024

**Saknr**

23/24

**Saksbehandler** Eva J. Bekkavik**Arkivkode** FE-033**Arkivsaknr** 23/594 - 15**Forslag til vedtak**

Kontrollutvalget tar redegjørelsen fra Snillfjord omsorgssenter til orientering.

**Saksopplysninger**

For å bli bedre kjent med den kommunale forvaltningen og for at ansatte i kommunen skal bli kjent med kontrollutvalget, kan utvalget besøke ulike kommunale virksomheter. Dette kan også omfatte kommunale foretak og selskap (se Kommunal- og distriktsdepartementet sin kontrollutvalgsbok s. 33).

Kontrollutvalget har i sin års- og møteplan for 2024 (sak 61/23, møte 06.12.2023) satt opp tre virksomhetsbesøk i 2024, Å oppvekstsenter og Snillfjord omsorgssenter i mai, Lysheim skole og Mølnbukta barnehage i september og Årlivoll skole i oktober.

Kontrollutvalgets sekretariat har sendt en forespørsel til kommunedirektøren om å få besøke Snillfjord omsorgssenter på sitt møte 29. mai, kommunalsjef Helse og mestring har svart at dette lar seg gjøre. Kontrollutvalget har bedt om en generell orientering om enheten og om eventuelle utfordringer som enheten har eller ser at man vil få fremover.

På Orkland kommunes hjemmesider så står følgende om Snillfjord omsorgssenter:

Snillfjord omsorgssenter ligger i Aunlia boligfelt på Krokstadøra. Senteret består av sykehjem, miljøavdeling og serviceboliger.

Vi har tilbud om dagplasser, korttidsplasser, langtidsplasser og heldøgns omsorgsplasser. Her gis det et helhetlig tilbud til mennesker med behov for helsemessig og medisinsk omsorg og tilsyn. Gjennom vårt dagtilbud og korttidsopphold ønsker vi å stimulere til at flest mulig kan bo hjemme så lenge som mulig.

**Konklusjon**

Kontrollutvalgets sekretariat viser til orienteringen som blir gitt og anbefaler kontrollutvalget å ta redegjørelsen til orientering.

## Aa skole - orientering til kontrollutvalget

---

**Behandles i utvalg**

Kontrollutvalget i Orkland kommune

**Møtedato**

29.05.2024

**Saknr**

24/24

**Saksbehandler** Eva J. Bekkavik**Arkivkode** FE-033**Arkivsaknr** 23/594 - 14**Forslag til vedtak**

Kontrollutvalget tar redegjørelsen fra Aa skole til orientering.

**Saksopplysninger**

For å bli bedre kjent med den kommunale forvaltningen og for at ansatte i kommunen skal bli kjent med kontrollutvalget, kan utvalget besøke ulike kommunale virksomheter. Dette kan også omfatte kommunale foretak og selskap (se Kommunal- og distriktsdepartementet sin kontrollutvalgsbok s. 33).

Kontrollutvalget har i sin års- og møteplan for 2024 (sak 61/23, møte 06.12.2023) satt opp tre virksomhetsbesøk i 2024, Aa skole/oppvekstsenter og Snillfjord omsorgssenter i mai, Lysheim skole og Mølnbukt barnehage i september og Årlivoll skole i oktober.

Kontrollutvalgets sekretariat har sendt en forespørsel til kommunedirektøren om å få besøke Aa skole/oppvekstsenter på sitt møte 29. mai, kommunalsjef oppvekst har svart at dette lar seg gjøre. Kontrollutvalget har bedt om en generell orientering om enheten og om eventuelle utfordringer som enheten har eller ser at man vil få fremover.

På Orkland kommunes hjemmesider så står følgende om Aa skole:

Aa skole er en del av Krokstadøra oppvekstsenter, som består av barnehage, skole og SFO. Skolen ligger på Krokstadøra og er en 1-10 skole. De siste par årene har skolen gjennomgått en omfattende renovering både inne og ute.

Aa skole ligger slik til at vi har kort vei til både sjø, skog og fjell. Vi bruker utemiljøet for å stimulere sosial, fysisk og faglig læring og utvikling.

Vi har også svømmebasseng, lysløype og bibliotek i umiddelbar nærhet.

**Konklusjon**

Kontrollutvalgets sekretariat viser til orienteringen som blir gitt og anbefaler kontrollutvalget å ta redegjørelsen til orientering.



# Forvaltningsrevisjonsrapport - Eldreomsorg

---

**Behandles i utvalg**

Kontrollutvalget i Orkland kommune

**Møtedato**

29.05.2024

**Saknr**

25/24

**Saksbehandler** Eva J. Bekkavik

**Arkivkode** FE-217, TI-&58

**Arkivsaknr** 23/114 - 10

---

**Forslag til vedtak**

Kontrollutvalget tar rapporten til orientering og legger den frem for kommunestyret med følgende innstilling:

1. Kommunestyret tar forvaltningsrevisjonsrapport om eldreomsorg til orientering.
2. Kommunestyret ber kommunedirektøren om å:
  - Drøfte praksis for kassasjon og lån av medisiner i forbindelse med neste farmasøytiske tilsyn.
  - Finne en ordning for avviksmelding ved institusjonene som oppleves brukervennlig, og/eller tilby opplæring i bruk av system for de som trenger veiledning i dette.
  - Utarbeide prosedyrer som sikrer lik kvalitet i tjenestene på tvers av enheter.
  - Utarbeide en forskrift for tildeling av plass på sykehjem-langtidsopphold som tilfredsstillende kravene til egen lokal forskrift i juridisk forstand.
  - Revidere rutinen for legemiddelhåndtering med tanke på renhold og temperatursjekk.
3. Kommunestyret ber kommunedirektøren gi kontrollutvalget skriftlig tilbakemelding om hvordan kommunestyrets vedtak er fulgt opp innen 15.11.2024.

**Vedlegg**

Forvaltningsrevisjonsrapport - Eldreomsorg

**Saksopplysninger**

Kontrollutvalget og kommunestyret har gjennom utarbeidelsen og vedtak av plan for forvaltningsrevisjon for 2020 – 2024, lagt premissene for forvaltningsrevisjonsarbeidet ut 2024.

På kontrollutvalgets møte 28. februar 2023 bestilte utvalget en forvaltningsrevisjon av eldreomsorg i Orkland kommune.

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i perioden april 2023 til mai 2024.

Revisjon Midt-Norge SA har på bakgrunn av bestillingen fra kontrollutvalget formulert følgende problemstillinger for prosjektet:

1. Har Orkland kommune tilfredsstillende system for ledelse og kvalitetsforbedring ved institusjonene?
2. Sikrer Orkland kommune at helse- og omsorgstilbudet til beboere med vedtak om institusjonsplass er i tråd med regelverket og faglige anbefalinger?

**Metode**

Det er gjennomført et oppstartsmøte med kommunalsjef for helse og mestring og de tre enhetslederne med ansvar for tjenestestedene med institusjonsbasert eldreomsorg i kommunen. Videre ble det gjennomført individuelle intervju med hver av enhetslederne og gruppeintervju med 3-6 representanter for de ansatte ved de fire institusjonene. det er også gjort et intervju med leder for tildelingskontoret. Revisor har gått gjennom aktuelle dokumenter, og ved sitt besøk ved de fire institusjonene ble det gjennomført observasjoner av medisinrom og medisintraller. Revisor vurderer at disse metodene for innsamling av informasjon til sammen gir et relevant og pålitelig faktagrunnlag som bakgrunn for vurderingene i rapporten.

**Revisjonens konklusjon**

Har Orkland kommune tilfredsstillende system for ledelse og kvalitetsforbedring ved institusjonene?

Revisor konkluderer med at Orkland kommune har tilfredsstillende system for ledelse og kvalitetsforbedring ved institusjonene.

Det gjøres et systematisk arbeid med internkontroll, på overordnet nivå i kommunen og ved de enkelte enhetene. System og rutiner som skal sikre at den enkelte pasient/beboer blir ivaretatt, er imidlertid ikke fullt ut samordnet på tvers av enhetene. Følgelig, mangler et system for å sikre tjenestetilbud av lik kvalitet i hele kommunen. Det er videre stor forskjell i bemanning og kompetanse ved de ulike enhetene, som også virker inn på kvalitet i tjenesten på tvers av tjenestesteder. Administrativ ledelse i kommunen og enhetsledere innen helse og mestring arbeider strategisk for å legge til rette for lik kvalitet i tjenestene ved kommunens tjenestesteder. Revisors vurdering er at noe gjenstår før dette er på plass.

Sikrer Orkland kommune at helse- og omsorgstilbudet til beboere med vedtak om institusjonsplass er i tråd med regelverket og faglige anbefalinger?

Revisor konkluderer med at Orkland kommune sikrer et helse- og omsorgstilbud i tråd med regelverk og faglige anbefalinger ved sine institusjoner.

Det er imidlertid funnet noen avvik innen legemiddelhåndtering som bør bemerkes. Dette gjelder renhold av medisinerom, og praksis for kassering av legemidler og lån av legemidler mellom beboere ved enkelte enheter.

### **Revisors anbefaling**

- Å drøfte praksis for kassasjon og lån av medisiner i forbindelse med neste farmasøytiske tilsyn.
- Å finne en ordning for avviksmelding ved institusjonene som oppleves brukervennlig, og/eller tilby opplæring i bruk av system for de som trenger veiledning i dette

### **Vurdering**

Kontrollutvalgets sekretariat mener at revisor har svart ut problemstillingene som var satt for forvaltningsrevisjonen, og at rapporten gir nyttig informasjon om eldreomsorgen i Orkland kommune.

### **Konklusjon**

I forslag til vedtak punkt 2 så har sekretariatet foreslått tre kulepunkt i tillegg til revisors anbefaling. Disse er: lik kvalitet i tjenestene på tvers av enheter, forskrift for tildeling av plass på sykehjem-langtidsopphold, samt å revidere rutinene for legemiddelhåndtering. Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å ta rapporten til orientering og legge den frem for kommunestyret med forslag om at kommunedirektøren følger opp punkt 2 i vedtaket.

# ELDRESOMSORG

Orkland kommune

Forvaltningsrevisjon



**2024**



# FORORD

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført denne forvaltningsrevisjonen på oppdrag fra Orkland kommunes kontrollutvalg i perioden april 2023 til mai 2024.

Vi vil takke alle som har bidratt med informasjon i prosjektet.

Alle rapporter fra Revisjon Midt-Norge SA publiseres på [www.revisjonmidt norge.no](http://www.revisjonmidt norge.no).

Trondheim, 7. mai 2024

Marie Husøy Sæther

Oppdragsansvarlig revisor

Marit Ingunn Holmvik

Prosjektmedarbeider

# SAMMENDRAG

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført denne forvaltningsrevisjonen på oppdrag fra kontrollutvalget i Orkland kommune. Vi har undersøkt tema eldreomsorg.

**Første problemstilling** dreier seg om system for ledelse og kvalitetsforbedring ved institusjoner som tilbyr eldreomsorg. Vår konklusjon er at Orkland kommune har tilfredsstillende system for ledelse og kvalitetsforbedring ved institusjonene.

Vår vurdering er at det gjøres et systematisk arbeid med internkontroll, på overordnet nivå i kommunen og ved de enkelte enhetene. System og rutiner som skal sikre at den enkelte pasient/beboer blir ivaretatt, er imidlertid ikke fullt ut samordnet på tvers av enhetene. Følgelig, mangler et system for å sikre tjenestetilbud av lik kvalitet i hele kommunen. Det er videre stor forskjell i bemanning og kompetanse ved de ulike enhetene, som også virker inn på kvalitet i tjenesten på tvers av tjenestesteder. Kommunen arbeider strategisk for å legge til rette for lik kvalitet i tjenestene ved kommunens tjenestesteder.

**Andre problemstilling** handler om kvalitet i helse- og omsorgstjenester til eldre ved institusjon. Vår konklusjon er at Orkland kommune sikrer et helse- og omsorgstilbud i tråd med regelverk og faglige anbefalinger ved sine institusjoner.

Det er imidlertid funnet enkelte avvik innen legemiddelhåndtering. Dette gjelder renhold av medisinerom, og praksis for kassering av legemidler og lån av legemidler mellom beboere ved enkelte enheter.

Revisor har følgende anbefalinger til kommunen:

- Å drøfte praksis for kassasjon og lån av medisiner i forbindelse med neste farmasøytiske tilsyn.
- Å finne en ordning for avviksmelding ved institusjonene som oppleves brukervennlig, og/eller tilby opplæring i bruk av system for de som trenger veiledning i dette.

# INNHALDSFORTEGNELSE

Forord .....	3
Sammendrag.....	4
Innholdsfortegnelse .....	5
1 Innledning.....	7
1.1 Bestilling.....	7
1.2 Problemstillinger.....	7
1.3 Metode .....	9
1.4 Uttalelse om rapport .....	12
1.5 Eldreomsorg ved institusjon i Orkland kommune .....	12
2 System for ledelse og kvalitetsforbedring .....	15
2.1 Problemstilling .....	15
2.2 Internkontroll.....	16
2.2.1 Revisjonskriterier .....	16
2.2.2 Funn .....	16
2.2.3 Vurderinger .....	19
2.3 Bemanning og kompetanse .....	20
2.3.1 Revisjonskriterier .....	20
2.3.2 Funn .....	20
Bemanning og kompetanse.....	20
2.3.3 Vurdering .....	22
3 Helse- og omsorgstjenester på institusjon .....	24
3.1 Problemstilling .....	24
3.2 Kartlegging av tjenestebehov og tildeling av tjenester .....	24
3.2.1 Revisjonskriterier .....	24
3.2.2 Funn .....	25
3.2.3 Vurderinger .....	27
3.3 Bruker- og pårørendemedvirkning .....	28
3.3.1 Revisjonskriterier .....	28
3.3.2 Funn .....	28
3.3.3 Vurderinger .....	30
3.4 Aktivitetstilbud .....	30
3.4.1 Revisjonskriterier .....	30
3.4.2 Funn .....	30
3.4.3 Vurderinger .....	31
3.5 Ernæring .....	31
3.5.1 Revisjonskriterier .....	31
3.5.2 Funn .....	31
3.5.3 Vurderinger .....	32
3.6 Legemiddelhåndtering .....	33
3.6.1 Revisjonskriterier .....	33
3.6.2 Funn .....	33

3.6.3 Vurdering .....	36
4 Konklusjon og anbefalinger .....	39
Kilder .....	40
Vedlegg 1 – Utledning av revisjonskriterier .....	42
Vedlegg 2 – Uttalelse .....	53

## **Figurer og tabeller**

Figur 1. Organisasjonskart Helse- og mestringstjenesten, Orkland kommune .....	12
Tabell 1. KOSTRA-tall for Orkland kommune 2020-2023 .....	14



# 1 INNLEDNING

## 1.1 Bestilling

Kontrollutvalget i Orkland kommune vedtok i sak 3/23 den 28. februar 2023 å bestille en forvaltningsrevisjon med tema eldreomsorg. Bestillingen er i samsvar med plan for forvaltningsrevisjon for 2020-2024. I planen er eldreomsorg listet som aktuelt for forvaltningsrevisjon med bakgrunn i at Orkland kommune i 2020 ble opprettet som følge av kommunesammenslåing. Institusjonsbaserte helse- og omsorgstjenester til eldre i Orkland kommune tilbys ved fire tjenestesteder som før 2020 lå i fire separate kommuner. Ulik kultur og ulike retningslinjer for driften ved de fire stedene kan by på utfordringer når tjenesten samordnes i den nye kommunen.

Med bakgrunn i dette, står følgende innspill fra kontrollutvalget i bestillingen: «Er det ulikheter når det gjelder bemanning på sykehjemmene (institusjonene), antall personer, kompetanse og spesialkompetanse? Hva med trivselen hos beboere/pårørende og ansatte?»

Prosjektplan i tråd med bestillingen ble presentert for kontrollutvalget i møte den 16. mai 2023. Kontrollutvalget vedtok i sak 14/23 prosjektplanen. I protokollen er det notert at kontrollutvalget ønsker at revisjonen skal vurdere om det kan være hensiktsmessig å sende ut pårørendeundersøkelse, brukerundersøkelse og ansattundersøkelse i forbindelse med prosjektet.

## 1.2 Problemstillinger

Følgende problemstillinger vil bli besvart i rapporten:

- 1. Har Orkland kommune tilfredsstillende system for ledelse og kvalitetsforbedring ved institusjonene?**
- 2. Sikrer Orkland kommune at helse- og omsorgstilbudet til beboere med vedtak om institusjonsplass er i tråd med regelverket og faglige anbefalinger?**

Det er gjort endringer i ordlyden til problemstillingene siden prosjektplan ble vedtatt. Dette er kun språklige og ikke innholdsmessige endringer.

## Presiseringer og avgrensninger

Problemstillingene besvares ved å se nærmere på utvalgte områder:

1. System for ledelse og kvalitetsforbedring
  - Internkontroll, herunder
    - Kvalitetssystem og prosedyrer
    - Risikovurdering
    - Avvikshåndtering
  - Bemanning og kompetanse
  
2. Helse- og omsorgstilbud ved institusjon
  - Kartlegging av tjenestebehov og tildeling av tjenester
  - Bruker- og pårørendemedvirkning
  - Aktivitetstilbud
  - Ernæring
  - Legemiddelhåndtering

Punktet om kvalitetssystem og prosedyrer, som underpunkt til internkontroll, ble lagt til underveis i prosjektet. Dette er ikke drøftet med kontrollutvalget, da vi anså dette som en endring i hvordan vi ville strukturere rapporten, og ikke en endring i det innholdsmessige.

Punktene om ernæring og legemiddelhåndtering ble lagt til etter at prosjektplanen ble vedtatt. Dette ble avklart med kontrollutvalgets leder. Tilleggene ble gjort med tanke på å skape et bredere grunnlag for vurderingene i rapporten.

Forvaltningsrevisjonen avgrenses til ledelse og kvalitetsarbeid og tjenestetilbud ved kommunens fire tjenestesteder som tilbyr institusjonsbasert eldreomsorg, og ikke helse- og omsorgstjenester utenfor disse. Ingen av de fire stedene er rene institusjoner. Beboere som har vedtak om institusjonsplass, bor delvis side om side med beboere med vedtak om heldøgns omsorg (HDO-plass). Store deler av helse- og omsorgstjenestene til beboerne ved enhetene er likt uavhengig av hvilket vedtak som ligger til grunn for type plass. Noen av funnene i rapporten vil dermed også gjelde for beboere med HDO-plass, selv om datainnsamlingen og vurderingene er gjort med nevnte avgrensning.

I *Plan for forvaltningsrevisjon 2020-2024* er kjøkkendrift ved institusjonene nevnt som mulig tema innenfor området eldreomsorg. I prosjektplanen er det presisert at revisjonen ikke vil favne dette temaet. Tema er likevel i noen grad berørt i at ernæring er med som underpunkt til første problemstilling.

Videre er det fra kontrollutvalgets side ytret ønske om at revisor vurderer om det er hensiktsmessig å sende ut pårørendeundersøkelse, brukerundersøkelse og ansattundersøkelse som del av forvaltningsrevisjonen. I vedtatt prosjektplan er prosjektet avgrenset til ikke å omfatte å gjennomføre slike undersøkelser. Denne vurderingen er gjort på bakgrunn av at kommunen selv regelmessig gjennomfører slike undersøkelser. Resultatene fra disse vil brukes som del av faktagrunnlaget i rapporten.

I prosjektplanen står det at revisor vil be om innsyn i avvikssystemet. I arbeidet med rapporten har vi ikke prioritert å gjennomgå meldte avvik. Etter vår vurdering, har vi fått tilstrekkelig informasjon om temaet fra intervju.

Flere av tjenestestedene har nybygde lokaler. Hamnahaugen helse- og omsorgssenter har nye lokaler, som står delvis ubrukt grunnet for knapp bemanning til å kunne drifte forsvarlig med fullt antall senger. Meldal helsetun er under utbygging. Helsetunet har flyttet inn i første byggetrinn, mens byggetrinn 2 ikke er fullt ferdigstilt. Flere pasientrom, storkjøkken, dagsenter og medisinrom står omtrent ferdige, men er ikke tatt i bruk per april 2024. De ubenyttede delene av bygningene fører med seg noen driftskostnader. Samtidig opplever kommunen at det mangler kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus. Flere av de vi har intervjuet har fortalt om dette. Dette har ikke vært tema i denne revisjonen, og rapporten er derfor avgrenset til ikke å omtale dette.

De siste årene har Orkland kommune arbeidet med å utrede fremtidig tjenestestruktur i kommunen. Dette arbeidet er begrunnet i blant annet kommunesammenslåing og demografiske endringer i befolkningen. Utredningen omhandler også kommunal eldreomsorg, og flere vi har snakket med har ytret seg om dette. Dette temaet er ikke del av denne revisjonen, og vil derfor ikke bli drøftet i denne rapporten.

### 1.3 Metode

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til NKRFs<sup>1</sup> standard for forvaltningsrevisjon, RSK 001. Revisor har vurdert egen uavhengighet overfor Orkland kommune, jf. kommuneloven § 24-4 og forskrift om kontrollutvalg og revisjon kapittel 3.

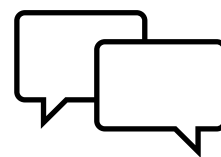
Vi har brukt flere metoder for å samle inn data til dette prosjektet.

---

<sup>1</sup> [RSK 001 \(nkrf.no\)](https://nkrf.no)

## Intervju

Forvaltningsrevisjonen begynte med et oppstartsmøte med kommunalsjef for området helse og mestring og de tre enhetslederne med ansvar for tjenestestedene med institusjonsbasert eldreomsorg i kommunen. Oppstartsmøtet ble holdt digitalt.



Revisjonen har besøkt alle de fire institusjonene i kommunen. Ved besøkene ble det gjennomført individuelle intervju med hver av enhetslederne og gruppeintervju med 3-6 representanter for de ansatte ved hver av institusjonene. Gruppene var satt sammen av tillitsvalgte, verneombud, avdelingsledere og representerte både sykepleiere, helsefagarbeidere og hjelpepleiere.

Intervju med leder for tildelingskontoret er gjennomført digitalt.

Det er skrevet referat fra alle intervju og møter, som alle er godkjent av intervjuobjektene. Noen av intervjuobjektene har også besvart oppfølgingsspørsmål per e-post eller telefon i etterkant av intervjuene.

## Dokumentgjennomgang

Følgende dokumentasjon er gjennomgått:

- Kvalitetsmelding for Helse- og mestringstjenestene (2022 og 2023)
- ROS-analyse Hjemmetjenesten og institusjon, Orkland kommune (2023)
- Resultater fra brukerundersøkelse besvart av beboere og pårørende ved de fire enhetene med institusjonsplasser (2022)
- Resultater fra spørreundersøkelse til ansatte i anledning tjenesteutredning, Helse og mestring (2023)
- Temaplan «Kompetanse og heltid», Orkland kommune
- Virksomhetsplaner for de fire enhetene
- Rutiner for ernæring og legemidelhåndtering
- Søknadsskjema «Søknad om helse- og omsorgstjenester», Orkland kommune
- Tildelingskontorets maler for vedtak
- Veiledende tildelingskriterier for helse- og omsorgstjenester Orkland kommune, del om sykehjem/institusjon/HDO-bolig
- Kartleggings skjema (IPLOS)
- Skjema «Første vurderingsbesøk i hjemmet eller på institusjon»



## Observasjon

Ved besøk ved enhetene fikk vi en omvisning av avdelingsleder eller sykepleier. Som del av omvisningen ble det gjennomført observasjoner av medisinrom og medisintraller. Sykepleier ved enheten var til stede i rommet. Ved to av fire enheter observerte vi opplegg av medikamenter. Observasjonene ble loggført i skjema, hvor relevante punkt var definert på forhånd. Observasjonene ble gjort av to fra revisjonen.



Omvisningen inkluderte kjøkken ved tre av enhetene og lokaler til dagsenter/aktiviteter ved to av enhetene. Ved Meldal helsetun er verken kjøkken eller dagsenter tatt i bruk per april 2024.

## Vurdering av metode

Vi vurderer at disse metodene for innsamling av informasjon til sammen gir et relevant og pålitelig faktagrunnlag som bakgrunn for vurderingene i rapporten. De ulike metodene har hver sine styrker og utfyller hverandre. Metodikken har også noen svakheter.

Gjennomgang av dokumentasjon gir anledning til å undersøke kommunens systematiske arbeid med helse- og omsorgstilbudet, og med ledelse og kvalitetsforbedring. Informasjon fra intervju supplerer dette inntrykket med intervjuobjektens subjektive oppfattelse av hvordan dette fungerer i praksis.

Noen av intervjuene har vært gjennomført som gruppeintervju. Gruppeintervju kan være fordelaktig fordi intervjuobjektene da har anledning til å drøfte tema seg imellom, som kan lede til nye refleksjoner. Samtidig vil dynamikken preges av gruppens sammensetning, og enkeltstemmer kan være dominerende. I intervju med noen ansattgrupper har avdelingsleder vært til stede. Man kan tenke seg at det kan ha innvirkning på medarbeidernes utsagn. Vi kan ikke utelukke at gruppesammensetningen har påvirket informasjonen vi har fått i intervju.

Observasjon har gitt oss mulighet til selv å danne oss et inntrykk av lokalene og observere praksis, som supplement til intervjuobjektens beskrivelser av hvordan medikamenthåndtering skjer ved enhetene.

Som del av dokumentgjennomgang har vi sett på tildelingskontorets vedtaksmaler. Det er en svakhet at faktiske vedtak ikke er gjennomgått, da dette ville gitt et grunnlag for å si noe om kommunens praksis i arbeidet med vedtak. Videre, er det uten å se på faktiske vedtak ikke mulig å si noe om saksbehandlingstid i kommunen eller om kommunen sender ut foreløpig svar ved forsinkelser i behandling av søknader.

## 1.4 Uttalelse om rapport

En foreløpig rapport ble sendt til kommunedirektøren i Orkland kommune for uttalelse den 22. april 2024. Revisjon Midt-Norge SA mottok svar den 6. mai 2024. Uttalelsen er vedlagt rapporten (vedlegg 2). I uttalelsen blir det opplyst om en faktafeil, som er korrigert i den endelige versjonen av rapporten. Rapportens vurderinger og konklusjoner er ikke endret.

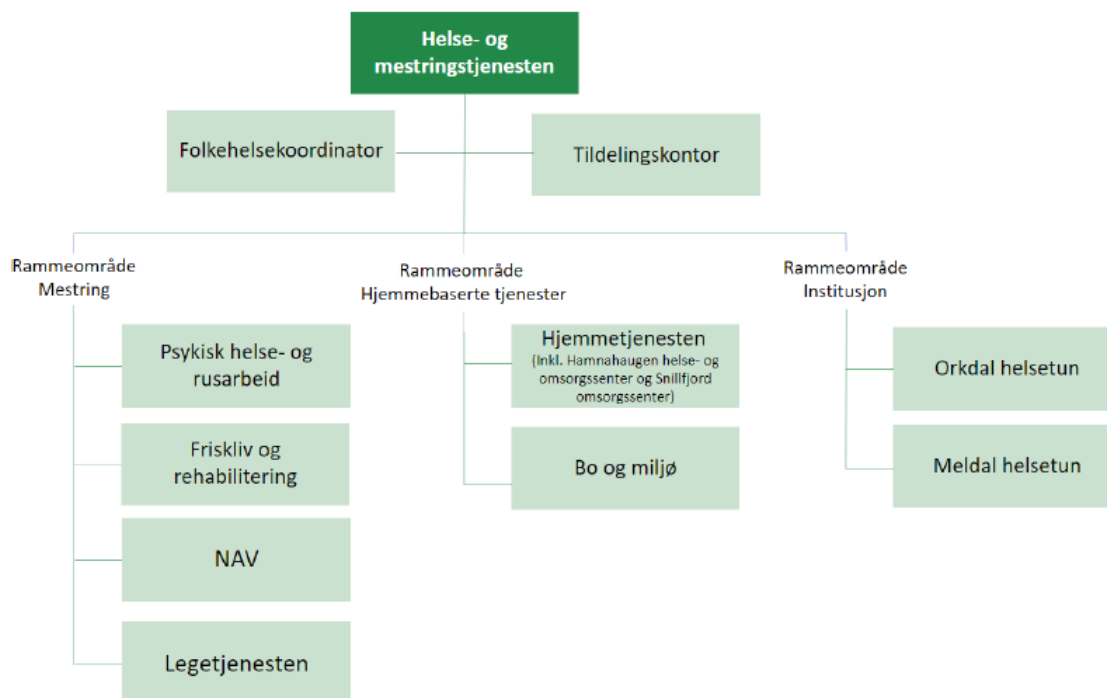
## 1.5 Eldreomsorg ved institusjon i Orkland kommune

### Organisering

Orkland kommune ble etablert 1. januar 2020 ved sammenslåing av Orkdal, Meldal, Agdenes og deler av Snillfjord kommune. Etter kommunesammenslåing har Orkland kommune fire tjenestesteder med heldøgns pleie- og omsorgstjenester og institusjonsplasser:

- Orkdal helsetun (tidligere Orkdal kommune)
- Meldal helsetun (tidligere Meldal kommune)
- Hamnaugan helse- og omsorgssenter (tidligere Agdenes kommune)
- Snillfjord omsorgssenter (tidligere Snillfjord kommune)

Figur 1. Organisasjonskart Helse- og mestringstjenesten, Orkland kommune



Kilde: Handlingsplan 2023-2026 med budsjett 2023, Orkland kommune

Kommunedirektør er øverste administrative leder i kommunen. Institusjonene er organisert under kommunalsjefområdet *Helse og mestring*. Orkdal helsetun og Meldal helsetun ligger under rammeområde *Institusjon* og er egne enheter med respektive enhetsledere.

Hamnahaugen helse- og omsorgssenter og Snillfjord omsorgssenter er organisert under *Hjemmetjenesten*, og har samme enhetsleder.

Organisasjonskartet antyder at kommunen har samlet alle beboere med vedtak om institusjonsplass ved to tjenestesteder. I realiteten er det både brukere med vedtak om institusjonsplass og med vedtak om heldøgns omsorgsbolig (HDO-plass) ved alle de fire tjenestestedene. Tjenestestedene varierer i størrelse og i andelen beboere som har vedtak om institusjonsplass. Ingen av stedene er rene institusjoner.

I det videre i rapporten brukes begrepet *enhet* om de fire tjenestestedene som tilbyr institusjonsbasert eldreomsorg i Orkland kommune. Ifølge organisasjonskartet over, er det kun helsetunene som organisatorisk er selvstendige enheter. Bruken av begrepet *enhet* er dermed utvidet til å favne bredere i det følgende, av hensyn til lesbarhet.

Kommunalsjef helse og mestring forteller i intervju at det er et uttalt mål i kommunen å ha lik kvalitet på alle enhetene. For å nå dette målet jobber kommunen etter nettverksmodeller. Enhetslederne og kommunalsjef møtes ukentlig. I disse møtene drøftes strategiske og dagsaktuelle tema for å komme frem til felles praksis. Ulikheter i størrelse, fagområder og tilgang på kvalifisert arbeidskraft fører til at det per i dag er ulik kvalitet i tilbudet mellom enhetene. Fra overordnet nivå, er kommunedirektør opptatt av å sørge for at internkontrollen er på plass.

I intervju ved Meldal helsetun i mars 2024, forteller enhetsleder at et utvalg nå er nedsatt på kommunalt nivå, som del av arbeidet med å sikre likhet på tvers av institusjonene i kommunen.

### **Begrepsforklaring**

**Brukere av hjemmetjenester** er definert som brukere bosatt i egne hjem, kommunal bolig eller omsorgsbolig og som mottar hjelp til praktisk bistand og/eller hjemmesykepleie, herunder de brukere som har det som kalles HDO-plasser i denne rapporten.

**Institusjonsbeboere** defineres som beboere i institusjon.

Det samme skillet mellom institusjonsbeboere og brukere av hjemmetjenester (herunder HDO-plasser) gjøres i KOSTRA.

Vi viser til veiledende tildelingskriterier for tilbud om helse og omsorgstjenester i kommunen, omtalt i kapittel om tildeling av tjenester, for nærmere beskrivelse.

## Statistikk

Tabell 1. KOSTRA-tall for Orkland kommune 2020-2023

Variabel	2020	2021	2022	2023
Sykehjem kommunale plasser, Orkland kommune, antall	184	167	152	139
Andel innbyggere 80 år og eldre med institusjonsopphold, %	14,5	12,9	11,1	10,5
Brukere av hjemmetjeneste, antall	732	710	680	730
Brukere av institusjonstjenester, antall	193	181	166	150

Kilde: [www.ssb.no](http://www.ssb.no) KOSTRA-tabeller 13232, 12209, 12003

KOSTRA-tall viser at antallet plasser på sykehjem (institusjon), andelen innbyggere over 80 år med institusjonsopphold, og brukere av institusjonstjenester i Orkland kommune har gått ned siden 2020. Antall brukere av hjemmetjeneste gikk ned i perioden 2020-2022, for så å øke i 2023.



## 2 SYSTEM FOR LEDELSE OG KVALITETSFORBEDRING

I dette kapitlet beskriver vi utvalgte områder og krav til systematisk forbedringsarbeid innen eldreomsorg ved institusjon i kommunen.

### 2.1 Problemstilling

Det er utarbeidet følgende problemstilling:

- **Har Orkland kommune tilfredsstillende system for ledelse og kvalitetsforbedring ved institusjonene?**

Problemstillingen besvares gjennom to hovedpunkt: internkontroll og bemanning og kompetanse. Internkontroll omfatter her kvalitetssystem og prosedyrer, risikovurdering og avvikshåndtering.

- Internkontroll, herunder
  - Kvalitetssystem og prosedyrer
  - Risikovurdering
  - Avvikshåndtering
- Bemanning og kompetanse

Under punktet om internkontroll vil vi undersøke rutine ved kommunens enheter som tilbyr institusjonsbasert eldreomsorg og ikke på overordnet nivå i kommunen. Dette var tema i en egen forvaltningsrevisjon fra 2023<sup>2</sup>.

I det følgende, presenteres revisjonskriterier, funn og vurderinger i egne delkapitler for hvert av de to underpunktene: internkontroll og bemanning og kompetanse. Revisjonskriterier er utvalgte krav og forventninger til kommunen og kommunale helse- og omsorgstjenester. Utledningen av revisjonskriteriene finnes i vedlegg 1. Kriteriene er utledet fra forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene og Orkland kommunes temaplan «Kompetanse og heltid».

---

<sup>2</sup> [www.revisjonmidt-norge.no/prosjekter](http://www.revisjonmidt-norge.no/prosjekter)

## 2.2 Internkontroll

### 2.2.1 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet for tema internkontroll:

- Kommunen skal ha et skriftlig kvalitetssystem med prosedyrer som sikrer at den enkelte beboer ved institusjonene blir ivaretatt.
- Ledelsen ved institusjonene skal ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av regelverk.
- Ledelsen ved institusjonene skal planlegge hvordan risiko kan minimeres.
- Ledelsen ved enhetene skal ha oversikt over avvik ved institusjonene, og anvende dette i virksomhetens forbedringsarbeid.

### 2.2.2 Funn

Det utarbeides årlig «Kvalitetsmelding for helse- og mestringstjenestene».

Kvalitetsmeldingen viser kommunens systematiske arbeid med å kartlegge status og hvordan det jobbes for å sikre god kvalitet i tjenestene. Rapporten er kommunedirektørens vurdering av kvaliteten på tjenestene kommunisert til ansatte, innbyggere og politisk nivå. Meldingen er ment som virkemiddel for å sikre et felles utgangspunkt for videre arbeid med kvalitet i tjenestene i kommunen.

Vi har fått tilsendt kvalitetsmeldingene for 2022 og 2023 for gjennomgang.

Kvalitetsmeldingene viser først til resultater fra brukerundersøkelsene fra 2022. Deretter følger egne avsnitt for utvalgte nøkkelpunkter som kompetanse og rekruttering, heltidskultur, avviksmeldinger, ernæringskartlegging, tannhelse, primærkontakt for beboere, og kontakt med pårørende. Avsnittene inneholder først en situasjonsbeskrivelse av de ulike punktene, som følges av en kort vurdering. Kvalitetsmeldingen viser til egne virksomhetsplaner for enhetene som ledd i å følge opp det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring på overordnet nivå, ved de enkelte tjenestestedene.

#### **Kvalitetssystem og prosedyrer**

Ifølge fagleder ved Orkland helsetun, ble kvalitetssystemet Compilo innført i 2020, ved opprettelsen av nye Orkland kommune. Som del av innføringen av systemet innen helse og mestring ble det satt ned en Compilo-gruppe med representanter fra alle enhetene som yter tjenester innen eldreomsorg.

Compilo-gruppen hadde, og har fremdeles, ansvar for arbeidet med å samle prosedyrer fra de fire kommunene til én felles prosedyrebank som skal gjelde for alle tjenestestedene. Tanken med opprettelsen av Compilo-gruppen i 2020 var å legge til rette for lik praksis og

like prosedyrer ved alle tjenestestedene i kommunen. Det har vært særlig fokus på å få på plass felles ernæringsprosedyre og legemiddelprosedyre. Alle prosedyrer fra de fire enhetene er samlet i Compilo og tilgjengelig for alle ansatte, men det er disse to områdene som er gjeldende som felles.

Representanter fra alle enhetene var invitert til å delta i Compilo-gruppen, men deltakelse i arbeidet ble i varierende grad prioritert ved de ulike enhetene. En konsekvens av dette, var at det var usikkerhet rundt om de felles prosedyrene ble fulgt alle tjenesteder, noe som kunne være uheldig. I tillegg kan fagmiljøet gå glipp av nyttige innspill fra andre enheter. I dag er alle enhetene delaktige i arbeidet.

En av deltakerne i gruppen har hele sin stilling til arbeidet med kvalitetssystemet, og er den som sammenfatter og legger ut det aller meste av dokumentasjon på Compilo. Prosedyrenes innhold drøftes i Compilo-gruppen.

Prosedyrene skal revideres minimum en gang i året. Det kommer da melding med varsel fra Compilo til forfatter av prosedyrene. Det meste av arbeidet med oppdatering gjøres fortløpende. Dersom det er 12 måneder siden siste oppdatering, får forfatter varsel om å gå inn og se på og godkjenne prosedyren for et nytt år. Når det skjer endringer i felles prosedyrer, varsles alle enhetene via deres representant i Compilo-gruppen, som deler til sine arbeidssteder. Intervjuede fra flere av enhetene forteller at det er deres inntrykk at de ansatte vet hvor de finner prosedyrer og holder seg oppdatert på endringer.

### **Risikovurdering**

Orkland kommune utarbeider egne risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser) for hjemmetjenesten og institusjon. ROS-analysen er sist oppdatert i november 2023. Vi har fått tilsendt analysen for gjennomgang. «Risiko- og sårbarhetsanalyse inkludert plan for tiltak» er sammenfattet i et regneark. Det er egne kolonner for «hva du frykter skal skje», tiltak for å forhindre at situasjonen oppstår, rutiner for hvordan situasjonen skal håndteres, og fordeling av ansvar. I analysen er det drøftet er bredt utvalg scenarier av ulik art, som skade hos pasient, smitteutbrudd, vold og trusler, tyveri fra medisinerrom, svikt i utstyr, og brudd på taushetsplikt og GDPR<sup>3</sup>. Regnearket inkluderer en logg for arbeidet med analysen og endringer som er gjort. Loggen viser jevnlig arbeid med ROS-analysen siden 2020. I oppstartsmøtet forteller kommunalsjef og enhetslederne at det er stor likhet mellom de fire institusjonene når det gjelder risikobilde. De mener videre at ROS-analysen favner bredt.

---

<sup>3</sup> GDPR er EU's personvernforordning

Utfordringer med å få rekruttert nødvendig kompetanse til alle enhetene (se også avsnitt om bemanning og kompetanse), er drøftet blant enhetslederne som en risiko. Det har ført til tilpasninger, som at noen enheter ikke tar imot beboere med mer avanserte medisinske behov. Tildelingskontoret har oversikt over hvilke enheter som kan ta imot beboere med behov for medisinsk oppfølging, og tar hensyn til det i tildelingen.

Ansattgruppene forteller i intervju hvordan de reflekterer over risiko i det daglige arbeidet. De fleste trekker frem fallulykker som risiko blant beboerne. Feil medikament utdelt eller avglemt medikament nevnes også som noe de frykter skal skje, men de ytres samtidig at det er sjelden dette hender. Beboerne får i økende grad medisin som multidose, som tiltak for å redusere feilmedisinering. Noen av de ansatte trekker imidlertid frem multidose som noe som kan føre til avvik i medisinering. Ikke alle medikament inkluderes i multidosen, og dersom det må leveres ut både i multidose og fra dosett, er det økt risiko for at dosetten kan bli avglemt.

### **Avvikshåndtering**

Kommunen har system for avviksmelding. Ansatte nevner Compilo når de blir spurt om dette.

Alle enhetslederne og ansattgruppene forteller at meldte avvik drøftes avdelingsvis, og lukkes ved felles gjennomgang. Dette skjer omtrent månedlig. Enhetslederne møtes i eget forum og går igjennom avvikene som er meldt ved deres enheter. Enhetslederne tar dette med seg videre i arbeidet med kvalitetsmeldingen for tjenesten (se eget avsnitt om kvalitetsmeldingen). En av enhetslederne forteller at de foregående år har jobbet aktivt med avviksmelding i kollegiet, for å enes om hva som bør meldes og oppfordre til å melde avvik oftere. Dette har ført til bedring i praksis. Enhetslederne forteller at oversikten over avvik som meldes viser at de fleste bruker avviksmelding aktivt, ved alle enhetene.

Mange av de vi har intervjuet forteller at det etter deres oppfatning er en god kultur for avviksmelding ved enhetene. Gjennomgangen i plenum oppleves positiv og utviklende for miljøet ved avdelingene. Dette er de ansatte stort sett samstemte i. Noen av de intervjuede ytrer imidlertid også at en del av de ansatte opplever at *systemene* for avviksmelding utgjør en terskel for å melde inn. Mange er usikre på hvordan de skal gå frem, og det tar for mye tid å logge seg inn i riktig system. Ansattgrupper ved to av enhetene trekker frem dette som en betydelig begrensning i avviksmeldingen. De forteller at dette gjelder selve fremgangsmåten for å melde, og ikke en frykt for å melde fra om feil som har skjedd.

### 2.2.3 Vurderinger

Kommunen har et skriftlig kvalitetssystem med prosedyrer som skal sikre at den enkelte pasient blir ivaretatt.

Det er revisors vurdering at Orkland kommune har et kvalitetssystem med prosedyrer, men at dette per i dag ikke fullt ut er egnet til å sikre lik kvalitet i tjenestene på tvers av enheter. Det er satt i gang et arbeid for å lage en felles prosedyrebank. Så langt er det felles prosedyrer for ernæring og legemiddelhåndtering. Ikke alle enheter har vært delaktige i arbeidet med et felles kvalitetssystem. Per i dag deltar alle institusjonene i arbeidet.

Ledelsen ved institusjonene har oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av regelverk.

Ledelsen ved institusjonene planlegger hvordan risiko kan minimeres.

Revisor vurderer at enhetslederne har god oversikt over risiko ved tjenestestedene. ROS-analysen viser et systematisk arbeid på ledernivå. Intervju med ansatte tyder på at det gjøres fortløpende risikovurderinger i det daglige ved avdelingene. Identifiserte risikoer har ført til tiltak.

Ledelsen ved enhetene har oversikt over avvik ved institusjonene, og anvender dette i virksomhetens forbedringsarbeid.

Det er revisors vurdering at enhetslederne har oversikt over meldte avvik ved sine tjenestesteder og at dette anvendes i kvalitetsarbeid ved enhetene og i arbeidet med å utvikle tjenestene på kommunenivå. Avvik drøftes både i lederforum og avdelingsvis. Informasjon fra intervju tyder på at ansatte opplever ulik terskel for å melde avvik. Dette er i stor grad begrunnet i at systemene for noen oppleves tungvint i bruk.

## 2.3 Bemanning og kompetanse

### 2.3.1 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet for tema bemanning og kompetanse:

- Kommunen/ledelsen ved institusjonene skal ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, herunder: kommunen skal ha utarbeidet kompetanseplan.
- Kommunen skal satse på heltidskultur.

### 2.3.2 Funn

#### Bemanning og kompetanse

Bemanning og kompetanse er tema som drøftes i strategiske dokument for helse- og mestringstjenestene, som Kvalitetsmeldingen, Tjenestegjennomgang helse og mestring, temaplan «Kompetanse og rekruttering» og virksomhetsplanene. Dokumentasjonen viser at kommunen har oversikt over bemanningen og kompetansen ved de ulike enhetene og tjenestestedene slik status er i dag. Videre er utfordringsbildet kommunen vil stå overfor fremover drøftet, med de behov kommunen ser vil komme for å rekruttere nødvendig kompetanse og flere ansatte. Utfordringsbildet er sammensatt av forventede demografiske endringer i kommunen de neste årene og tilgangen på kompetanse.

Status og utfordringer innen bemanning og kompetanse i kommunen er sammenfattet i kommunens temaplan «Kompetanse og heltid». Her vises det til prognoser for endringer i befolkningssammensetning i årene fremover og kommunesammenslåing i 2020 som viktige årsaker til at det i Orkland kommune er behov for å avpasse bemanningen og sørge for å utvikle riktig kompetanse. Det drøftes hvordan kommunen kan gjøre seg attraktiv for å tiltrekke seg og beholde kompetanse. Nevnte tiltak rettet mot sykepleiere er stipendordning til utdanning, innføring av fagstiger (også rettet mot vernepleiere) og videreutvikling av lønns- og karrieremessige ordninger.

Kommunalsjef helse og mestring forteller i intervju at det er utfordrende å rekruttere tilstrekkelig sykepleierkompetanse til kommunen, særlig ved de minste enhetene. Det er krevende å få til et stort nok fagmiljø, som videre kan ivareta faglig forsvarlighet for de som bor i institusjon. Størrelsen på fagmiljøet er av betydning for å sikre kvalitet og faglig videreutvikling. Det er ikke bare antall hender som har noe å si for den kvaliteten man yter til de som bor på institusjon i dag. Det er stort sett veldig syke pasienter som krever god fagkunnskap, for eksempel for raskt å kunne fange opp forverring i helsetilstand. Et større fagmiljø har også noe å si for opplevelsen av trygghet og mulighet for faglig utvikling for den

enkelte ansatte. I små miljøer er det vanskelig å opprettholde kompetansen, og det er få kolleger en kan reflektere med over egen praksis, noe som er viktig for læring.

Pleiefaktoren<sup>4</sup> er svært ulik ved de fire enhetene i kommunen med institusjonsbasert eldreomsorg. Det er få sykepleiere ved de minste institusjonene i kommunen, men bemanningen per plass er likevel høyere der enn ved større institusjoner. Tilgjengelig kompetanse legger føringer for hvilke typer beboere som kan tildeles plass ved de ulike tjenestestedene.

Flere av de ansatte og enhetslederne forteller at knapphet på noen typer kompetanse medfører at enkelte oppgaver må utføres av yrkesgrupper som ikke har den formelle kompetansen som kreves. Helsefagarbeidere utfører noen oppgaver som ligger til sykepleierne. Slik **oppgaveglidning**<sup>5</sup> forankres da i ledelsen ved enhetene, ifølge ansatte. Ved Snillfjord omsorgssenter utføres deler av arbeidet med medikamenter av helsefagarbeidere, på grunn av knapphet på sykepleiere. Enkelte helsefagarbeidere har her adgang til medisinerrom og utfører dobbeltkontroll av opplegg i dosett. Disse har, ifølge ledere ved enheten, medisinkurs. Flere av helsefagarbeiderne vi har intervjuet forteller at oppgaveglidning byr på utfordringer de setter pris på.

Orkland kommune gjennomførte en spørreundersøkelse til ansatte innen området helse og mestring i 2023. Vi har gjennomgått resultatene. Ett av spørsmålene etterspør hvor mange timer i en gjennomsnittlig arbeidsuke som går med til oppgaver som ikke trenger vedkommendes fagkompetanse. 40% av respondentene har svart mellom 6 og 15 timer. Undersøkelsen er besvart av ansatte innen hele området, ikke kun ved enhetene med institusjonsplasser.

Enhetsledere og kommunalsjef forteller at det jobbes med å finne gode måter å utnytte den kompetansen som finnes på en god måte, slik som ved oppgaveglidning. Enhetslederne ved Orkdal og Meldal helsetun forteller videre at de i samarbeid med NAV i kommunen skal i gang med et prosjekt hvor personer som står utenfor arbeidsmarkedet skal gis engasjement med helsetunene. Disse skal avlaste helsefagarbeidere og sykepleiere i oppgaver som ikke krever helsefaglig kompetanse.

Vi har fått tilsendt og gjennomgått virksomhetsplaner for Orkdal helsetun, Meldal helsetun og hjemmetjenesten, herunder Hamnaugen omsorgssenter og Snillfjord helse- og

---

<sup>4</sup> Antall årsverk delt på antall beboere.

<sup>5</sup> Oppgaveglidning betegner det fenomenet hvor oppgaver tradisjonelt utført av en helsepersonellgruppe overføres til en annen helsepersonellgruppe. [www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no)

omsorgssenter. I virksomhetsplanene for de enkelte enhetene er det lagt en plan for opplæring gjennom fagdager og kurs for det neste året (2024) (kompetanseplan).

Enhetsledere og ansattgrupper har uttalt seg om mulighet for kurs og videreutdanning for ansatte. De fleste sier at de synes det legges til rette for kompetanseutvikling. E-læringskurs tilbys digitalt gjennom QUDOS. Noen ansatte forteller at de får mulighet til å avspasere kurstimen i etterkant. Som del av virksomhetsplanene, gjennomføres det flere fagdager gjennom året. En ansattgruppe forteller at fagdage «legges i turnus», slik at alle får delta uavhengig av vaktturnus. Flere ansattgrupper sier at de er svært fornøyd med opplegget på fagdage.

Orkland kommunes temaplan «Kompetanse og heltid» refererer til at det i kommunens arbeidsgiverpolitikk står at «hele og faste stillinger er et grunnprinsipp og skal følges opp med tiltak for fremmer heltidskultur.» Målsettinger i planen er videre gjengitt i kvalitetsmeldingen og virksomhetsplanene.

Kvalitetsmelding for helse- og mestringstjenestene skriver at det tilstrebes hele stillinger for ansatte, men at det behøves rekrutteringsstillinger og helgestillinger for at turnuser skal gå opp. Videre står det at alle enhetene relevant i denne revisjonen, har hatt reduksjon i antall ansatte med ufrivillig deltid fra 2022 til 2023. Statistikken i meldingen viser at gjennomsnittlig stillingsprosent<sup>6</sup> for de aktuelle enhetene ligger rundt 80%. I intervju forteller ansattgruppene at det er deres inntrykk at de som ønsker heltidsstillinger stort sett får tilbud om det, men at det er flere som av ulike grunner ønsker å jobbe deltid.

### 2.3.3 Vurdering

Kommunen og ledelsen ved institusjonene har oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring.

Kommunen har utarbeidet kompetanseplan.

Kommunen satser på heltidskultur.

Det er revisors vurdering at kommunen og enhetslederne har oversikt over kompetanse blant ansatte ved institusjonene, og hvor det er mangel på visse typer fagkompetanse. Strategiske dokumenter for helse- og mestringstjenesten viser at kommunens og enhetenes ledelse har oversikt over status og at det arbeides systematisk og langsiktig med å løse utfordringene

---

<sup>6</sup> U/rekrutteringsstillinger og ansatte som pga. helse jobber deltid.



med å rekruttere nødvendig kompetanse. Det jobbes aktivt med å utnytte personalressursene kommunen har på best mulig måte, gjennom oppgaveglidning og samarbeid med NAV.

Kommunen har en overordnet plan for «Kompetanse og heltid». Kompetanseplaner for hver av enhetene er sammenfattet i virksomhetsplanene. Det legges til rette for at ansatte kan få faglig påfyll gjennom e-læringskurs og fagdager, som holdes regelmessig ved alle enhetene.

Det er vår vurdering at kommunen satser på heltidskultur i henhold til egne planer.

Kommunen arbeider med å tilby heltidsstillinger innen helse- og mestringstjenestene.

Imidlertid ønsker ikke alle ansatte ansettelse i full stilling.

## 3 HELSE- OG OMSORGSTJENESTER PÅ INSTITUSJON

I dette kapitlet beskriver vi Orkland kommunes arbeid med å sikre kvalitet i helse- og omsorgstilbudet til beboere på institusjon i kommunen.

### 3.1 Problemstilling

Det er utarbeidet følgende problemstilling:

**Sikrer Orkland kommune at helse- og omsorgstilbudet til beboere med vedtak om institusjonsplass er i tråd med regelverket og faglige anbefalinger?**

Problemstillingen besvares gjennom følgende fem underpunkter:

- Kartlegging av tjenestebehov og tildeling av tjenester
- Bruker- og pårørendemedvirkning
- Aktivitetstilbud
- Ernæring
- Legemiddelhåndtering

I det følgende, presenteres revisjonskriterier, funn og vurderinger i egne delkapitler for hvert av underpunktene. Revisjonskriterier er utvalgte krav og forventninger til kommunen og kommunale helse- og omsorgstjenester. Disse er forankret i blant annet helse- og omsorgstjenesteloven, og utdypet i nasjonale faglige retningslinjer og forskrifter. Utledningen av kriteriene finnes i vedlegg 1.

### 3.2 Kartlegging av tjenestebehov og tildeling av tjenester

#### 3.2.1 Revisjonskriterier

Under gjengis revisjonskriteriene utledet for dette temaet:

- Kommunen skal ha egen forskrift for tildeling av plass på sykehjem-langtidsopphold.
- Kommunen skal legge til rette for at innbyggerne kan søke om helse- og omsorgstjenester.
- Kommunen skal sikre at søkernes hjelpebehov utredes/kartlegges.
- Kommunen skal fatte vedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester ved institusjon. Vedtaket skal være i tråd med forvaltningslovens regler for enkeltvedtak.

### 3.2.2 Funn

Ved gjennomgang av Lovdata sin oversikt over lokale forskrifter i Orkland kommune kan ikke revisor se at kommunen har utarbeidet egen forskrift for tildeling av plass på sykehjem – langtidsopphold. På kommunens hjemmeside<sup>7</sup>, under Sykehjem- langtidsopphold, refereres det til kriterier/vilkår; «Kommunen skal ha en egen forskrift med kriteriene for tildeling av plass på sykehjem.»

Kommunen har veiledende **tildelingskriterier**<sup>8</sup> som sier noe om hvem som skal tildeles ulike helse- og omsorgstjenester. Kriteriene ble vedtatt av kommunestyret i 2020 og sist revidert i 2021. Revisjonen har gjennomgått kriteriene som gjelder for vedtak om plass ved institusjon. Dette er vedtak om habilitering/rehabilitering, utredning/behandlingsopphold, tidsbegrenset opphold, og langtidsopphold. Punkt 2.3.1 i veiledende tildelingskriterier omhandler langtidsopphold og inneholder henvisning til lover og forskrifter spesifikt for institusjonsbeboere. Kriteriene er for øvrig generelle retningslinjer, som brukes som utgangspunkt for individuelle vurderinger av vedtak. Under hver type vedtak er det vist til ansvarlig enhet eller avdeling. Videre er tjenestebeskrivelse, formål, målgruppe og lovgrunnlag spesifisert. Kriterier for gitte typer vedtak er listet punktvis. Merknader med informasjon om forhold som lokasjon, betaling og forbehold om nødvendig kompetanse er inkludert til slutt.

**Enkeltvedtak om helse- og omsorgstjenester** fattes av tildelingskontoret, ifølge leder ved kontoret.

På Orkland kommunes hjemmesider, under Tildelingskontoret, ligger det informasjon om hvordan innbyggerne i kommunen kan søke om helse- og omsorgstjenester. Nettsiden har lenke til elektronisk skjema med innlogging via ID-porten, og i utskriftsvennlig versjon for utfylling på papir. Tildelingskontoret har også dette papirskjemaet tilgjengelig i skranken, hvor søker kan få bistand fra kontoret til å fylle ut skjemaet.

Leder ved tildelingskontoret forteller i intervju at det hender søkere tar kontakt via servicetorget på rådhuset, men kandidater til institusjonsplass er ofte ikke friske nok til det. Henvendelser kan også komme via telefon. Henvendelser kommer ofte via samarbeidspartnere med kjennskap til søker, som hjemmetjenesten eller fastlege, dersom disse observerer fall i funksjonsnivå eller helsetilstand hos pasienten. Tildelingskontoret oppfordrer søker eller slike samarbeidspartnere til å fylle ut søknadsskjemaet, for å sikre at

---

<sup>7</sup> <https://www.orkland.kommune.no/sykehjem-langtidsopphold.507036.29t15d53.tct.html>

<sup>8</sup> Sist revidert i kommunestyresaksak 38/21.

alle relevante opplysninger kommer med. Kommunen vil helst ha informasjonen via dette skjemaet. Tildelingskontoret samarbeider også med demenskoordinator i kommunen, som bidrar i kartlegging ved demensdiagnose.

Det holdes fortløpende dialog mellom tildelingskontoret og de fire enhetene med institusjonsbasert eldreomsorg i kommunen om beboere som allerede har vedtak om tjenester ved en av disse stedene. Tildelingskontoret og hver av enhetslederne har også faste ukentlige samarbeidsmøter. Ved endring i helsetilstand hos korttidspasienter eller pasienter på avlastning, hvor det vurderes å være behov for endring i vedtak til langtidsplass, drøftes dette i disse møtene. Ledig kapasitet ved enhetene synliggjøres også for tildelingskontoret i systemet Geric<sup>9</sup>.

Første gangs **kartlegging av tjenestebehov**, dvs. ved nye søkere, gjøres av tildelingskontoret, ifølge kontorets leder. Informasjon om nye søkere innhentes som oftest ved hjemmebesøk. Saksbehandlere reiser ut i hjemmet og møter søker og pårørende. Ved overførsel av pasienter fra sykehus til institusjon, drar saksbehandler til sykehuset i forkant av overføring til kommunen. Kartlegging gjøres etter IPLOS-skjema<sup>10</sup> og registreres inn i pasientjournalssystemet Geric. Søker vurderes, og de kommer fram til en score som plottes inn i systemet. Det er saksbehandler fra tildelingskontoret som fyller ut IPLOS-skjema, med innspill fra andre instanser fra helsevesenet.

Vi har fått tilsendt og gjennomgått «Skjema for første vurderingsbesøk i hjemmet/på institusjon» og «Kartleggings skjema IPLOS». Skjema for første vurdering inneholder rubrikker til sammenfatting av personalia, kontakinformasjon til pårørende, verge og fastlege, informasjon om boforhold og tidligere sykdommer. Det er videre listet åtte typer «instrumentelle daglige aktiviteter», som innkjøp, matlaging, hushold og håndtering av økonomi, med alternativ for i hvilken grad søkeren mestrer ulike oppgaver innenfor disse på egen hånd til avkryssing. Liknende vurderingsskjema ligger ved for «personnære aktiviteter i dagliglivet», som hygiene, påkledning og fysisk bevegelse. Siste side i heftet inneholder skjema for observasjon av sikkerhet i hjemmet og bruk av helsetjenester i Orkdal kommune. Det meste av informasjon om søker registreres ved avkryssing, men med fritekstfelt tilgjengelig.

---

<sup>9</sup> Elektronisk pasientjournalssystem for kommunale helse- og omsorgstjenester.

<sup>10</sup> Vurderingsverktøyet IPLOS (Individbasert Pleie- og OmsorgsStatistikk) brukes i kommunene for å gjøre en funksjonsvurdering av brukere. [www.kompetansebroen.no](http://www.kompetansebroen.no) <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen>

IPLOS-skjema består av en liste med variabler knyttet til funksjon og daglige aktiviteter, som personlig hygiene, hukommelse, evne til sosial deltakelse og kommunikasjon og fysisk helse, hvor søkers evner scores fra 1 til 6. Skjema fylles ut ved avkryssing.

Om saksbehandling skjer i tråd med forvaltningslovens regler er undersøkt ved gjennomgang av tildelingskontorets maler for vedtak. Vi har sett på tre vedtaksmaler: Mal for vedtak om avlastning ved institusjon, mal for vedtak om korttidsopphold – utredning/behandling, og mal for vedtak om langtidsplass i institusjon.

Vi har ikke gjennomgått noen faktiske vedtak, med den følge at saksbehandlingstid i kommunen dermed ikke har vært gjenstand for undersøkelsen.

Forvaltningslovens regler for enkeltvedtak (se vedlegg 1 til rapporten):

- Det skal fattes enkeltvedtak om tilbud ved institusjon, vedtaket skal være skriftlig
- Vedtaket skal være grunngitt og begrunnelsen skal inneholde
  - henvisning til reglene vedtaket bygger på (lovhjemmel)
  - oppsummering av de faktiske forhold som er relevant for vedtaket
  - hovedhensynene som har vært avgjørende i vurderingen
- Vedtaket skal inneholde informasjon om klagerettigheter og innsynsrettigheter

En gjennomgang av overnevnte vedtaksmaler viser at alle disse punktene er del av malene.

Tildelingskontoret har også mal for foreløpig svar for tilfeller hvor behandling av søknad må utsettes.

### 3.2.3 Vurderinger

Kommunen har ikke egen forskrift for tildeling av plass på sykehjem-langtidsopphold.

Kommunen legger til rette for at innbyggerne kan søke om helse- og omsorgstjenester.

Kommunen sikrer at søkerens hjelpebehov utredes/kartlegges.

Kommunen fatter vedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester ved institusjon. Rutiner og maler sikrer at vedtaket er i tråd med forvaltningslovens regler for enkeltvedtak.

Revisor vurderer at dokumentet kalt veiledende tildelingskriterier ikke tilfredsstillende kravene til egen lokal forskrift i juridisk forstand. I praksis fungerer veiledende tildelingskriterier etter hensikten.

Revisors vurdering er at kommunen legger til rette for at innbyggerne i kommunen kan søke om helse- og omsorgstjenester. Søknadsskjema er gjort tilgjengelig på kommunens nettsider og fysisk ved kommunens servicetorg og tildelingskontor. Tildelingskontoret bistår søker i fylle ut skjema ved behov.

Revisor vurderer at tildelingskontoret har rutiner som sørger for at søkeres hjelpebehov blir kartlagt på en systematisk måte. Saksbehandlere ved kontoret reiser ut til hjemmet eller sykehus for å møte søker og pårørende til første kartlegging. Revisjonen vurderer tildelingskontorets skjema til bruk i første gangs kartlegging til å være velegnet til å sammenfatte viktig informasjon om søkers hjelpebehov. Det samme gjelder IPLOS-skjemaet. Begge skjema kan fylles ut raskt og uten å måtte produsere egen tekst. Utredning av hjelpebehov skjer også i samarbeid med andre helseinstanser med kjennskap til søkers helsetilstand, som fastlege, hjemmetjeneste eller institusjoner.

Tildelingskontoret fatter vedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester i kommunen. Mal for vedtak om ulike former for helse- og omsorgstjenester ved institusjon er satt opp på en slik måte at kravene i forvaltningsloven ivaretas.

## **3.3 Bruker- og pårørendemedvirkning**

### **3.3.1 Revisjonskriterier**

Under gjengis revisjonskriteriene utledet for dette temaet:

- Tjenestetilbudet ved institusjon skal utformes i samarbeid med beboer og/eller pårørende.
- Kommunen skal innhente og vurdere erfaringer fra pasienter, beboere, brukere og pårørende og anvende dette i arbeidet med utvikling av tjenestene.

### **3.3.2 Funn**

Enhetene har prosedyrer eller skjema for inkomstsamtale og pårørendesamtale. Disse er ikke felles for institusjonene, men utarbeidet for hver enkelt enhet.

Enhetslederne og ansattgruppene ved de fire institusjonene forteller at det gjennomføres inkomstsamtale med beboer og pårørende ved ankomst til institusjon. I samtalen samles informasjon for å tilpasse tilbudet ved institusjonen til brukers ønsker, behov og preferanser. Etter kartlegging dokumenteres informasjonen i systemet Gerica, som utgangspunkt for tilpassede tiltak for den enkelte beboer. Det gjennomføres ernæringskartlegging ved

inntkomst (se kapittel om ernæring). Enhetene mottar også informasjon fra første gangs kartlegging fra tildelingskontoret.

Alle beboere skal tildeles en primærkontakt ved inntkomst, som skal ivareta kontakten mellom institusjonen og pårørende. Ansattgruppene forteller at mye av kontakten med pårørende skjer i det daglige i forbindelse med besøk til beboere. I tillegg kommer faste kontaktpunkter med primærkontakten. I rapporten «Kvalitetsmelding for helse og mestring 2023» berettes det at nært alle har tildelt primærkontakt ved enhetene i Snillfjord, Orkdal og Meldal. Ved Hamnahaugen omsorgssenter er andelen mellom 30-40%. I kvalitetsmeldingen forklares det med at det ved Hamnahaugen ikke har vært satt godt nok i system på grunn av fravær, stor utskifting av pasienter ved enkelte avdelinger og stor andel assistenter. Dette er ifølge kvalitetsmeldingen satt i et mye bedre system fra 2024.

I oppstartsmøtet forteller kommunalsjef at kommunen gjennomfører egne bruker- og pårørendeundersøkelser for institusjon og hjemmetjenesten annen hvert år. Det er noe variasjon i svarprosent mellom enhetene, men kommunalsjef anslår den til samlet å ligge på 37%. Det er i stor grad pårørende som har besvart undersøkelsen, på egne vegne av eller sammen med beboer. Kommunalsjef forteller at hovedtyngden av respondentene sier at de er veldig fornøyd med tilbudet. Enhetene bruker resultatene fra undersøkelsen i arbeidet med å sette opp tiltak i virksomhetsplanene og utvikle tjenestene.

Revisjonen har fått tilsendt og gjennomgått resultatene fra brukerundersøkelse innen eldreomsorg i Orkland fra 2022. Gjennomgangen bekrefter utsagnene fra oppstartsmøtet om at mange er fornøyd med tjenestetilbudet. Informasjonsutveksling fra institusjon til pårørende er et punkt som kan bli bedre.

Enhetsledere forteller at det som respons på etterspørsel etter bedre informasjon til pårørende, blir sendt ut pårørendebrev fra noen av institusjonene per epost fire ganger i året. Videre, er ansatte bevisst på å gjøre synlig informasjon om hva som skjer ved enhetene ved å legge frem skriftlig informasjon eller notere på tavle på beboeres rom.

I oppstartsmøtet fortelles det at det tidligere har vært samarbeidsutvalg ved institusjonene, men erfaringen har vært at disse ikke har fungert som ønsket. Det vil bli fremmet forslag til politisk nivå om å etablere et brukerutvalg i kommunen med bredere representasjon enn hva det har vært i samarbeidsutvalgene. I intervju ved Meldal helsetun i mars 2024, forteller enhetsleder at et samarbeidsutvalg på kommunalt nivå er nedsatt.

### 3.3.3 Vurderinger

Tjenestetilbudet ved institusjon utformes i samarbeid med beboer og/eller pårørende.

Kommunen innhenter og vurderer erfaringer fra pasienter, beboere, brukere og pårørende og anvender dette i arbeidet med utvikling av tjenestene.

Etter revisors vurdering gjøres det et systematisk arbeid med å kartlegge beboeres behov og ønsker ved innkomst, med tanke på å tilpasse tjenestetilbudet til den enkelte. Beboerne får oppnevnt en primærkontakt, som ivaretar regelmessig kommunikasjon mellom institusjonen, og beboer og pårørende. Enhetene har rutiner for å sikre løpende kontakt med pårørende. Kommunen gjennomfører bruker- og pårørendeundersøkelser annen hvert år. Resultatene brukes i arbeid med kvalitetsutvikling ved enhetene. Det skal etableres et brukerutvalg i kommunen.

Brukerundersøkelsene besvares i stor grad av eller i samarbeid med pårørende. Dette kan ha innvirkning på resultatene. Pårørendes tilbakemeldinger gjenspeiler ikke nødvendigvis brukers perspektiv. Revisors inntrykk er at enhetsledere og ansatte reflekterer over dette i den daglige kontakten med brukere og pårørende, og vurderer derfor at det er sannsynlig at dette også blir tatt hensyn til i arbeidet med resultatene av undersøkelsene.

## 3.4 Aktivitetstilbud

### 3.4.1 Revisjonskriterier

Under gjengis revisjonskriteriet utledet for dette temaet:

- Kommunen skal sikre at institusjonsbeboere får dekt sine sosiale behov i form av varierte og tilpassede aktiviteter.

### 3.4.2 Funn

Enhetene har planer for aktiviteter og arrangement som skal holdes ved stedet de nærmeste månedene. Planene henger synlig i fellesareal.

Ansattgruppene og enhetslederne har uttalt seg om aktivitetstilbudet til beboerne ved deres enheter. Alle tjenestestedene tilbyr aktiviteter til sine beboere, eksemplifisert ved musikalske innslag, strikkekafe og andakt. Orkdal og Meldal helsetun har avsatt egne personalressurser til arbeidet med aktiviteter for beboere. Ansatte forsøker å legge til rette for aktivitet i det daglige. Mye av aktivitetstilbudet initieres av frivillige i bygdene eller den lokale menigheten.



Ansatte og ledere peker på at mange av beboerne er svake og ved dårlig helse. Mange ytrer selv at de ikke orker å delta på det som arrangeres. De som er friske nok og ønsker, får bistand til å delta på det som skjer. Ved Orkdal helsetun er aktiviteter i dagsenteret for hjemmeboende også åpent for beboerne. Storstue for arrangement og dagsenter ved Meldal helsetun vil åpne når byggetrinn 2 står ferdig.

Noen ansatte forteller at pårørende har forventninger om at «deres» beboere skal delta på mye og etterspør et rikere aktivitetstilbud. Dette vises også i bruker- og pårørendeundersøkelsen. I slike tilfeller må det avklares at det er beboers eget ønske å holde seg i ro. De fleste pårørende har forståelse for dette, ifølge ansatte.

### 3.4.3 Vurderinger

Kommunen sikrer at institusjonsbeboere får dekt sine sosiale behov i form av varierte og tilpassede aktiviteter.

Pårørende etterspør et rikere aktivitetstilbud til «sine» beboere. Mange av beboerne ved institusjonene er svake og ønsker selv å være i ro fremfor å delta på aktiviteter. Det er derfor revisors vurdering at dagens tilbud dekker beboernes ønsker og behov.

## 3.5 Ernæring

### 3.5.1 Revisjonskriterier

Under gjengis revisjonskriteriene utledet for dette temaet:

- Institusjonene skal ha rutiner som sikrer tilstrekkelig næring, et variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i mat for sine beboere.
- Institusjonene skal tilby tilpasset hjelp ved måltider.

### 3.5.2 Funn

Orkland kommune har utarbeidet et sett med prosedyrer for ernæring felles for alle institusjonene. Dette er tilgjengelig for ansatte i Compilo.

Ifølge de ansatte blir ernæringsmessig risiko kartlagt ved inntak, og videre månedlig. Kommunen bruker verktøyet MST<sup>11</sup>. Beboerne blir veid ved ankomst og hver 1-3 måneder. De ansatte forteller at det ikke brukes tvang i forbindelse med veiing, men at det er sjelden beboerne motsetter seg å bli veid. Ved fare for ernæringsmessig risiko, settes det i verk tiltak for å følge opp beboer nærmere. Dette er egen prosedyre. Som del av inntakssamtalen kartlegges beboernes ønskekost, allergier og ernæringsmessige behov.

De ansatte ved alle fire institusjonene forteller at det er deres inntrykk at beboerne er svært fornøyd med maten. Hvordan matservering og bespising foregår, avhenger av beboernes funksjonsnivå. Ved avdelingene legges det til rette for de beboerne som kan og ønsker, sitter ved bordet og spiser sammen. Beboere som trenger hjelp, får bistand fra ansatte. Dette kan foregå på beboers rom ved ønske om eller behov for skjerming, eller ved at ansatt sitter til bords med flere og hjelper de som trenger det.

De ansatte forteller at det er variasjon i kosten og at kjøkkenet tar hensyn til beboernes allergier og ønsker som meldes inn. Meny gjøres kjent ved enhetene og beboerne for en uke av gangen. Dette skjer ved oppslag på avdelingens kjøkken og stuer.

Det er storkjøkkenet ved Hamnahaugen helse- og omsorgssenter og Orkdal helsetun. Storkjøkkenet ved Meldal helsetun står snart ferdig, som del av byggetrinn 2. Per i dag, benyttes kjøkkenet ved det gamle rådhuset i Meldal. Dette fungerer ifølge de ansatte ved enheten godt.

### 3.5.3 Vurderinger

Institusjonene har rutiner som sikrer tilstrekkelig næring, et variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i mat for sine beboere.

Institusjonene tilbyr tilpasset hjelp ved måltider.

Det er revisors vurdering at institusjonene har rutiner som sikrer riktig ernæring for sine beboere. Det følges med på vekt og settes i verk tiltak ved fare for ernæringsmessig risiko. Det er rutiner for å kartlegge beboeres ønsker og behov innen kost. Ansatte legger til rette for å skape en sosial arena rundt måltidet for beboere som ønsker det, og tilbyr tilpasset hjelp til å spise.

---

<sup>11</sup> [For å vurdere risiko for underernæring anbefales verktøyet MST \(Malnutrition Screening Tool\) - Helsedirektoratet](#)

## 3.6 Legemiddelhåndtering

### 3.6.1 Revisjonskriterier

Under gjengis revisjonskriteriene utledet for dette temaet:

#### Oppbevaring av legemidler og krav til medisinrom

- Legemidler skal oppbevares i låsbart skap eller rom ved institusjonene.
- Institusjonene skal ha et system for kassering av legemidler som håndterer legemidlene som risikoavfall.
- Det bør være regelmessig renhold av medisinrommet.
- Dosetter bør rengjøres ukentlig.
- Håndvask bør være tilgjengelig.
- Medisinrommet bør være stort nok til at to ansatte har plass til å utføre medisinopplegg.
- Det bør være tilrettelagt for at medisiner kan oppbevares ved anbefalt temperatur og skjermet for direkte sollys, ved for eksempel tilgang til kjøleskap, solskjerming, termometer og god ventilasjon.

#### Opplegg og utdeling

- Opplegg og dobbeltkontroll av medisiner skal utføres av kvalifisert personell.
- Det skal utføres dobbeltkontroll ved opplegg av dosett, som signeres.

#### Håndtering av A- og B-preparater

- A-preparater skal oppbevares forsvarlig.
- Det skal føres narkotikaregnskap for A-preparater ved institusjonene.
- Institusjonene skal ha oversikt over mottak og uttak av B-preparat.
- Beholdningen av B-preparat skal sammenholdes med bruk ved institusjonene.

### 3.6.2 Funn

I forbindelse med besøk til institusjonene ble det gjort observasjoner av medisinrom og medisintraller ved alle fire enhetene, og opplegg av medikament i dosetter ved to av enhetene. Det ble på forhånd utarbeidet observasjonsskjema, på bakgrunn av revisjonskriteriene utledet for tema legemiddelhåndtering.

Orkland kommune har skriftlige rutiner for legemiddelhåndtering som er felles som alle institusjonene. Dette er tilgjengelig for ansatte i Compilo.

Medisinrommene inneholdt legemidler tilhørende institusjon og beboere med HDO-plass. HDO-beboerne har egne beholdninger av medikamenter. Vi har sett på beholdningen tilhørende institusjon, og ikke beboerne med HDO-plass.

Ved oppstartmøte og i intervju med enhetslederne ble det fortalt at det årlig gjennomføres farmasøytisk tilsyn med enhetene utført av sykehusapotekene. To enheter er gjenstand for tilsyn hvert år.

Medikamentregnskap over A-preparater sendes regelmessig inn til sykehusapotekene for gjennomgang. Revisjonen har derfor ikke gjennomgått regnskapene i detalj, men kun registrert at de føres og signeres.

### **Oppbevaring av legemidler og krav til medisinrom**

Ved alle enhetene oppbevares medisiner på eget rom, bak dør med adgangskontroll med kortlås. Ved noen enheter har flere enn kvalifisert personell adgang (se avsnitt om dobbeltkontroll). Ved en av enhetene dette gjelder, var det usikkerhet blant de vi snakket med om hvilke ansatte som hadde adgang. Alle vindu i medisinrommene var lukket på observasjonsdagene.

Alle medisintrallene som ble observert var låst med nøkkel. Ingen medikamenter eller medisinlister var tilgjengelig for uvedkommende.

Ved alle institusjonene er det tilgjengelig forseglede bokser for kassering av medisiner. Ved en av enhetene fortelles det at uåpnede hele medisinesker kastes i en åpen kasse. Kassen er ikke forseglet, men står bak låst dør. Ved noen av de observerte medisintrallene er det egne bokser for avfall, hvor det er teoretisk mulig for uvedkommende å fiske opp medikamenter dersom de er kastet der. Vi fikk fortalt at det kunne forekomme kassering av enkeltpiller der.

Rutinene for renhold av medisinrom varierer mellom institusjonene. Ved to av enhetene skjer renhold ukentlig og renholder låses inn av sykepleier, som observerer mens renholder er i rommet. Ved en enhet er det ansatte selv som står for renholdet. Ved den siste enheten fortelles det at det ikke er rutiner for renhold av medisinrom, og at det derfor sjelden utføres. Ved alle enhetene er det stort sett ansatte med adgang til rommet som utfører vask av bord og benker.

Det er lite systematisk praksis når det gjelder vask av dosetter. Dosetter blir prioritert vasket ved synlig behov og etter antibiotikakurer, men sjelden rutinemessig hver uke. Dette er inntrykket fra alle enhetene. Mange beboere har multidose<sup>12</sup>, og bruker i mindre grad dosett.

Håndvask er tilgjengelig på alle medisinrom, bortsett fra ved Meldal helsetun. Ved Meldal helsetun benyttes i dag en skrivestue som provisorisk medisinrom. Dette rommet mangler håndvask. Dette vil være på plass når medisinrom ved byggetrinn 2 står ferdig. Flere av de ansatte vi snakket med under observasjonene (ved flere enheter) forteller at de ikke har rutine for håndvask mellom opplegg til pasienter. Medisinopplegg skjer ifølge en sykepleier til stede ved observasjon ofte ved bruk av skje.

Alle medisinrommene er store nok til at flere ansatte kan utføre medisinopplegg samtidig. Medisinrommene var ryddige på observasjonsdagen.

Rommene er tilrettelagt for at medisiner kan oppbevares ved anbefalt temperatur og skjermet for direkte sollys, ved for eksempel tilgang til kjøleskap, solskjerming, termometer og god ventilasjon. Ved en av enhetene fortelles det at kjøleskap til oppbevaring av medikament som skal stå kjølig er plassert i et annet rom enn medisinrommet, hvor det på observasjonsdagen var åpen dør. Medikamentene i dette kjøleskapet var salver. Ifølge sykepleier til stede, var dette å anse som liten risiko.

Revisor observerte temperatur i kjøleskapene til å være 4, 6, 7 og 8 grader. Romtemperatur på observasjonsdagene var omtrent 22 grader ved tre av rommene, og 17 grader ved det fjerde. Observasjonene ble gjort i februar og mars. Orkdal helsetun består av eldre bygningsmasse. Sykepleier til stede på observasjonsdagen fortalte at det sommers tid kunne bli svært varmt i rommet, men at dette først og fremst var til ubehag for personalet og ikke påvirket medikamentene. Revisor finner ikke at rutiner for sjekk av temperatur er del av rutinene for legemiddelhåndtering.

Ved en av institusjonene observerte vi at medikamenter som har tilhørt avdød beboer var overført til institusjonens beholdning. Esken var plassert i hylle i medisinrom, og ført inn i loggboken over beholdningen av medikament ved enheten. Dette ble bekreftet av sykepleier til stede.

---

<sup>12</sup> En multidose er en forseglet pose med legemidler som skal tas samtidig på et bestemt tidspunkt. Hver pose er merket med hvilke legemidler den inneholder, brukerens navn, dato og tidspunkt for inntak. Multidoseposene utleveres fra apotek og kommer som en remse eller rull med poser. [www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/multidose/om-multidose-og-de-faglige-radene](http://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/multidose/om-multidose-og-de-faglige-radene)

## Opplegg og utdeling

Opplegg i dosett utføres av kvalifisert personell (sykepleiere) ved alle institusjonene. Det utføres dobbelkontroll av dosettene, som signeres. I tilfeller hvor det er få sykepleiere tilsatt ved enheten, utføres dobbelkontroll noen ganger av helsefagarbeider/hjelpepleier. I slike tilfeller, har vedkommende medisinkurs. Dette gjelder ved Hamnahaugen helse- og omsorgssenter og Snillfjord omsorgssenter. Ved utlevering, kontrolleres medikamenter mot medisinlister en tredje gang. Dette er rutine ved alle enhetene.

Ved en enhet fortelles det at det forekommer at det lånes medisin mellom beboere med HDO-plass (som har egen medikamentbeholdning) og institusjon. Dette i nødsfall og til pasientens beste.

## Håndtering av A- og B-preparater<sup>13</sup>

A-preparat oppbevares ved alle enhetene i egne skap eller hyller, bak låst dør. Alle enhetene fører narkotikaregnskap over A-preparat. Regnskapene oppdateres og signeres hver gang det leveres ut medisin. Enhetene sender inn regnskap av A-preparat til gjennomgang av sykehusapotekene jevnlig og flere ganger i året. Ved to enheter føres regnskap over B-preparat på samme måte som det gjøres for A-preparat. De to øvrige enhetene har oversikt over beholdning og bruk av B-preparater i egen perm. Oversikt over B-preparat sendes ikke inn til kontroll ved sykehusapotekene.

### 3.6.3 Vurdering

#### Oppbevaring av legemidler og krav til medisinrom

- Legemidler oppbevares i låsbart skap eller rom ved institusjonene.
- Institusjonene har i hovedsak et system for kassering av legemidler som håndterer legemidlene som risikoavfall. Avvik har forekommet.
- Det er ikke regelmessig renhold av medisinrommene ved alle institusjonene.
- Det er ikke rutiner for å rengjøre dosetter ukentlig.
- Håndvask er per april 2024 ikke tilgjengelig på medisinrom ved alle enhetene.
- Medisinrommene er store nok til at to ansatte har plass til å utføre medisinopplegg.
- Det er tilrettelagt for at medisiner kan oppbevares ved anbefalt temperatur og skjermet for direkte sollys, ved for eksempel tilgang til kjøleskap, solskjerming, termometer og god ventilasjon.

---

<sup>13</sup> A-preparat er sterkt vanedannende medisiner. B-preparat er vanedannende medisiner.

Revisors vurdering er at oppbevaring av legemidler stort sett og ved de fleste institusjonene skjer i henhold til faglige anbefalinger. Krav til medisinrom er i det store og hele er oppfylt. De mangler som er funnet relateres til rutiner for renhold og håndvask, samt observert praksis for kassering av legemidler. Ved én av enhetene, virket det å mangle oversikt over hvem som har tilgang til medisinrommet og medikament i kjøleskap, ble oppbevart i rom med åpen dør.

Det ble ved én institusjon observert at medikament fra avdød beboer var ført inn i beholdningen av legemidler ved institusjonen. Medisiner til avdøde beboere er omtalt i et eldre rundskriv til legemiddelhandteringsforskriften <sup>14</sup>. Der står det følgende:

*«Av hensyn til sikker bruk av legemidler skal reseptpliktige legemidler ikke utleveres til annen person enn den de er ordinert og rekvirert til. Pårørende eller arvinger skal ikke få disse legemidlene utlevert når de har vært forvaltet og oppbevart av helsetjenesten. Slike personlige legemidler kasseres på forsvarlig måte, og dette dokumenteres. Reseptfrie legemidler kan i utgangspunktet leveres til pårørende/arvinger, men helsepersonell bør gi råd om kassasjon.»*

Det er ikke arverett på legemidler og pårørende eller arvinger skal derfor ikke få legemidler utlevert om en beboer dør. Reseptpliktige legemidler til avdød beboer må kasseres.

#### Opplegg og utdeling

- Opplegg og dobbeltkontroll av medisiner utføres som oftest av kvalifisert personell.
- Det utføres dobbeltkontroll ved opplegg av dosett, som signeres.

Dobbeltkontroll ble i noen tilfeller gjort av helsefagarbeider og ikke sykepleier. I de tilfellene, var det krav til medisinkurs for vedkommende.

Under intervju ved en enhet, ble det fortalt at det forekommer at det lånes medikamenter mellom beboere med HDO-plass og institusjon. Det følger av legemiddelhandteringsforskriften § 7 andre ledd at istandgjøring og utdeling av legemidler skal som hovedregel skje på grunnlag av ordinering gjort til enkeltpasient.

---

<sup>14</sup> Rundskriv IS9/2008 Legemiddelhandtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp utgitt av Sosial- og helsedirektoratet

### Håndtering av A- og B-preparater

- A-preparater oppbevares forsvarlig.
- Det føres narkotikaregnskap for A-preparater ved institusjonene.
- Institusjonene har oversikt over mottak og uttak av B-preparat.
- Beholdningen av B-preparat sammenholdes med bruk ved institusjonene.

Revisors vurdering er at håndtering av A- og B-preparater er i henhold til gjeldende regelverk og faglige anbefalinger.



# 4 KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

## Konklusjon

I denne forvaltningsrevisjonen har vi undersøkt Orkland kommunes system for ledelse og kvalitetsforbedring ved institusjonene. Vi konkluderer med at Orkland kommune har tilfredsstillende system for ledelse og kvalitetsforbedring ved institusjonene.

Vår vurdering er at det gjøres et systematisk arbeid med internkontroll, på overordnet nivå i kommunen og ved de enkelte enhetene. System og rutiner som skal sikre at den enkelte pasient/beboer blir ivaretatt, er imidlertid ikke fullt ut samordnet på tvers av enhetene.

Følgelig, mangler et system for å sikre tjenestetilbud av lik kvalitet i hele kommunen. Det er videre stor forskjell i bemanning og kompetanse ved de ulike enhetene, som også virker inn på kvalitet i tjenesten på tvers av tjenestesteder. Vi ser at administrativ ledelse i kommunen og enhetsledere innen helse og mestring arbeider strategisk for å legge til rette for lik kvalitet i tjenestene ved kommunens tjenestesteder. Vår vurdering er at noe gjenstår før dette er på plass.

Vi har videre undersøkt om Orkland kommune sikrer at helse- og omsorgstilbudet til beboere med vedtak om institusjonsplass er i tråd med regelverket og faglige anbefalinger. Vi konkluderer med at Orkland kommune sikrer et helse- og omsorgstilbud i tråd med regelverk og faglige anbefalinger ved sine institusjoner.

Det er imidlertid funnet noen avvik innen legemiddelhåndtering som bør bemerkes. Dette gjelder renhold av medisinerom, og praksis for kassering av legemidler og lån av legemidler mellom beboere ved enkelte enheter.

## Anbefalinger

På bakgrunn av vurderingene i rapporten har revisjonen følgende anbefalinger til kommunen:

- Å drøfte praksis for kassasjon og lån av medisiner i forbindelse med neste farmasøytiske tilsyn.
- Å finne en ordning for avviksmelding ved institusjonene som oppleves brukervennlig, og/eller tilby opplæring i bruk av system for de som trenger veiledning i dette.

# KILDER

## Lov og forskrift

- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Forvaltningsloven
- Legemiddeloven
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene
- Forskrift om legemiddelhåndtering
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie

## Veiledere og rundskriv

- Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2016)
- Rundskriv IS-7/2015 til legemiddelhåndteringsforskriften
- Anbefalinger ved planlegging av nytt medisinerom, norske sykehusfarmasøytters forening (2020)

## Web-sider

[RSK 001 \(nkrf.no\)](#)

[www.orkland.kommune.no](http://www.orkland.kommune.no)

[www.ssb.no](http://www.ssb.no)

[www.revisjonmidtnorge.no/prosjekter](http://www.revisjonmidtnorge.no/prosjekter)

[www.kompetansebroen.no](http://www.kompetansebroen.no)

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen>

[www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/multidose/om-multidose-og-de-faglige-radene](http://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/multidose/om-multidose-og-de-faglige-radene)

[www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no)

**Interne dokumenter Orkland kommune**

- Kvalitetsmelding for Helse- og mestringstjenestene (2022 og 2023)
- ROS-analyse Hjemmetjenesten og institusjon, Orkland kommune (2023)
- Resultater fra brukerundersøkelse besvart av beboere og pårørende ved de fire enhetene med institusjonsplasser (2022)
- Resultater fra spørreundersøkelse til ansatte i anledning tjenesteutredning, Helse og mestring (2023)
- Temaplan «Kompetanse og heltid», Orkland kommune
- Virksomhetsplaner for de fire enhetene
- Rutiner for ernæring og legemiddelhåndtering
- Søknadsskjema «Søknad om helse- og omsorgstjenester», Orkland kommune
- Tildelingskontorets maler for vedtak
- Veiledende tildelingskriterier for helse- og omsorgstjenester Orkland kommune, del om sykehjem/institusjon/HDO-bolig
- Kartleggings skjema (IPLOS)
- Skjema «Første vurderingsbesøk i hjemmet eller på institusjon»

# VEDLEGG 1 – UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER

Ifølge forskrift om kontrollutvalg og revisjon (§15) skal det etableres revisjonskriterier for gjennomføring av forvaltningsrevisjon. Revisjonskriterier er de krav og forventninger som forvaltningsrevisjonsobjektet skal revideres/vurderes i forhold til. Disse kriteriene skal være begrunnet i, eller utledet av, autoritative kilder innenfor det reviderte området. Slike autoritative kilder kan være lov, forskrift, forarbeider, rettspraksis, politiske vedtak (mål og føringer), administrative retningslinjer, samt statlige føringer og praksis. I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet oss av følgende kilder til revisjonskriterier:

Kilder:

- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Forvaltningsloven
- Legemiddeloven
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene
- Forskrift om legemiddelhåndtering
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2016)
- Rundskriv IS-7/2015 til legemiddelhåndteringsforskriften
- Anbefalinger ved planlegging av nytt medisinerom, norske sykehusfarmasøytters forening (2020)
- Temaplan «kompetanse og heltid», Orkland kommune
- [www.orkland.kommune.no](http://www.orkland.kommune.no)

## System for ledelse og kvalitetsforbedring ved institusjon

Problemstillingen om system for ledelse og kvalitetsforbedring ved institusjon deles inn i undertema. Revisjonskriteriene utledes og presenteres for hvert av disse temaene.

### Internkontroll

#### Kvalitetssystem og prosedyrer

Bestemmelsene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten har som formål å «bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.» (§ 1)

Videre, står det i § 3 at «den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.»

Et slikt styringssystem er ifølge forskriften § 4 et system «som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen.»

Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene § 3 sier at

«Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at:

- tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes
- det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten
- brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.

For å løse de oppgaver som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov.»

Utlede kriterium:

- Kommunen skal ha et skriftlig kvalitetssystem med prosedyrer som sikrer at den enkelte beboer ved institusjonene blir ivaretatt.

## Risikovurderinger

I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6 d heter det at virksomheten i sin planlegging skal «ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten.»

Dette er utdypet i veileder til forskriften:

«I kravet ligger det en plikt til å ha rutiner for systematiske gjennomganger av virksomhetens tjenester og resultater. Gjennomgangen skal identifisere de aktiviteter eller prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk. Risikovurderingen bør skje som en kontinuerlig prosess og det anbefales at den følger en kjent standard.

Målet med kartleggingen er å:

- identifisere områder der svikt kan inntre ofte
- identifisere områder der svikt kan få alvorlige eller uønskede følger for pasienter, brukere eller andre
- forebygge svikt og uønskede hendelser»

Videre i forskriften § 6 e pålegges virksomheten «å planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt.»

Veileder til forskriften utdyper dette kravet til at «bestemmelsen innebærer i praksis at det systematisk må foretas en gjennomgang av virksomhetens tjenester og resultater for å finne fram til de aktiviteter eller prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk.

Kartleggingen og oversikten over risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav, beskrevet i § 6 d, vil også avdekke noen forbedringsområder.

Områdene bør prioriteres, og det må lages en plan for hvilke tiltak som skal iverksettes for å minimere risiko i fremtiden. Det skal legges særlig vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt. Planen bør inneholde målsetning, tiltak, oversikt over ansvar for gjennomføring og tidsplan.»

Utlede kriterier:

- Ledelsen ved institusjonene skal ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av regelverk.
- Ledelsen ved institusjonene skal planlegge hvordan risiko kan minimeres.

## Avvikshåndtering

I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6 g heter det at virksomheten i sin planlegging 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.»

Dette kravet betinger at virksomheten har et system for å melde inn avvik og at det er lagt til rette for at ansatte kan melde avvik. Veileder til forskriften utdyper dette slik:

«I kravet ligger 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.

En 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.»

I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 8 e står at plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter innebærer å «gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at liknende forhold kan forebygges.» Veileder til denne forskriften utdyper at «øverste leder har ansvaret for at virksomheten jevnlig gjennomgår avvik og uønskede hendelser.»

Utleddet kriterium:

- Ledelsen ved enhetene skal ha oversikt over avvik ved institusjonene, og anvende dette i virksomhetens forbedringsarbeid.

## Bemanning og kompetanse

I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6 f heter det at virksomheten i sin planlegging skal «ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring.» Dette er utdypet i veileder til forskriften, som påpeker at «det er øverste leders ansvar å sørge for systemer som sikrer at medarbeiderne har kunnskap og ferdigheter til å utføre oppgavene sine. Det forutsetter at virksomheten gjennomfører jevnlig kompetansekartlegginger, rekrutterer medarbeidere med riktig kompetanse og sørger for at de får tilstrekkelig opplæring, samt etter- og videreutdanning.»

Videre skriver forskriften i § 7 b at kommunen plikter å «sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant

regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet.» Veileder til forskriften sier at «det er øverste leders ansvar å sørge for at det er etablert et system for å sikre nødvendig kunnskap og kompetanse hos medarbeiderne.»

Fra Orkland kommunes arbeidsgiverpolitikk: «Hele og faste stillinger er et grunnprinsipp og skal følges opp med tiltak som fremmer heltidskultur.»

Utlede kriterier:

- Kommunen/ledelsen ved institusjonene skal ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, herunder: kommunen skal ha utarbeidet kompetanseplan.
- Kommunen skal satse på heltidskultur.

## Helse- og omsorgstjenester på institusjon

Problemstillingen om helse- og omsorgstjenester på institusjon deles inn i fem undertema. Revisjonskriteriene utledes og presenteres for hvert av disse temaene.

### Kartlegging og tildeling av tjenester

Det følger av forvaltningsloven § 11 (veiledningsplikt) at kommunen plikter å informere om og veilede i kommunens tilbud av helse- og omsorgstjenester. Dette skal gi innbyggerne mulighet til å ivareta sine interesser og behov på en best mulig måte.

Kommunen har et overordnet ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester jfr helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. For å oppfylle denne plikten skal kommunen blant annet tilby helsetjenester i hjemmet og personlig assistanse, herunder praktisk bistand.

I henhold til § 3- 2 andre ledd skal kommunen skal gi forskrift med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester.

Pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd. Bestemmelsen gir pasient og bruker rettskrav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helse- og sosialfaglig behovsvurdering. I dette ligger at tjenesten skal holde tilfredsstillende kvalitet, samt ytes i tide og i tilstrekkelig omfang. Retten til tjenester gjelder alle pasient- og brukergrupper, og er dermed uavhengig av diagnose. Det er i utgangspunktet kommunen som avgjør på hvilken måte den organiserer sine tilbud innenfor helse- og omsorgstjenesten.



Når et hjelpebehov blir kjent, enten gjennom søknad eller melding om hjelpebehov, så må kommunen foreta saksbehandling. For tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6, og 3-8 (herunder sykehjem/institusjon) gjelder forvaltningslovens regler om enkeltvedtak jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 andre ledd.

Etter forvaltningsloven § 17 har kommunen en plikt til å påse at saken er så godt opplyst som mulig før enkeltvedtak treffes. Kommunen må derfor sikre at de har tilstrekkelige opplysninger for at saken kan avgjøres på faglig forsvarlig måte.

Forvaltningslovens regler for enkeltvedtak er beskrevet i forvaltningsloven kapittel V: Et enkeltvedtak skal være skriftlig (§ 23) og grunngitt (§ 24). I begrunnelsen skal det vises til de regler vedtaket bygger på og de faktiske forhold som ligger til grunn (§ 25). Det skal gis opplysninger om klageadgang, klagefrist, klageinstans og nærmere fremgangsmåte ved klage, samt retten (etter § 18, jfr. § 19) til å se sakens dokumenter (§ 27).

På kommunens hjemmeside<sup>15</sup>, under Sykehjem- langtidsopphold, refereres det til kriterier/vilkår for tildeling av sykehjems plass; «Kommunen skal ha en egen forskrift med kriteriene for tildeling av plass på sykehjem.»

Utlede kriterier:

- Kommunen skal ha egen forskrift for tildeling av plass på sykehjem-langtidsopphold.
- Kommunen skal legge til rette for at innbyggerne kan søke om helse- og omsorgstjenester.
- Kommunen skal sikre at søkernes hjelpebehov utredes/kartlegges.
- Kommunen skal fatte vedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester ved institusjon. Vedtaket skal være i tråd med forvaltningslovens regler for enkeltvedtak.

### **Bruker- og pårørendemedvirkning**

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 slår fast at «pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester». Videre presiseres at «tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8» (herunder sykehjem/ institusjon).

---

<sup>15</sup> <https://www.orkland.kommune.no/sykehjem-langtidsopphold.507036.29t15d53.tct.html>

Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene § 3 første ledd (tredje kulepunkt), sier følgende:

«Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at:

- brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.»

Fra dette kravet utleder vi at tjenestetilbudet skal utformes i samarbeid med beboer og/eller pårørende.

Forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene presiserer kommunens plikter når det gjelder planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av tjenestene. I § 7e står det at den som har ansvar for virksomheten skal «sørge for å gjøre bruk av erfaringer av pasienter, brukere og pårørende». I § 8 d heter det at plikten til å evaluere innebærer å «vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer». Dette betyr at kommunen på overordnet nivå må innhente og vurdere erfaringer fra de nevnte gruppene i sitt arbeid med utvikling av tjenestene. Kommunens plikter gjelder det løpende og systematiske arbeidet ledelse og kvalitetsforbedring. Det kan derfor forventes at erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende innhentes og vurderes jevnlig.

Utlede kriterier:

- Tjenestetilbudet ved institusjon skal utformes i samarbeid med beboer og/eller pårørende.
- Kommunen skal innhente og vurdere erfaringer fra pasienter, beboere, brukere og pårørende og anvende dette i arbeidet med utvikling av tjenestene.

### **Aktivitetstilbud**

Etter kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenester § 3 skal kommunen utarbeide prosedyrer for å sikre at brukere får tilfredsstillende grunnleggende behov, herunder

- sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter

Fra dette kravet utleder vi at kommunen skal sikre at sykehjemsbeboeren for dekt sine sosiale behov.

Utlede kriterium:

- Kommunen skal sikre at institusjonsbeboere får dekt sine sosiale behov i form av varierte og tilpassede aktiviteter.

## **Ernæring**

Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene § 3 sier at kommunen skal «utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov.»

Hva som kan forstås som grunnleggende behov, er eksemplifisert i punktliste i paragrafens andre ledd. To punkt viser til ernæring:

- «fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise»

Fra kravet om utarbeidelse av skriftlig nedfelte prosedyrer, utleder vi at institusjonen skal sikre at disse behovene dekkes.

Utlede kriterier:

- Institusjonene skal ha rutiner som sikrer tilstrekkelig næring, et variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i mat for sine beboere.
- Institusjonene skal tilby tilpasset hjelp ved måltider.

## **Legemiddelhåndtering (oppbevaring, opplegg og utdeling, håndtering av A- og B-preparater)**

### Oppbevaring

Legemiddeloven § 29 sier at «den som har legemidler i sin besittelse plikter å oppbevare dem forsvarlig». Legemiddelforskriftens § 6 har en tilsvarende bestemmelse: «Legemidler skal oppbevares forsvarlig og utilgjengelig for uvedkommende.»

Rundskriv IS-7/2015 legemiddelhåndteringsforskriften med kommentarer påpeker følgende:

«Legemidler i virksomheten skal oppbevares i låsbare skap eller låsbare rom. Legemidler i reseptgruppe A skal oppbevares adskilt fra andre legemidler, slik at de er enkle å identifisere, og regnskapsplikten enkelt kan overholdes.»

Lovverket stiller få krav til utforming av medisinrom, men Norske Sykehusfarmasøytters Forening har gitt ut veilederen *Anbefalinger ved planlegging av nytt medisinrom*, datert 06.05.2021. Ettersom det ikke er lovkrav til utformingen av medisinrom formuleres disse revisjonskriteriene som «bør»-kriterier.

I veilederen står følgende om selve lokalet: «Størrelsen på medisinrommet må tilpasses avdelingen (...) som et minimum anbefales 12kvm for avdelinger med 16-20 sengeplasser».

Videre: «For å sikre ro i arbeidet på medisinrommet, samt at uvedkommende ikke får tilgang til legemiddellageret skal døren til medisinrommet alltid holdes låst. (...) rommet bør ikke være et gjennomgangsrom med flere dører.»

Når det gjelder temperatur kommer det frem av veilederen at det er viktig at medisin oppbevares i romtemperatur, med unntak av noen legemidler som skal oppbevares kjølig (i kjøleskap). Det står følgende: «Legemidler skal normalt oppbevares ved temperatur 15-25 grader celsius. Av hensyn til arbeidsmiljø anbefales imidlertid temperatur på 20-23 på medisinrommet.»

Det bør videre finnes en vask tilgjengelig for å opprettholde håndhygiene: «Det bør være håndvask tilgjengelig med vegghengt såpedispenser, papirhåndklær, spritdispenser og hanskestativ tilgjengelig i rommet.»

I kommentarene til legemiddelhåndteringsforskriften § 8 Avfallshåndtering står det følgende: «Legemidler som må kasseres skal håndteres som risikoavfall og utstyr som er brukt skal håndteres i henhold til virksomhetens prosedyre for avfallshåndtering.» Dette betyr at kommunen må ha system for kassering av legemidler, og utføre dette i praksis.

I Norske Sykehusfarmasøytters Forening veileder *Anbefalinger ved planlegging av nytt medisinrom* står det følgende i punkt 4.5 om lagringsplass: «For å sikre optimalt renhold bør det ikke oppbevares esker eller utstyr på gulvet på medisinrommet.» Ifølge «Konsensusbaserte standarder for beste praksis i legemiddelhåndtering tabell 2» utgitt av Sykepleien bør ukentlige rutiner på medisinrommet omfatte vask av dosetter.

### Opplegg og utdeling

Forskrift om legemiddelhåndtering § 7 sier følgende om krav til istandgjøring og utdeling av legemiddel: «Helsepersonell skal sørge for at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte.»

Rundskriv til forskriften anbefaler at dobbeltkontroll utføres i de trinnene av legemiddelhåndteringen der det er størst risiko for feil, og spesielt for legemidler der feil kan

få alvorlige følger for pasienten. I Læringsnotat fra meldeordningen IS-2774, «Riktig dobbeltkontroll kan redusere antall legemiddelfeil», skriver Helsedirektoratet følgende: «Manuell dobbeltkontroll kan bidra til færre legemiddelfeil hvis den utføres riktig og etter felles standarder.»

Kommentarene til legemiddelforskriften definerer dobbeltkontroll slik: «(...) når to personer, som hver for seg, og ved å signere manuelt eller elektronisk, bekrefter at en oppgave er utført korrekt, og i henhold til eventuelt fastsatt prosedyre.»

Forskrift om legemiddelhåndtering § 8 sier at tilbereding av legemidler skal skje på faglig forsvarlig måte, herunder et krav til helsepersonellens kompetanse. Helsepersonellet må ha tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter til å utføre tilbereding av legemidler på en forsvarlig måte. Utdanningene vernepleier og sykepleier anses for å inneha tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter.

#### Håndtering av A- og B-preparater

Det står følgende i forskrift om legemiddelhåndtering § 4 sjette ledd bokstav d:

«Virksomhetsleder skal sørge for internkontroll (..) herunder: Sørge for at virksomheten har et system for håndtering av legemidler i reseptgruppene A og B.»

Narkotikaregnskap og kontroll med legemidler i reseptgruppene A og B er regulert i forskrift om legemiddelhåndtering § 9. Det står følgende:

«Virksomheten skal:

- a) dokumentere alle mottak og uttak av legemidler i reseptgruppe A, herunder hva den enkelte pasient har fått av slike legemidler. Dokumentasjon skal være oppdatert til enhver tid og oppbevares i minst 5 år.
- b) ha oversikt over alle mottak og uttak av legemidler i reseptgruppe B. Mottatt mengde skal sammenholdes med faktisk bruk på enhetsnivå.»

I praksis betyr dette at kommunen må ha et narkotikaregnskap for A-preparat hvor alle mottak og uttak dokumenteres, inkludert hva, når og hvor mye hver enkelt pasient mottar av medikamentet. Det skal være oversikt over beholdningen av B-preparater ved sykehjemmene eller avdelingene. Beholdningen skal sammenholdes med faktisk bruk.

Utlede kriterier:

#### Oppbevaring av legemidler og krav til medisinerom

- Legemidler skal oppbevares i låsbart skap eller rom ved institusjonene.
- Institusjonene skal ha et system for kassering av legemidler som håndterer legemidlene som risikoavfall.

- Det bør være regelmessig renhold av medisinrommet.
- Dosetter bør rengjøres ukentlig.
- Håndvask bør være tilgjengelig.
- Medisinrommet bør være stort nok til at to ansatte har plass til å utføre medisinopplegg.
- Det bør være tilrettelagt for at medisiner kan oppbevares ved anbefalt temperatur og skjermet for direkte sollys, ved for eksempel tilgang til kjøleskap, solskjerming, termometer og god ventilasjon.

#### Opplegg og utdeling

- Opplegg og dobbeltkontroll av medisiner skal utføres av kvalifisert personell.
- Det skal utføres dobbeltkontroll ved opplegg av dosett, som signeres.

#### Håndtering av A- og B-preparater

- A-preparater skal oppbevares forsvarlig.
- Det skal føres narkotikaregnskap for A-preparater ved institusjonene.
- Institusjonene skal ha oversikt over mottak og uttak av B-preparat.
- Beholdningen av B-preparat skal sammenholdes med bruk ved institusjonene.

## VEDLEGG 2 – UTTALELSE

Hei,

Revisjonsrapporten gir et godt innblikk i hvordan internkontrollen i tjenesten påvirker kvalitet på leveransen. Rapporten peker på konkrete områder for forbedring og gjenspeiler godt det inntrykk vi har av denne tjenesten. Det beskrives derimot i liten grad eksplisitt hvilke institusjoner der hvor kvalitet og forsvarlighet er utfordret.

I rapporten er det beskrevet at det er kun ved Meldal helsetun at det er avsatt ressurser til aktivtør. Det er også avsatt ressurser til aktivtør på Orkdal helsetun. Ressursen er knyttet til dagsenteret, men de har også aktiviteter for "husets" beboere.

Med hilsen

Kristin Wangen  
Kommunedirektør

Orkland kommune - [www.orkland.kommune.no](http://www.orkland.kommune.no)  
Telefon: 934 92 315 - Sentralbord: 72 46 73 00  
E-post: [kristin.wangen@orkland.kommune.no](mailto:kristin.wangen@orkland.kommune.no)



**ORKLAND  
KOMMUNE**

*E-post til/fra kommunen er offentlig. Bevaringsverdig e-post arkiveres og blir synlig på [postlista](#).  
Orkland kommune tar ansvar for en bærekraftig utvikling. Vi er sertifisert etter ordningen [miljøfyrtårn](#).*



Hovedkontor: Brugata 2, Steinkjer

Tlf. 907 30 300 - [www.revisjonmidt norge.no](http://www.revisjonmidt norge.no)



## Plan for eierskapskontroll 2024 - 2028

---

### Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Orkland kommune

### Møtedato

29.05.2024

### Saknr

26/24

**Saksbehandler** Eva J. Bekkavik

**Arkivkode** FE-037, TI-&30

**Arkivsaknr** 24/106 - 5

---

### Forslag til vedtak

Kontrollutvalget slutter seg til forslag til plan for eierskapskontroll for 2024-2028. Planen legges frem for kommunestyret med følgende innstilling:

1. Kommunestyret vedtar plan for eierskapskontroll 2024-2028 og slutter seg til kontrollutvalgets prioriteringer i planen.
2. Kontrollutvalget gis fullmakt til å gjøre endringer i planen.

### Vedlegg

Plan for eierskapskontroll 2024-2028

### Saksopplysninger

Kontrollutvalget skal påse at det føres kontroll med forvaltningen av kommunens eierskap i selskaper som kommunen har eierinteresser i. Eierskapskontrollene skal følge en plan, som kontrollutvalget skal lage i løpet av det første året etter at det er konstituert.

Planen bygger på risiko- og vesentlighetsvurderinger som er utført av kommunens revisor, Revisjon Midt-Norge SA. Revisors vurderinger er supplert med innspill fra kommunens politiske og administrative ledelse. Risiko- og vesentlighetsvurderingene skal bidra til at kommunens ressurser til kontrollarbeid blir brukt mest mulig målrettet. Eierskapskontrollene som vurderes å utgjøre størst risiko og vesentlighet er prioritert og nærmere beskrevet i vedlagt plan.

Kommunen har årlig 550 timer til rådighet til forvaltningsrevisjon, eierskapskontroll og andre undersøkelser. Sett over en fireårsperiode utgjør dette 2200 timer. Gjennomsnittlig antall timer per forvaltningsrevisjon er ca. 300 timer, og eierskapskontroll ca. 100 timer.

I planen er det listet opp fem eierskapskontroller, samt en generell kontroll av kommunens eierstyring. Det er ikke sikkert det er mulig å gjennomføre alle disse i planperioden, men det er viktig at kontrollutvalget har et tilstrekkelig antall eierskapskontroller å ta av. Endringer i risikobildet kan gjøre det nødvendig å gjøre omprioriteringer i planen. Kontrollutvalget bør, slik kommuneloven legger opp til, gis fullmakt til å foreta nødvendige endringer ved behov. Planen inneholder forslag til vinklinger og til spørsmål som skal besvares i de ulike eierskapskontrollene. Forslagene er ikke bindende og bør vurderes i forbindelse med bestilling av den enkelte eierskapskontroll.

### Vurdering og konklusjon

På bakgrunn av kontrollutvalgets vedtak i sak 17/24, basert på revisors risiko- og vesentlighetsvurderinger, innspill fra politisk og administrativ ledelse er det nå utarbeidet en plan for eierskapskontroll 2024 - 2028.

Endringer i risikobildet kan gjøre det nødvendig å endre prioriteringsrekkefølgen og det vil være tidsbesparende om kontrollutvalget kan gjøre endringene selv. Hvis kontrollutvalget ønsker å gjennomføre eierskapskontroller som ikke er beskrevet i vedlagt plan skyldes det at risikobildet har endret seg, eller at det har oppstått ekstraordinære forhold. Utvalget vil i slike tilfeller holde kommunestyret orientert.

Vi anbefaler at kontrollutvalget slutter seg til vedlagt plan, og sender den til kommunestyret for endelig behandling og vedtak



**Konsek**  
TRONDELAG IKS Kontrollutvalgenes sekretariat

Plan for  
eierskapskontroll  
2024-2028

Orkland kommune



## Om eierskapskontroll

Kontrollutvalget skal påse at det føres kontroll med forvaltningen av kommunens eierinteresser i selskaper. Kontrollen kan rette seg mot kommunens eierrepresentant i et selskap, eller gjennomføres som en generell kontroll av kommunens rutiner for eierstyring.

Et vanlig tema for eierskapskontroll er om den som utøver kommunens eierinteresser, gjør dette i samsvar med lover og forskrifter, kommunestyrets vedtak og anerkjente prinsipper for eierstyring.

## Plan for eierskapskontroll

Kontrollutvalget har laget denne planen våren 2024. Planen gjelder til og med 2028.

Det kan bli nødvendig å oppdatere planen midtveis i planperioden på grunn av endringer i risikobildet. Slike endringer kan også føre til endringer i prioriteringen av eierskapskontroller.

Planen bygger på en risiko- og vurderingsvurdering av selskaper som kommunen har eierinteresser i.

For å finne fram til selskaper med høyest risiko, er planen basert på et bredt utvalg kilder: revisors risiko- og vesentlighetsvurderinger, innspill fra administrativ og politisk ledelse, i sum gir dette et godt grunnlag for planen.

## Ressurser

Kontrollutvalget har en begrenset årlig ressurs til forvaltningsrevisjon, eierskapskontroll og andre undersøkelser på 550 timer.

## Gjennomføring

Revisjon Midt-Norge, som er kommunens revisor, leverer eierskapskontroller etter bestilling fra kontrollutvalget. Kontrollutvalget godkjenner revisors prosjektplan før arbeidet starter. Etter at eierskapskontrollen er gjennomført, rapporterer revisor til kontrollutvalget. Selskapets representanter og/eller kommunens eierrepresentant får vanligvis anledning til å uttale seg om rapporten før den behandles i kontrollutvalget. Rapporten sendes også på høring til kommunedirektøren, dersom den berører kommunedirektørens ansvarsområde.

## Rapportering og oppfølging

Kontrollutvalget legger rapporter fra eierskapskontroll fram for kommunestyret med forslag til vedtak og videre oppfølging. Kontrollutvalgets skal sørge for at kommunestyrets vedtak blir fulgt opp, og rapporterer om oppfølgingen til kommunestyret. Rapporteringen skjer vanligvis gjennom kontrollutvalgets årsrapport, men kan i enkelte tilfeller gå som egen sak til kommunestyret.

## Prioriterte selskaper for eierskapskontroll

Kontrollutvalgets prioriteringer går fram av oversikten på neste side.

## Plan for eierskapskontroll

Prioritert selskap	Forslag til spørsmål/vinkling/innretning
Trønderenergi AS med datterselskaper	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Har kommunestyret lagt føringer for hvordan eierskapet skal utøves?</li> <li>• Utøves eierskapet i tråd med aksjeloven og kommunestyrets føringer?</li> <li>• Er kommunikasjonen mellom eieren og selskapet i tråd med prinsippene for god eierstyring?</li> <li>• Skjer utvelgelse og valg av styremedlemmer i tråd med lovkrav og anbefalinger?</li> </ul>
ReMidt IKS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Har kommunestyret lagt føringer for hvordan eierskapet skal utøves?</li> <li>• Utøves eierskapet i tråd med aksjeloven og kommunestyrets føringer?</li> <li>• Er kommunikasjonen mellom eieren og selskapet i tråd med prinsippene for god eierstyring?</li> <li>• Skjer utvelgelse og valg av styremedlemmer i tråd med lovkrav og anbefalinger?</li> </ul>
Rosenvik Holding AS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Har kommunestyret lagt føringer for hvordan eierskapet skal utøves?</li> <li>• Utøves eierskapet i tråd med aksjeloven og kommunestyrets føringer?</li> <li>• Er kommunikasjonen mellom eieren og selskapet i tråd med prinsippene for god eierstyring?</li> <li>• Skjer utvelgelse og valg av styremedlemmer i tråd med lovkrav og anbefalinger?</li> </ul>
Trondheim Havn IKS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Har kommunestyret lagt føringer for hvordan eierskapet skal utøves?</li> <li>• Utøves eierskapet i tråd med IKS-loven og kommunestyrets føringer?</li> <li>• Er kommunikasjonen mellom eieren og selskapet i tråd med prinsippene for god eierstyring?</li> <li>• Skjer utvelgelse og valg av styremedlemmer i tråd med lovkrav og anbefalinger?</li> </ul>
Thams Innovasjon AS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Har kommunestyret lagt føringer for hvordan eierskapet skal utøves?</li> <li>• Utøves eierskapet i tråd med aksjeloven og kommunestyrets føringer?</li> <li>• Er kommunikasjonen mellom eieren og selskapet i tråd med prinsippene for god eierstyring?</li> <li>• Skjer utvelgelse og valg av styremedlemmer i tråd med lovkrav og anbefalinger?</li> </ul>

<p>Kommunens eierstyring</p>	<p>Det gjennomføres en kontroll av flere eierskap for å få en generell vurdering av kommunens eierstyring og oppfølging av eierskapene. Det gjøres en vurdering av eierskapene som er vurdert til å ha høy risiko/vesentlighet i revisors risiko og vesentlighetsvurdering. Andre selskap som kontrollutvalget anser for å ha høy vesentlighet for kommunen, kan også tas med i vurderingen.</p> <p>Eksempler på problemstillinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Har kommunen et overordnet system, tydelig retningslinjer og føringer for eierskapsoppfølging som samsvarer med det som er anbefalt?</li> <li>- Sikrer kommunen at eierrepresentantene kjenner til og følger de retningslinjer og føringer som er lagt til grunn?</li> <li>- Velges sentrale folkevalgte som eierrepresentanter?</li> <li>- Er det opprettet rutiner for rapportering og kommunikasjon mellom kommunestyret, eierrepresentantener og selskapene?</li> </ul>
------------------------------	--

## Gjennomførte eierskapskontroller i perioden 2019-2023

- Forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll av Orkland Energi AS (2023)

## Plan for forvaltningsrevisjon 2024 - 2028

---

**Behandles i utvalg**

Kontrollutvalget i Orkland kommune

**Møtedato**

29.05.2024

**Saknr**

27/24

**Saksbehandler** Eva J. Bekkavik

**Arkivkode** FE-217, TI-&30

**Arkivsaknr** 24/105 - 8

---

**Forslag til vedtak**

Kontrollutvalget slutter seg til forslag til plan for forvaltningsrevisjon for 2024-2028. Planen legges frem for kommunestyret med følgende innstilling:

1. Kommunestyret vedtar plan for forvaltningsrevisjon 2024-2028 og slutter seg til kontrollutvalgets prioriteringer i planen.
2. Kontrollutvalget gis fullmakt til å gjøre endringer i planen.

**Vedlegg**

Plan for forvaltningsrevisjon 2024-2028

**Saksopplysninger**

Kontrollutvalget skal påse at det utføres forvaltningsrevisjon av kommunens virksomhet og av selskaper kommunen har eierinteresser i. Forvaltningsrevisjonene skal følge en plan, som kontrollutvalget skal lage i løpet av det første året etter at det er konstituert.

Vedlagt utkast til plan angir forslag til hvilke tjenesteområder og selskaper som skal undersøkes i planperioden. Planen bygger på risiko- og vesentlighetsvurderinger som er utført av kommunens revisor, Revisjon Midt-Norge SA. Revisors vurderinger er supplert med innspill til risikoområder fra kommunens politiske og administrative ledelse, hovedverneombud og fra hovedtillitsvalgte. Risiko- og vesentlighetsvurderingene skal bidra til at kommunens ressurser til kontrollarbeid blir brukt mest mulig målrettet.

Forvaltningsrevisjon i selskaper med flere eiere, kan derfor være hensiktsmessig å samordne med øvrige eiere.

Områdene som vurderes å være av størst vesentlighet er nærmere beskrevet i vedlagt plan.

Kommunen har årlig ca 550 timer til rådighet til forvaltningsrevisjon, eierskapskontroll og andre undersøkelser. Sett over en fireårsperiode utgjør dette ca 2200 timer. Gjennomsnittlig antall timer pr forvaltningsrevisjon er ca 300 timer, og eierskapskontroller ca 100 timer. Kommunen kan på bakgrunn av dette forvente til sammen 5-6 forvaltningsrevisjoner og 2-3 eierskapskontroller i perioden, avhengig av omfang.

I planen er det listet opp 14 forvaltningsrevisjoner. Det vil ikke være mulig å gjennomføre alle disse i planperioden, men det er viktig at kontrollutvalget har et tilstrekkelig antall forvaltningsrevisjoner å ta av. Erfaringsmessig vil det være forvaltningsrevisjoner som naturlig vil gå ut av planen av ulike årsaker.

**Vurdering**

På bakgrunn av kontrollutvalgets vedtak i sak 16/24, basert på revisors risiko- og vesentlighetsvurderinger, innspill fra politisk og administrativ ledelse samt hovedverneombud og hovedtillitsvalgte er det nå utarbeidet en plan for forvaltningsrevisjon for 2024-2028.

Forslag til områder/selskaper går fram av oversikten i planen. Det vil ikke være mulig å gjennomføre alle forvaltningsrevisjonene i perioden, men det er viktig at kontrollutvalget har et tilstrekkelig antall forvaltningsrevisjoner å ta av.

I oversikten gis det også forslag til hvilke spørsmål forvaltningsrevisjonen bør gi svar på. Forslag til spørsmål/vinkling/innretning er ikke bindende for kontrollutvalget, og vil bli nærmere vurdert i forbindelse med oppstart av hver enkelt forvaltningsrevisjon.

Kontrollutvalget bør, slik kommuneloven legger opp til, gis fullmakt til å foreta omprioriteringer innenfor planen. Endringer i risikobildet kan gjøre det nødvendig å endre prioriteringsrekkefølgen og det vil være tidsbesparende om kontrollutvalget kan gjøre endringene selv. Hvis kontrollutvalget ønsker å gjennomføre forvaltningsrevisjoner som ikke er beskrevet i den vedlagte planen skyldes det at risikobildet har endret seg, eller at det har oppstått ekstraordinære forhold. Utvalget vil i slike tilfeller holde kommunestyret orientert. Vi anbefaler at kontrollutvalget slutter seg til vedlagt plan, og sender den til kommunestyret for endelig behandling og vedtak.



**Konsek**  
TRØNDELAG IKS Kontrollutvalgenes sekretariat

Plan for  
forvaltningsrevisjon  
2024-2028

Orkland kommune





## Om forvaltningsrevisjon

Kontrollutvalget skal påse at det utføres forvaltningsrevisjon av kommunens virksomhet og av selskaper kommunen har eierinteresser i. Forvaltningsrevisjon er systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets vedtak.

## Plan for forvaltningsrevisjon

Kontrollutvalget har i løpet av våren 2024 laget denne planen. Planen gjelder til og med 2028.

Risikobildet i kommunen vil vanligvis endre seg over tid. Det kan føre til at det blir nødvendig å oppdatere planen midtveis i planperioden. Endringer i risikobildet kan også føre til endringer i prioriteringen av forvaltningsrevisjoner. For å ta høyde for dette, har kontrollutvalget prioritert flere områder enn det har ressurser til å undersøke.

Planen bygger på en risiko- og vesentlighetsvurdering av kommunens og selskaper som kommunen har eierinteresser i.

For å finne fram til områder og selskaper med høyest risiko, er planen basert på et bredt utvalg kilder: revisors risiko- og vesentlighetsvurderinger, innspill fra administrativ og politisk ledelse, samt innspill fra hovedtillitsvalgte og fra hovedverneombudet. I sum gir dette et godt grunnlag for plan for forvaltningsrevisjon.

## Ressurser

Kontrollutvalget har en begrenset årlig ressurs til forvaltningsrevisjon, eierskapskontroll og andre undersøkelser på 550 timer.

## Gjennomføring

Revisjon Midt-Norge, som er kommunens revisor, leverer forvaltningsrevisjon etter bestilling fra kontrollutvalget. Kontrollutvalget godkjenner revisors prosjektplan før arbeidet begynner. Etter at forvaltningsrevisjonen er gjennomført, rapporterer revisor til kontrollutvalget. Kommunedirektøren får anledning til å uttale seg om rapporten før den behandles i kontrollutvalget.

## Rapportering og oppfølging

Kontrollutvalget legger rapport fra forvaltningsrevisjonen fram for kommunestyret med forslag til vedtak og videre oppfølging. Kontrollutvalget skal sørge for at kommunestyrets vedtak blir fulgt opp, og rapporterer om oppfølgingen til kommunestyret. Rapporteringen skjer vanligvis gjennom kontrollutvalgets årsrapport, men kan i noen tilfeller gå som egen sak til kommunestyret.

## Prioriterte områder for forvaltningsrevisjon

Kontrollutvalgets prioriteringer går fram av oversikten på neste side. Oversikten inneholder også forslag til hva forvaltningsrevisjonen skal gi svar på. Forslagene er begrunnet i risiko- og vesentlighetsvurderingene. De er likevel ikke bindende for kontrollutvalget når det bestiller forvaltningsrevisjon.

## Plan for forvaltningsrevisjon - prioriterte områder for forvaltningsrevisjon

Prioritert område/selskap	Forslag til tema/vinkling/innretning
<p>Barn med særskilte behov</p>	<p>Barn med særlige behov skiller seg fra den ordinære elevmassen ved at de ikke får tilstrekkelig utbytte av den ordinære opplæringen. Barnehagene og skolene i Orkland har ulike forutsetninger for sin drift, eksempelvis lærer-/voksnetthet. Erfaringsmessig vil spesialpedagogiske tiltak vike når man skal håndtere korttidsfravær, noe som over tid vil ramme det spesialpedagogiske tilbudet systematisk.</p> <p>Eksempler på problemstillinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Får elever i skole og barnehage undervisning som er tilpasset sine evner og forutsetninger?</li> <li>• Bidrar PPT inn mot skoler og barnehager for å sikre tidlig innsats og bistand ved behov?</li> <li>• Har Orkland kommune organisert tjenestene slik at det er mulig å kunne tilby spesialpedagogisk hjelp til barn som ikke går i barnehage?</li> <li>• Får fremmedspråklige elever som har krav på det særskilt norskopplæring og/ eller morsmålsopplæring?</li> </ul>
<p>Samhandling og tildeling av tjenester</p>	<p>Tildeling av tjenester berører utskrivningsklare pasienter og mottaksmuligheter i kommunen samt arbeidsfordelingen mellom spesialhelsetjenesten og kommunen. En konsekvens av feil i tildelingene er at brukerne ikke får det tilbudet de har krav på, som i neste omgang kan gi dårligere livskvalitet. Orkland kommune opplever en stor økning i betalingsdøgn knyttet til utskrivningsklare pasienter, og antyder «et preåkært behov for flere helse - og omsorgsbygg»</p> <p>Eksempler på problemstillinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har kommunen kapasitet og kompetanse til å ta imot alle utskrivningsklare pasienter fra spesialhelsetjenesten?</li> <li>• Er kommunikasjonen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten tilfredsstillende?</li> <li>• Har kommunen tilfredsstillende saksbehandlingsrutiner for vedtak om helsetjenester i hjemmet og plass ved sykehjem?</li> <li>• Oppfyller kommunen de krav som stilles til enkeltvedtak om sykehjemsplasser?</li> <li>• Oppfyller kommunen de krav som stilles til enkeltvedtak om helsetjenester i hjemmet?</li> </ul>

<p>Taushetsplikt og personvern</p>	<p>Tydelige retningslinjer og rutiner for ivaretagelse av personvern og taushetsplikt er viktig for å redusere konsekvenser som kan oppstå som følge av tverrfaglig samarbeid. Brudd på personvern og taushetsplikt kan få store konsekvenser for den enkelte og økonomiske og omdømmemessige konsekvenser for kommunen.</p> <p>Eksempler på problemstillinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har Orkland kommune tydelige retningslinjer og rutiner for ivaretagelse av personvern og taushetsplikt?</li> <li>• Er praktiseringen av taushetsplikt, opplysningsplikt og avvergeplikt mellom barnehage, skole, PPT, barnevern og helsestasjon- og skolehelsetjeneste til barn og unges beste?</li> <li>• Er personopplysninger om elever tilstrekkelig sikret i skolene?</li> </ul>
<p>Utenforskap</p>	<p>Flere og flere faller utenfor i samfunnet, det er blant annet et økende behov for psykisk helsehjelp, det er økt sannsynlighet for fattigdom blant barn og voksne, herav flere som har behov for sosialhjelp. Mangel på boliger for vanskeligstilte og økte priser på leiemarkedet rammer også mange av de som faller utenfor utdanning og arbeidsliv.</p> <p>Orkland kommune har i 2022 og 2023 arbeidet med en programsatsing med seks prosjekter for å redusere utenforskap. Denne programsatsingen kan være aktuell for en forvaltningsrevisjon i løpet av valgperioden.</p> <p>Andre eksempler på problemstillinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jobber kommunen systematisk med forebyggende innsats rettet mot barn og unge?</li> <li>• Hva er omfanget av elevfraværet og hva kjennetegner fraværet?</li> <li>• Følger Orkland kommune opp elever med høyt fravær?</li> <li>• Har kommunen tilstrekkelig oversikt over trekk ved samfunnsutviklingen som kan påvirke forekomsten av barnefattigdom?</li> <li>• Hvordan kartlegger kommunen behovene til det enkelte barn ved tildeling av økonomisk sosialhjelp og andre relevante sosiale tjenester?</li> <li>• Brukes erfaringer fra tjenestemottakere og berørte barn for å evaluere kommunens arbeid mot barnefattigdom?</li> </ul>

<p>Selvkost</p>	<p>Flere saksområder i kommunen har gebyrbelagte tjenester hvor gebyret skal være til selvkost. Regelverket på området er komplisert, konsekvensene av feil i selvkostberegningene er at enten kommunen eller innbyggerne må betale for den andre, eller at dagens abonnenter betaler for fremtiden abonnenter eller motsatt.</p> <p>Eksempler på problemstillinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Følges selvkostregelverket på: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ vann og avløp?</li> <li>○ renovasjon?</li> <li>○ plan og byggesaker?</li> </ul> </li> </ul>
<p>Vedlikeholdsetterslep</p>	<p>Revisor er ikke kjent med om kommunen har oversikt over vedlikeholdsbehov, og foretatt prioriteringer, knyttet til kommunens bygningsmasse. Dette aktualiserer en forvaltningsrevisjon om kommunens eiendomsforvaltning.</p> <p>Eksempler på problemstillinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har kommunen system og rutiner for å ivareta et godt og langsiktig vedlikehold av kommunale bygg?</li> <li>• Er ansvaret for vedlikeholdet organisert på en hensiktsmessig måte?</li> <li>• Er det etablert et internkontrollsystem i samsvar med krav i regelverket?</li> <li>• Settes det av tilstrekkelig midler til vedlikehold?</li> <li>• Etterleves krav til vedlikehold av kommunale veier fastsatt i regelverk, sentrale styringsdokumenter og vedtatte standarder?</li> <li>• Kontrollerer og følger kommunen opp avtaler som inngås på vintervedlikehold på kommunale veier?</li> <li>• Gjenbrukes byggematerialer og materialer til bygging og vedlikehold av veier?</li> </ul>

<p>Ivaretagelse av flyktninger</p>	<p>De siste årene har Orkland kommune tatt imot et økende antall flyktninger. Kvalifisering av flyktninger til jobb og utdanning er viktig for å unngå utenforskap. Integreringsloven skiller mellom grupperinger av flyktninger og det er egne regler for ukrainske flyktninger med andre krav. Dette kompliserer arbeidet for de som skal ivareta arbeidet med introduksjon og opplæring.</p> <p>Eksempler på problemstillinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er kommunes arbeid med integrering av flyktninger i tråd med gjeldende lovkrav og føringer?</li> <li>• Har kommunen et introduksjonsprogram som kvalifiserer flyktingen for arbeid og utdanning?</li> <li>• Får flyktingene biveiledning som dekker deres behov?</li> <li>• Tilrettelegger kommunen for enslige mindreårige flyktninger?</li> <li>• Samarbeider kommunen med frivillige organisasjoner i integreringsarbeidet?</li> <li>• Er integreringstilskuddet tilstrekkelig og brukes det på rett måte for å ivareta flyktingene?</li> </ul>
<p>Arbeidsgiverpolitikk og ledelse (bemanning og rekruttering)</p>	<p>Orkland kommune erkjenner i Handlings- og økonomiplan 2024-27 at de står overfor en utfordring med hensyn til omstilling i tjenestene, spesielt innen helseområdet. Essensielt i en slik omstilling er at tjenestene bemannes med riktig kompetanse, i riktig omfang og til riktig tid. Orkland kommune har vedtatt en temaplan for Kompetanse og heltid i 2021.</p> <p>Eksempler på problemstillinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Følger kommunen vedtatt temaplan for kompetanse og heltid?</li> <li>• I hvilken grad følger Orkland kommune gjeldene regelverk ved ansettelse?</li> <li>• Hvordan sørger Orkland kommune for å beholde eksisterende kompetanse?</li> <li>• Hvilke tiltak har kommunen gjort for å utvikle medarbeidernes kompetanse?</li> <li>• Hvordan er praksis for vurdering av vikarbehov?</li> <li>• Følges bemanningsnormen innen oppvekst?</li> <li>• I hvilken grad arbeides det systematisk med å forebygge og redusere sykefravær i kommunen?</li> </ul> <p>Har kommunen tilstrekkelig oversikt over sykefraværet, og konsekvensene av dette?</p>

<p>Saksbehandling til barnets beste (tverrfaglig samarbeid)</p>	<p>I alle saker som gjelder barn, skal barnets beste vurderes og vektet opp mot andre momenter i saken. Synspunktene til barnet skal tillegges «behørig vekt i samsvar med barnets alder og modenhet.» Minimumskravene til enkeltvedtak i forvaltningsloven er ikke tilstrekkelig for å ivareta saksbehandling med fokus på barnets beste. Hvordan saksbehandler vurderer hva som er til det beste for barnet, samsvarer ikke nødvendigvis med hva barnet selv forteller eller hva foreldrene ønsker. Det må gjøres en selvstendig vurdering basert på faglig kompetanse av hvilke tiltak som er til det beste for det enkelte barnet.</p> <p>Eksempler på problemstillinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har Orkland kommune system som sikrer tilfredsstillende kvalitet i saksbehandlingen?</li> <li>• Følger Orkland kommune lovpålagte krav om forsvarlig saksutredning?</li> <li>• Dokumenteres det i vedtak hvordan barnets beste er vurdert og hvilken vekt barnets mening er tillagt?</li> <li>• Er praktiseringen av taushetsplikt, opplysningsplikt og avvergeplikt mellom barnehage, skole, PPT, barnevern og helsestasjon- og skolehelsetjeneste til barn og unges beste?</li> </ul>
<p>Sosialhjelp</p>	<p>Økonomisk sosialhjelp er rettet inn mot personer som ikke er i stand til å sørge for eget livsopphold. Mennesker i nød kan ha krav på økonomisk sosialhjelp, økonomisk rådgiving og gjeldsrådgiving og/eller et midlertidig botilbud</p> <p>Eksempler på problemstillinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informerer kommunen innbyggerne om deres rettigheter til økonomisk sosialhjelp?</li> <li>• Har kommunen et tilfredsstillende servicenivå (tilgjengelig til) overfor søkerne av økonomisk sosialhjelp?</li> <li>• Har kommunen en tilfredsstillende saksbehandlingstid innen økonomisk sosialhjelp?</li> <li>• Er kommunens saksbehandling av klager på økonomisk sosialhjelp innenfor regelverket?</li> <li>• Tilbyr kommunen økonomisk rådgiving til de som har behov?</li> <li>• Benytter kommunen kvalifiseringsprogrammet i tråd med intensjonene i regelverket?</li> </ul> <p>Bidrar økonomisk sosialhjelp/økonomisk stønad til å gjøre søkerne selvhjulpne?</p>

<p>Avvikshåndtering</p>	<p>Kravet til håndtering av avvik i virksomheter er gitt i internkontrollforskriften, forskriften gjelder også for offentlig virksomhet. Det er videre krav i internkontrollforskriften at virksomheter av et visst omfang skal ha et eget system for å håndtere avvik.</p> <p>Eksempler på problemstillinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har kommunen tilfredsstillende systemer for å håndtere avvik?</li> <li>• Bruker kommunen avvikssystemet til læring og forbedring?</li> <li>• Få ansatte god nok opplæring i og informasjon om melding av avvik?</li> <li>• Får ansatte opplæring i og informasjon om oppfølging av avvik?</li> <li>• Har ansatte tillit til at avvik håndteres på en betryggende måte?</li> <li>• Har kommunen betryggende bruk av avvikssystemet?</li> </ul>
<p>TrønderEnergi AS med datterselskaper</p>	<p>Selskapet eies av 19 kommuner samt KLP (Kommunal Landspensjonskasse). Selskapet er organisert som konsern, med TrønderEnergi som morselskap.</p> <p>Konsernorganisering innebærer at det oppstår et holdingselskap mellom kommunen som eier og de selskapene hvor virksomheten skjer. Dette har betydning for kommunens muligheter til å utøve eierstyring.</p> <p>Eksempler på problemstillinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det etablert en hensiktsmessig rapportering mellom mor- og datterselskaper?</li> <li>• Er selskapsomdannelsene i selskapet håndtert innenfor reglene for habilitet?</li> <li>• Er Orkland kommune sine interesser ivaretatt i selskapsomdannelsene?</li> <li>• Skjer transaksjoner mellom kommunen og konsernet til markedsmessige vilkår?</li> </ul>
<p>ReMidt IKS</p>	<p>ReMidt IKS har 17 eierkommuner i Trøndelag og Møre og Romsdal. Selskapet leverer tjenester til innbyggerne knyttet til husholdningsavfall og slam.</p> <p>Eksempler på problemstillinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ivaretar selskapet eiernes behov for kildesortering, gjenbruk, materialgjenvinning av ulike typer avfall ut fra krav og selvkost?</li> <li>• Etterlever selskapet reglene om offentlige anskaffelser ved sine innkjøp?</li> </ul>

<p>Rosenvik Holding AS</p>	<p>Selskapet har som formål at de gjennom produksjon og annen næringsvirksomhet skal skape grunnlag for avklaring, kvalifisering og rekruttering av arbeidssøkere til arbeidslivet. Eies av Orkland, Oppdal, Rennebu og Skaun kommuner, samt 4 andre selskaper/foreninger/personer.</p> <p>Rosenvik Holding AS eier 100% av aksjene i Rosenvik AS, Rosenvik kompetanse AS og Rosenvik eiendom AS, 25% av aksjene i Navigator Kompetanse AS og 20% av aksjene i Grønørveien AS.</p> <p>Eksempler på problemstillinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oppfyller selskapet Orkland kommunes sine forventninger til selskapet?</li> <li>• Har selskapet gode rutiner for å avklare habilitetsspørsmål?</li> <li>• Har selskapet en tilfredsstillende internkontroll?</li> <li>• Er det en hensiktsmessig rapportering mellom selskapene i konsernet?</li> <li>• Er Orkland kommune sine interesser ivaretatt i selskapsomdannelsene?</li> </ul>
----------------------------	--

### Gjennomførte forvaltningsrevisjoner i perioden 2019-2023

- Byggeprosjekter (2021)
- Vann og avløp (2022)
- Internkontroll (2023)
- Orkland Energi AS (2023)
- Eldreomsorg (2024)



## Reglement for kontrollutvalget

---

**Behandles i utvalg**

Kontrollutvalget i Orkland kommune

**Møtedato**

29.05.2024

**Saknr**

28/24

**Saksbehandler** Eva J. Bekkavik

**Arkivkode** FE-033

**Arkivsaknr** 23/346 - 11

---

**Forslag til vedtak**

Kontrollutvalget oversender sitt reglement til kommunestyret med følgende innstilling:  
Kommunestyret vedtar Reglement for kontrollutvalget i Orkland kommune.

**Vedlegg**

Reglement for kontrollutvalget

**Saksopplysninger**

Folkevalgte organer skal ha et reglement som fastsetter organets virkeområde og eventuell vedtaksmyndighet, tidsperioden som organet er opprettet for samt eventuelle andre sentrale bestemmelser om organets virksomhet (jf. kommuneloven § 5-13)

Kommunal- og moderniseringsdepartementet har gitt ut en veileder om kontrollutvalgets rolle og oppgaver, sist revidert i januar 2022. Her sier departementet noe om aktuelle punkter å ha med i et reglement for kontrollutvalg.

Der nevnes bl.a retningslinjer for sammensetning av utvalget, saksbehandlingen i utvalget, en angivelse av utvalgets oppgaver, krav til møtehyppighet og retningslinjer for evaluering av kontrollutvalgets virksomhet.

Dette fremgår av side 12 i kontrollutvalgsboka. Mange av disse punktene er nå innarbeidet i utkast til reglement for kontrollutvalget i Orkland kommune.

Reglementet kan ikke inneholde bestemmelser som begrenser, eller som er i strid med, gjeldende regelverk for kontrollutvalg. Reglement for kontrollutvalget skal vedtas i kommunestyret på tilsvarende måte som reglement for andre politiske utvalg. For å sikre at reglementet holdes oppdatert bør det gjennomgås, og eventuelt revideres, minimum en gang i valgperioden.

Det legges opp til at kontrollutvalget diskuterer utkast til reglement og mediestrategi i møtet.



**Konsek**  
TRØNDELAG IKS Kontrollutvalgenes sekretariat

# Reglement for kontrollutvalget i Orkland kommune

Vedtatt av kommunestyret xx.xx.2024



## **Innledning**

Folkevalgte organer skal ha et reglement som fastsetter organets virkeområde og eventuell vedtaksmyndighet, tidsperioden som organet er opprettet for samt eventuelle andre sentrale bestemmelser om organets virksomhet (jf. kommuneloven § 5-13)

## **Formål**

Kontrollutvalget er kommunestyrets eget kontrollorgan. Gjennom sitt arbeid skal kontrollutvalget bidra til at Orkland kommune ivaretar sine oppgaver overfor innbyggerne i Orkland på en best mulig måte ut fra hensynet til likebehandling, rettssikkerhet og en effektiv ressursutnyttelse sett i lys av brukernes særskilte behov.

Utvalget skal gjennom sitt arbeid sørge for at innbyggerne og øvrige interessenter har tillit til Orkland kommune, og at kommunen leverer sine tjenester på en effektiv og målrettet måte i henhold til lov, forskrifter, statlige føringer og i tråd med kommunestyrets intensjoner og vedtak.

## **Organisering av kontrollfunksjonen**

Kontrollutvalget i Orkland kommune består av 5 medlemmer. Funksjonstiden følger valgperioden. Lederen kan ikke være medlem av samme parti eller tilhøre samme gruppe som ordføreren. Minst et av utvalgets medlemmer velges blant kommunestyrets medlemmer<sup>1</sup>.

Til å bistå seg i arbeidet har kontrollutvalget et uavhengig og sakkyndig sekretariat<sup>2</sup> som forbereder saksbehandlingen i utvalget, ivaretar sekretariatsfunksjonen i utvalgets møter og følger opp saker på vegne av utvalget. Revisjonsfunksjonen for kommunen og eventuelt tilknyttede selskaper ivaretas av egen revisor / revisjonsselskap som kommunestyret velger etter innstilling fra kontrollutvalget.

## **Kontrollutvalgets oppgaver**

Kontrollutvalgets oppgaver er gitt i kommuneloven<sup>3</sup>, men kommunestyret kan be utvalget utføre særskilte kontrolloppgaver på sine vegne. Kontrollutvalgets hovedoppgave er å føre kontroll med den kommunale forvaltningen på vegne av kommunen og påse at kommunen har en forsvarlig revisjonsordning.

Kontrollutvalget skal ifølge kommuneloven sørge for at følgende oppgaver blir utført:

- Regnskapsrevisjon – påse at kommunens regnskaper revideres på en betryggende måte, avgi uttalelse om årsregnskapet og påse at revisors påpekninger til årsregnskapet blir fulgt opp.
- Forvaltningsrevisjon – utarbeide plan for forvaltningsrevisjon, basert på risiko- og vesentlighetsvurderinger, følge opp og rapportere resultatet til kommunestyret.
- Eierskapskontroll – utarbeide plan for eierskapskontroll og føre kontroll med forvaltningen av kommunens interesser i selskaper.
- Valg av revisjonsordning – kontrollutvalget avgir innstilling om valg av revisjonsordning til kommunestyret og eventuelt innstiller på valg av revisor.
- Budsjett – utarbeide forslag til budsjett for kontrollarbeidet i kommunen.

<sup>1</sup> Kommuneloven § 23-1

<sup>2</sup> Kommuneloven § 23-7

<sup>3</sup> Kommuneloven § 23-2

## **Kontrollutvalgets ressurser og rammebetingelser**

Kontrollutvalget fremmer eget forslag til budsjett for kontrollarbeidet i Orkland kommune til kommunestyret<sup>4</sup>.

Utvalget må ha et ressursgrunnlag som er tilpasset utvalgets oppgaver og ansvarsområde og må sikres en sekretariatsordning som er tilpasset utvalgets behov. Kontrollutvalget legger opp til en revisjonsordning som er tilpasset kommunestyrets kontrollbehov, behovet for oppfølging av særskilte vedtak, kompetansenivået i kommunen og kommunens egen organisering og internkontroll.

## **Saksbehandlingen i kontrollutvalget**

Det er kommunestyret som treffer vedtak på vegne av kommunen.

Kontrollutvalget treffer sine vedtak i møte, og det føres protokoll fra møtene. Møteprotokollen godkjennes i møtet og publiseres på hjemmesiden til kontrollutvalgets sekretariat<sup>5</sup>. Utvalgets møter avholdes i henhold til vedtatt møteplan. Møteinnkalling, med sakliste og sakspapirer, sendes på e-post til utvalgets medlemmer, varamedlemmer, ordfører, kommunedirektør og revisor en uke før møtet finner sted. Ordfører har møte- og talerett i kontrollutvalget<sup>6</sup>.

## **Fjernmøter**

Leder av kontrollutvalget kan i spesielle tilfeller bestemme at et møte i kontrollutvalget skal avvikles som fjernmøte.

## **Kontrollutvalgets arbeidsmåte**

Kontrollutvalget skal holde seg orientert om den administrative og politiske virksomheten i Orkland kommune. Gjennom sitt arbeid skal utvalget legge vekt på samarbeid og opptre på en uavhengig og politisk nøytral måte. Kontrollutvalget vil særlig legge vekt på å følge opp kommunens beslutningssystemer, rutiner og organisasjonens egen kvalitetssikring. Gjennom en aktiv og synlig arbeidsmåte vil kontrollutvalget bidra til at feil og uregelmessigheter forebygges, men i den grad slike forhold skulle forekomme, vil utvalget påpeke dette.

## Kontrollutvalget skal arbeide for

- å sikre god kvalitet i kommunens tjenester
- å sikre god produktivitet og en effektiv ressursutnyttelse
- å ivareta innbyggernes rettsikkerhet i deres kontakt med den kommunale forvaltningen
- å sikre at politiske vedtak i Orkland kommune følges opp.

## **Informasjon og rapportering**

Som et ledd i sitt forebyggende arbeid skal kontrollutvalget prioritere veiledning og informasjon. Utvalget skal legge vekt på å være løsningsorientert og bidra til læring i organisasjonen. Kontrollutvalget skal ha en aktiv og nær dialog med kommunestyret som kommunens øverste kontrollorgan, og vil fremme aktuelle saker og rapportere til kommunestyret<sup>7</sup>.

Medie- og kommunikasjonsstrategi for kontrollutvalget er vedlegg til dette reglementet.

## **Ikrafttredelse**

Reglementet for kontrollutvalget i Orkland kommune trer i kraft etter vedtak i Orkland kommunestyre xx.xx.2024.

<sup>4</sup> Forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 2

<sup>5</sup> <http://www.konsek.no/kontrollutvalg/melhus/>

<sup>6</sup> Kommuneloven § 6-1 tredje ledd

<sup>7</sup> Kommuneloven § 23-5

## Medie- og kommunikasjonsstrategi for kontrollutvalget

### Kontrollutvalgets oppgaver

Kontrollutvalget i Orkland kommune skal på vegne av kommunestyret forestå den løpende kontrollen med kommunens forvaltning<sup>8</sup>. Utvalget skal også sørge for at kommunens eierinteresser i selskaper blir ivaretatt<sup>9</sup>.

Gjennom kontrollvirksomheten skal kontrollutvalget se til at forvaltningen av kommunen er i tråd med politiske vedtak, lov- og regelverk<sup>10</sup>. Utvalgets arbeid bidrar til å styrke tilliten til den kommunale forvaltningen, det bør derfor være preget av størst mulig grad av åpenhet.

### Om medie- og kommunikasjonsstrategien

Kontrollutvalget ønsker å være kjent for innbyggere og brukere av kommunens tjenester, og synlig for ansatte og politikere i kommunen. Gjennom medie- og kommunikasjonsstrategien ønsker kontrollutvalget å tydeliggjøre hvor og hvordan utvalgets medlemmer kan kommunisere med de nevnte gruppene:

#### Kontrollutvalget ønsker å være synlig for ansatte og politikere i kommunen.

- Utvalget skal legge fram egne saker for kommunestyret. Kontrollutvalgets leder, eller den lederen måtte bemyndige, er saksordfører.
- Kontrollutvalget skal ha en aktiv dialog med øvrige politikere, råd, utvalg og ombud samt kommunedirektøren og administrasjonen.
- Kontrollutvalget skal legge enkelte møter til kommunale virksomheter og til selskaper som kommunen har eierinteresser i for å skape oppmerksomhet om utvalgets kontrollfunksjon i organisasjonen og kommunalt eide selskaper.

#### Kontrollutvalget ønsker å være synlig for innbyggere og brukere av kommunens tjenester.

- Kontrollutvalgets leder, eller den lederen måtte bemyndige, ivaretar kontakten med media på vegne av utvalget. I saker som er av allmenn interesse kan utvalgets leder kontakte media for å sørge for at sakene får mediedekning.
- Kontrollutvalgets medlemmer, som har verv og offentlige roller utenom kontrollutvalget, må være seg bevisst de ulike rollene i kontakten med media.

<sup>8</sup> Kommuneleken § 23-1

<sup>9</sup> Kommuneleken § 23-2 bokstav c og d

<sup>10</sup> Kommuneleken § 23-2

## Oppfølging av selskaper - Midt-Norge IUA

---

**Behandles i utvalg**

Kontrollutvalget i Orkland kommune

**Møtedato**

29.05.2024

**Saknr**

29/24

**Saksbehandler** Eva J. Bekkavik

**Arkivkode** FE-037

**Arkivsaknr** 24/301 - 1

---

**Forslag til vedtak**

Kontrollutvalget tar informasjonen om til orientering.

**Vedlegg**

Protokoll fra representantskapetsmøte 23.04.2024

Årsberetning og årsregnskap 2023

**Saksopplysninger**

Som et ledd i sin lovpålagte oppgave om å føre kontroll med kommunens eierinteresser i selskaper (kommuneloven § 23-2 bokstav d) har kontrollutvalget bedt om å få fremlagt protokoller fra generalforsamlinger, representantskap og årsmøter i selskaper som Orkland kommune har eierandeler i.

Fakta om Midt-Norge IUA:

Midt-Norge IUA (MNIUA) er et kommunalt oppgavefelleskap mot akutt forurensning. MNIUA er organisert som et kommunalt oppgavefelleskap etter kommuneloven §19 og ble opprettet fra 1. januar 2023. MNIUA har 24 deltakerkommuner og Trondheim kommune er kontorkommune.

Protokoll fra representantskapetsmøte 23.04.2024 , samt årsberetning og årsregnskap 2023 følger med som vedlegg til saken.

Orkland kommune har ingen vedtatt eierstrategi for oppgavefelleskapet.

Kommunene har, gjennom forurensningsloven, beredskaps- og aksjonsplikt overfor mindre tilfeller av akutt forurensning. Ansvarer gjelder innenfor kommunens grenser ved hendelser som ikke dekkes av privat beredskap, der forurensere selv ikke er i stand til å aksjonere, eller der forurensere er ukjent

**Konklusjon**

Kontrollutvalgets sekretariat anbefaler kontrollutvalget å ta med informasjonen som en del av sin rutinemessige oppfølging av Orkland kommune.



# Midt-Norge IUA

Kommunalt oppgavefelleskap mot akutt forurensning

## MØTEPROTOKOLL

### Midt-Norge IUAs representantskap

**Møtet gjelder:** Representantskapsmøte Midt-Norge IUA  
**Dato og tid:** 23.04.2023, 08:00-09:00  
**Sted:** Nettmøte

#### Tilstede:

Frosta	Frode Revhaug
Frøya	Roger Antonsen
Heim	Marit Sandvik
Hitra	Ingjerd Astad
Holtålen	Jan Arild Sivertsgård
Indre Fosen	Sigurd Saue
Malvik	Irén Aina Bastholm
Melhus	Einar Gimse-Syrstad
Meråker	Kari Anita Furunes
Midtre Gauldal	Trude Heggdal
Oppdal	Tor Snøve
Orkland	Oddvar Kjøren
Os	Ivar Midtdal
Osen	Astrid Jacobsen
Rennebu	Per Arne Lium
Rindal	Mildrid Katterm Aune
Selbu	Lars Rolseth
Skaun	Anniken Astaklev
Trondheim	Camilla S. Moe
Tydal	Hans Runar Sandnes Kojedal
Ørland	Hallgeir Grøntvedt
Åfjord	Erling Iversen

#### Forfall:

Røros	Isak V. Busch
Stjørdal	Rolf Charles Berg

#### Andre deltakere:

Styreleder	Torbjørn Mæhlumsveen
Daglig leder	Anna Carlsson
Kontrollutvalg	Eldar Carlson
	Linn Brå Østgård



# Midt-Norge IUA

Kommunalt oppgavefelleskap mot akutt forurensning

## Saksliste

### Sak 1/24 Godkjenning av innkalling og saksliste

Vedtak:

Representantskapet godkjenner innkalling og saksliste.

### Sak 2/24 Valg av to deltagere til å underskrive protokoll sammen med representantskapets leder

Vedtak: Representantskapet velger Oddvar Kjøren, Orkland kommune og Sigurd Saue, Indre Fosen kommune til å signere protokollen.

### Sak 3/24 Orienteringer fra styreleder/daglig leder

Vedtak:

Representantskapet tar saken til orientering.

### Sak 4/24 Midt-Norge IUA årsberetning og årsregnskap 2023

Vedtak:

Representantskapet godkjenner Midt-Norge IUA årsberetning og årsregnskap 2023 som fremlagt.

### Sak 5/23 Budsjettramme 2025

Vedtak:

Representantskapet vedtar budsjettramme 2025.

### Sak 6/24 Revisjon av MNIUAs samarbeidsavtale

Vedtak:

Representantskapet godkjenner utkast til revidert samarbeidsavtale og oversender denne til deltakerkommunenes kommunestyre for vedtak. Samarbeidsavtalen er gjeldende når alle deltakere har behandlet saken med liklydende vedtak.

Representantskapet ber om at kommunestyrene fatter følgende vedtak:

Kommunestyret/bystyret vedtar revidert samarbeidsavtale om Kommunalt oppgavefelleskap mot akutt forurensning Midt-Norge.

### Sak 7/24 Virksomhetsoverdragelse - endring av ansettelsesforhold daglig leder

Vedtak:

Representantskapet godkjenner virksomhetsoverdragelse av ansettelsesforholdet til av daglig leder fra Trøndelag brann- og redningstjeneste IKS, til Trondheim kommune.

Neste møte gjennomføres 10. desember kl. 08:00-09:00 som nettmøte.





**Midt-Norge IUA**

Kommunalt oppgavefellesskap mot akutt forurensning



Representantskapsmøte for  
Midt-Norge IUA  
23.04.2024







## Midt-Norge IUA

Kommunalt oppgavefelleskap mot akutt forurensning

### Bakgrunn

#### Mandat og forankring

Etter vedtak i representantskapsmøtet til Midt-Norge 110-sentral 20.12.2023 anbefalte representantskapet, bestående av Trøndelags ordførere, at prosjektet etableres

Følgende er hentet fra prosjektmandat

- Mulighetsstudien skal gjennomføres i perioden 01.01.2024 – 31.12.2024.
- Sluttrapport skal være ferdig 01.12.2024, og presenteres ordførere i løpet av desember 2024.
- Økonomisk ramme: Tildelte skjønnsmidler fra statsforvalteren på 1.2 MNOK.
- Studien skal hensynte regionalt risikobilde og avdekke fornuftige samarbeidsområder.
- Studien skal hensynte nasjonale føringer og stortingsmelding om brann og redning.
- Studien skal foreslå budsjett, finansieringsmodell og samarbeidsavtale.
- Det forutsettes bred involvering og medvirkning fra alle brannvesen i Trøndelag.





## Midt-Norge IUA

Kommunalt oppgavefelleskap mot akutt forurensning

### Nasjonale føringer

#### Rapport om fremtidens brann- og redningsvesen

Rapporten «Fremtidens brann- og redningsvesen – Helhetlig gjennomgang av brann- og redningsområdet» [1] ble overlevert til Justis- og beredskapsdepartementet 01.06.2023.

Rapporten anbefaler at flere tiltak gjennomføres for å sikre at brann- og redningsvesenene blir i stand til å håndtere framtidens utfordringer innen eget sektoransvar, og i samarbeid med andre nødetater og beredskapsaktører [1].

Mange av landets brann- og redningsvesen er for små til å alene håndtere bredden av oppgaver og kompetansebehov som ventes framover. Rapporten foreslår derfor at det, for særskilte oppgaver, etableres **regionale samarbeid** mellom brann- og redningsvesenene som ligger innenfor samme 110-distrikt [1].

Et regionalt samarbeid bør legge til rette for **større fagmiljøer** der hvert enkelt brannvesen hver for seg har begrensede ressurser [1].

Rapporten danner grunnlaget for melding til Stortinget (Meld. St. 16), «Brann- og redningsvesenet – Nærhet, lokalkunnskap og rask respons i hele landet» [2].



### Fremtidens brann- og redningsvesen

Helhetlig gjennomgang av  
brann- og redningsområdet

June 2023





## Midt-Norge IUA

Kommunalt oppgavefelleskap mot akutt forurensning

### Regionalt risikobilde i Trøndelag

Scenarioene inkluderer skog- og lyngbrann, ulykke med farlig gods, naturhendelser, brann i tankanlegg, atomulykke, sammenbrudd i transportsystemer, med mere

Eksempler på noen slike hendelser er blant annet ekstremværet «Hans» i 2023, skredet på Gjerdrum i 2020, og lyngbrannene i Flatanger og på Frøya i 2014.

Beredskapen i hvert enkelt brannvesen er **ikke dimensjonert** for slike store, langvarige hendelser. **Koordinering av beredskapsressurser** mellom brannvesen og andre, er derfor nødvendig, og kompetanse, opplæring og øvelser er noen av forutsetningene.



### ROS TRØNDELAG 2023

Risiko- og sårbarhetsanalyse for Trøndelag - Hovedrapport





## Midt-Norge IUA

Kommunalt oppgavefelleskap mot akutt forurensning

### Risiko- og sårbarhetsanalyser for brann og redning i Trøndelag

Trøndelag fylke har 38 kommuner. Disse ligger innenfor Midt-Norge 110-sentral sitt distrikt. I tillegg hører Os kommune i Innlandet, og Bindal kommune i Nordland, inn under det samme distriktet. Brann- og redningsoppgaver i disse 40 kommunene ledes av brannsjefer fra 14 brannvesen.

Nasjonale føringer [1, 2] peker både på en **grunnportefølje** som hvert enkelt brannvesen bør være i stand til å håndtere, og en **regional oppgaveportefølje**.

Et samarbeid om grunnportefølje skal bidra til at de ulike brannvesen kommer på nivå med det som minimum kan forventes de skal kunne håndtere.

Den regionale porteføljen inneholder regionale kapasiteter som vanskelig kan opprettholdes av hvert enkelt brannvesen alene, og hvor kostnad og ansvar bør/må fordeles.

### Grunnportefølje



### Regional oppgaveportefølje







## Midt-Norge IUA

Kommunalt oppgavefelleskap mot akutt forurensning

### Andre orienteringer

- IUA Innherred skal utrede ønsket fremtidig organisering. (Steinkjer, Snåsa, Inderøy, Verdal og Levanger)
- Øvelse statlig aksjon, 29-30. mai på Brekstad. Kystverket kommer hit og gjennomfører en stabsøvelse i IUAs håndtering av statlige aksjoner.
- Deltakere fra
  - Ørland kommune (økonomi og personal)
  - Fosen brann- og redningstjeneste (Ørland, Åfjord)
  - Trøndelag brann- og redningstjeneste (Frøya, Trondheim), Værnesregionen brann- og redningstjeneste (Stjørdal)
  - Statsforvalteren (miljø)





REGION  
MIDT-NORGE

# 2023 Årsberetning Årsregnskap

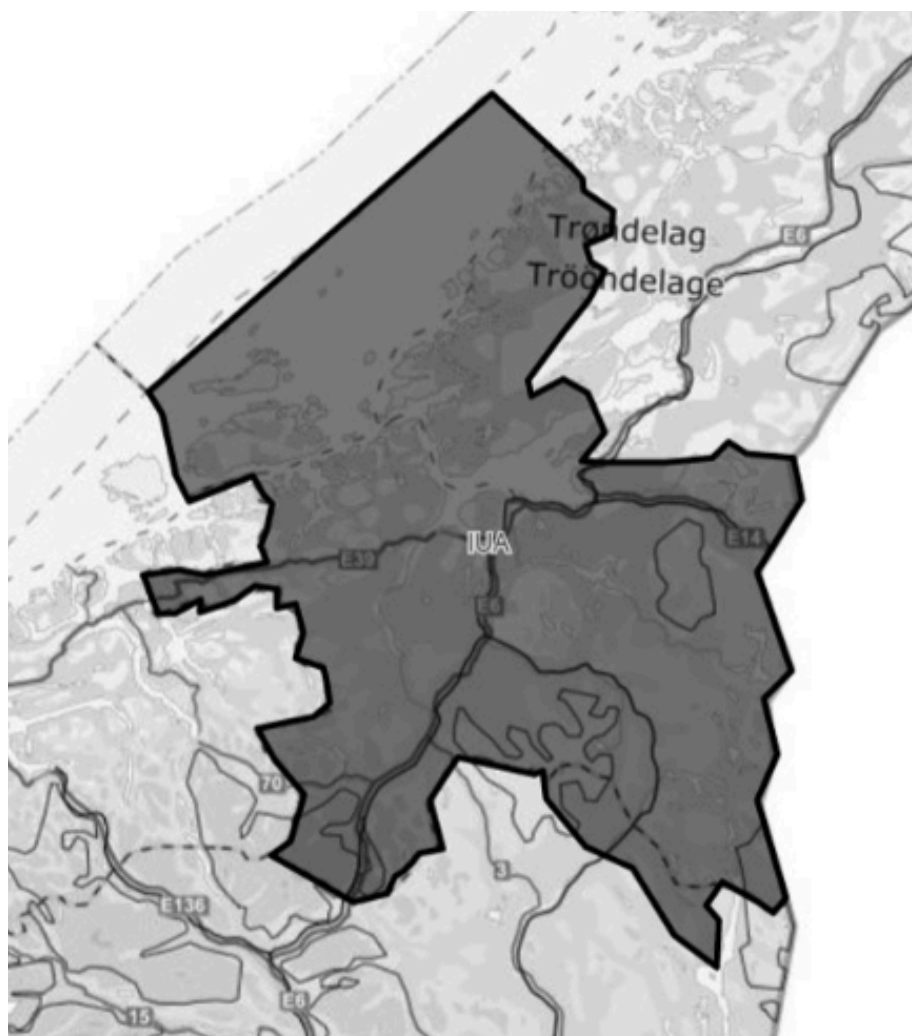
Kommunalt oppgavefelleskap mot akutt forurensning Midt-Norge

## Styrets beretning for 2023

Kommunene har, gjennom forurensningsloven, beredskaps- og aksjonsplikt overfor mindre tilfeller av akutt forurensning. Ansvaret gjelder innenfor kommunens grenser ved hendelser som ikke dekkes av privat beredskap, der forurensere selv ikke er i stand til å aksjonere, eller der forurensere er ukjent.

Kommunene samarbeider om denne beredskapen gjennom 32 interkommunale beredskapsregioner (IUA-regioner). Hensikten med IUA-regioner er å styrke den lokale og regionale beredskapsevnen på en økonomisk og administrativt mer effektiv måte. Gjennom samarbeid på tvers av kommunegrensene sikres en bedre beredskapsevne. God beredskap betyr oppdatert utstyr, jevnlig øvelser og kunnskap om området som skal beskyttes. Regionen dekker alt fra kystområder til fjell, med til tider ekstremt vær, kulturlandskap og verneverdige områder. Arbeidet med å holde mannskap og utstyr oppdatert pågår fortløpende og det innhentes innspill fra både kommuneledelse og beredskapspersonell for å sikre at arbeidet blir så godt som mulig.

Midt-Norge IUA (MNIUA) er organisert som et kommunalt oppgavefelleskap etter kommunelovens §19. MNIUA ble opprettet som kommunalt oppgavefelleskap fra 1. januar 2023, og har Trondheim kommune som kontorkommune.



Midt-Norge IUA-region

## Deltakerkommuner i Midt-Norge IUA

Kommune	Org.nr.	Eierandel	Representantskap 2023, medlem/vara	
Trondheim (kontorkommune)	942 110 464	56,62 %	Camilla S. Moe	Anita Fenstad
Stjørdal	939 958 851	6,53 %	Rolf Charles Berg	Anja Elisabeth Ristad
Orkland	921 233 418	4,98 %	Oddvar Kjøren	Ola Bjørkøy
Melhus	938 726 027	4,61 %	Jorid O. Jagtøyen	Stine Estenstad
Malvik	971 035 560	3,88 %	Trond Hoseth	Ole Herman Sveian
Ørland	964 982 686	2,79 %	Ogne Undertun	Finn Olav Odde
Indre Fosen	944 305 483	2,66 %	Bjørnar Buhaug	Knut Ola Vang
Skaun	939 865 942	2,25 %	Øystein Syrstad	Barbro Bolme
Oppdal	964 983 003	1,90 %	Geir Arild Espnes	Elisabeth Hals
Midtre Gauldal	970 187 715	1,65 %	Arild Karlsen	
Heim	920 920 004	1,58%	Odd Jarle Svanem	Marit Sandvik
Røros	939 898 743	1,50 %	Isak V. Busch	Christian Elgaaen
Frøya	964 982 597	1,42 %	Johan Pettersen	Marit Wisløff Norborg
Hitra	938 772 927	1,39 %	Dag Robert Bjørshol	
Åfjord	964 982 864	1,14 %	Vibeke Stjern	Einar Eian
Selbu	971 197 609	1,10 %	Per Erik Eidem	Frode Welve
Frosta	944 482 253	0,70 %	Frode Revhaug	Kari Ydsti Presthus
Rennebu	940 083 672	0,66 %	Ola Øie	Marit Bjerkås
Meråker	835 231 712	0,65 %	Kjersti Kjenes	Anne Karin Langsåvold
Rindal	940 138 051	0,53 %	Vibeke Langli	Magnar Dalsegg
Holtålen	937 697 767	0,53 %	Ingar Engan	Knut Arne How
Os	943 464 723	0,50 %	Runa Finborud	Per Ousten
Osen	944 350 675	0,24 %	John Einar Høvik	Egil Arve Johannessen
Tydal	864 983 472	0,20 %	Hans Runar Sandnes Kojedal	Per Ingebrigt Græsli

## Styret 2023

Rolle	Medlem	Varamedlem
Styreleder	Torbjørn Mæhlumsveen	Anna-Karin Hermansen
Nestleder	Bernt B. Lein	Solvår Reiten
Medlem	Hans Fredrik Kvitvang	Ole-Bjørn Nordland
Medlem	Svein Olav Fagerdal	Roar Johnsen
Medlem	Geir Arne Sjøhagen	Kjell Bergland
Medlem	Erik Klomsten	Svein Asmussen
Medlem	Håvard Nicolausson	Frode Skogås

MNIUA driftes av en daglig leder i 100 % stilling.

## Overordnet målsetting og prioriterte tiltak

Styret i MNIUA har utarbeidet en strategi som skal bidra til et langsiktig og helhetlig perspektiv. Det er definert sju mål som skal være førende i arbeidet.

Midt-Norge IUA skal:

1. Være en aktiv bidragsyter og pådriver i kommunens arbeid med miljørisikoanalyse, beredskapsanalyse og beredskapsplan.
2. Utvikle og revidere en overordnet beredskapsplan som beskriver tilgjengelig kompetanse og utstyr i IUA-regionen for å understøtte kommunens håndteringsevne.
3. I økt grad fokusere på aktivitet knyttet til kommunens forebygging av akutt forurensning.
4. Bidra til at personellet i regionen har adekvat og oppdatert kompetanse innenfor fagområdet akutt forurensning.
5. Sørge for at det finnes tilgjengelig relevant og riktig utstyr i riktig mengde på rett sted.
6. Gjennom øvelser styrke kommunens evne til å håndtere og samarbeide ved hendelser med stor risiko.
7. Bidra til samvirke mellom aktuelle aktører ved store uønskede hendelser, primært innenfor akutt forurensning.

## Prioriterte aktiviteter basert på overordnede mål

Basert på ovenforstående mål skal følgende områder prioriteres i perioden 2023-2026, som beskrevet i Handlings- og økonomiplanen. Under hvert delmål presenteres resultatet for gjennomføringen i 2023.

### Mål 1

**Være en aktiv bidragsyter og pådriver i kommunens arbeid med miljørisikoanalyse, beredskapsanalyse og beredskapsplan.**

Tiltak	Resultat
Bidra til å gjøre miljørisiko- og beredskapsanalysene kjent.	Miljørisiko- og beredskapsanalysene er brukt som grunnlag ved øvelser og har påvirket prioriteringer av utstyrsinnkjøp.
Bidra kommunene ved revidering av miljørisiko- og beredskapsanalysene, minst hvert 4. år.	Ikke relevant i 2023. Neste revisjon starter i 2024.
Annet	Kystverket har i 2023 utviklet et kurs for kommuner som skal gjennomføre miljørisiko- og beredskapsanalyser. IUA-regionene (også MNIUA) har deltatt i workshoper for å gi innspill til kurset. Kurset vil tilbys kommunene fortløpende de neste 4-5 årene.

### Mål 2

**Utvikle og revidere en overordnet beredskapsplan som beskriver tilgjengelig kompetanse og utstyr i IUA-regionen for å understøtte kommunens håndteringsevne.**

Tiltak	Resultat
Videreutvikling og revidering av overordnet beredskapsplan	Beredskapsplanen ble revidert i 2021. Neste revisjon starter i 2024
Gjøre overordnet beredskapsplan kjent i regionen, både hos brannvesen og i kommuneledelse	Følger etter neste revisjon.
Utarbeide innsatsplaner for dimensjonerende scenarier identifisert i miljørisikoanalysene	Ikke startet.
Utarbeide miljøtiltakskort for sårbare områder (ref. Kystverkets veileder)	Ikke startet.

### Mål 3

I økt grad fokusere på aktivitet knyttet til kommunens forebygging av akutt forurensning.

Tiltak	Resultat
Økt kontakt med store aktører der akutt forurensning kan oppstå	Ingen aktivitet i 2023
Økt samarbeid med forebyggende avdelinger i brannvesen	Dialog startet med forebyggende avdeling i Trøndelag brann- og redningstjeneste IKS, der det ble diskutert forskjellige måter MNIUA kan bistå på. Det planlegges videre aktivitet i 2024 for å konkretisere idéene.

### Mål 4

Bidra til at personellet i regionen har adekvat og oppdatert kompetanse innenfor fagområdet akutt forurensning.

Tiltak	Resultat
Bidra til vedlikehold og heving av kompetanse innenfor: 1. Aksjonsledelse, ELS og stabsarbeid 2. Skadestedsledelse og teigledning oljevern 3. Repetisjonskurs SKL/TL, grunnkurs 4. Strandrensing 5. Materiellhåndtering 6. CBRNE-kompetanse 7. Kompetanseheving for evaluatorrollen	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Ingen aktivitet</li><li>2. Teiglederkurs i Trondheim for alle tre IUA-regioner i Trøndelag i samarbeid.</li><li>3. Rep.kurs/grunnkurs gjennomført på Steinkjer for alle tre IUA-regioner i Trøndelag i samarbeid.</li><li>4. Strandrensekoordineringskurs hos Kystverket, 1 deltaker fra MNIUA.</li><li>5. Fagsamling for øvings- og utstyrsansvarlige for CBRNE/transportrelaterte uhell.</li><li>6. se øvelser, mål 6</li><li>7. Ikke påbegynt</li></ol>
Utvikle materiell for e-læring	Tre nye videoer: <ul style="list-style-type: none"><li>● Demonstrasjon av CBRNE-containeren på Sandmoen</li><li>● Påkledning splasjdrakt</li><li>● Dekontamineringskasse</li></ul>
Bistå eller arrangere fagdager innenfor relevante tema	Se punkt 5 ovenfor.



## Mål 5

Sørge for at det finnes tilgjengelig relevant og riktig utstyr i riktig mengde på rett sted.

Tiltak	Resultat
Utarbeide og implementere et vedlikeholdssystem for eksisterende utstyr.	Samarbeid med materiellansvarlig i TBRT om logistikksystem for å registrere utstyr.
Behovsbasert plassering av eksisterende utstyr basert på miljørisiko- og beredskapsanalysene.	Ingen aktivitet i 2023.

## Mål 6

Gjennom øvelser styrke kommunens evne til å håndtere og samarbeide ved hendelser med stor risiko.

Tiltak	Resultat
Legge til rette for egenøvelser med e-læring som støtte.	Ikke påbegynt i 2023
Jevnlige øvelser med praktisk trening på utstyr for å håndtere akutt forurensning	Øvelser gjennomført i Trondheim, Frøya og Brekstad
Årlig øvelse for kjemikaliedykkere	Øvelser gjennomført på Frøya, Brekstad, Orkanger og Trondheim. Ikke alle i regi av MNIUA.
Jevnlige øvelser for håndtering uhell med farlige stoffer (CBRNE)	7 øvelser i regionen
Årlig øvelse i utvalgt kommune, der kriseledelse, brannvesen og evt. andre deltar	Ikke planlagt i 2023
Stabsøvelser for kommuneledelse og administrativt personell i kommunene	Ikke planlagt i 2023
Øvelser i samarbeid med Kystverket og NOFO	Ikke planlagt i 2023

## Mål 7

Bidra til samvirke mellom aktuelle aktører ved store uønskede hendelser, primært innenfor akutt forurensning.

Tiltak	Resultat
Samarbeid med Inn-Trøndelag og Namdal IUA	Gjennomført teiglederkurs og repetisjonskort/grunnkurs oljevern sammen.
Deltagelse i LRS øvingsutvalg	LRS øvingsutvalg er omorganisert og daglig leder IUA deltar ikke lenger. MNIUAs interesser ivaretas av TBRT og andre deltakere som også sitter i MNIUAs styre.
Deltagelse i Brannsamarbeid Trøndelag (Trønderbataljonen)	MNIUA var representert på alle møter.



*Øvelse i lenseutlegg i TBRT (foto Anna Carlsson)*



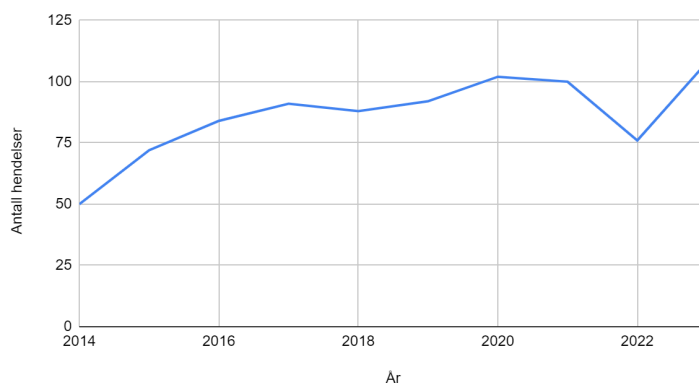
## Statistikk hendelser

I årsberetningen rapporteres tre hendelsestyper hentet fra DSBs rapporteringssystem som benyttes av brannvesen og 110-sentraler.

- Akutt forurensning
- Ubetydelig forurensning
- Uhell farlig stoff uten utslipp

Tall for 2023 viser en økning i antall hendelser og trenden de siste 10 årene er stigende.

Antall hendelser vs. År

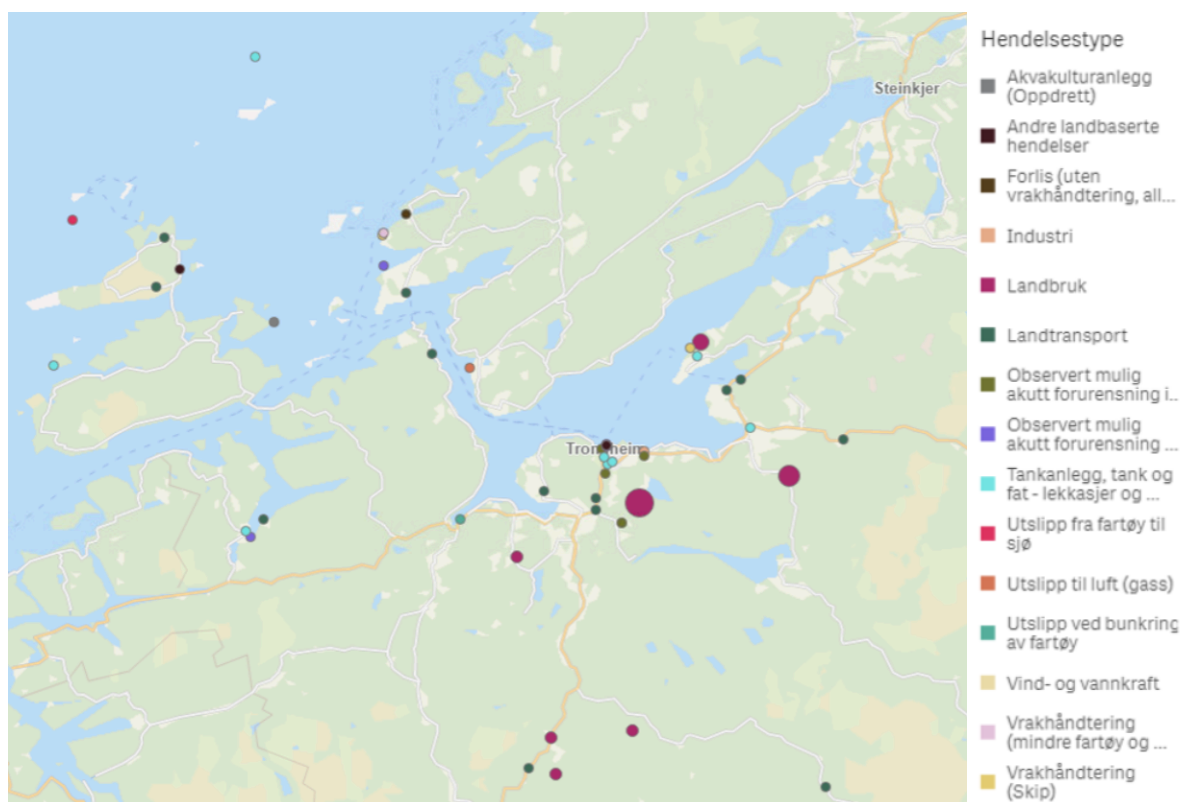


Kommune	Akutt forurensning			Ubetydelig forurensning			Uhell med farlig stoff uten utslipp			Sum pr. kommune
	2021	2022	2023	2021	2022	2023	2021	2022	2023	Totalt
Frosta	1	1	3			1				6
Frøya	3		3	2	1	2				11
Heim	1		2	2	1					6
Hitra			3	1		2			1	7
Holtålen			1			1				2
Indre Fosen	2	1	1	3	2	2			1	12
Malvik		5		3		1				9
Melhus	2	1		2	1	3				9
Meråker					1					1
Midtre Gauldal			3		2	1			1	7
Oppdal	2			1	1					4
Orkland	2	2	2	3	1	3			1	14
Os				0	1					1
Osen										0
Rennebu	1	1		3						5
Rindal					1					1
Røros					1	1				2
Selbu						2				2
Skaun		1	2	2	1					6
Stjørdal	6	6	6	5	6	7		1		37
Trondheim	13	16	18	32	11	22	1		5	118
Tydal										0
Ørland	3	1	5	2	4	2				17
Åfjord	1	3		1	2					7
<b>TOTALT</b>	<b>37</b>	<b>38</b>	<b>49</b>	<b>62</b>	<b>37</b>	<b>50</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>284</b>

## Kystverkets statistikk

Kystverket fører også statistikk over hendelser som rapporteres til dem. I Kystverkets oversikt kan man se tall på forskjellige hendelsestyper og mengden på eventuelt utslipp. Kystverket rapporterer også om hendelser med fare for akutt forurensning.

Kartet nedenfor viser hendelser med utslipp 2023. Størrelsen på prikkene markerer mengden utslipp. Landbrukskategorien har ofte store utslipp da det gjerne handler om utslipp fra møkkekjellere/vogner.



I tabellen ser man antall hendelser i forskjellige kategorier. I hendelser med utslipp er det *landtransport* som utpeker seg med 13 hendelser. Deretter har det vært flest hendelser med *tankanlegg, tank og fat og landbruk*. I volum skiller *landbruk* seg ut. Årsaken er det store volumet fra møkkerkjellere eller uhell med møkkervogner.

Hendelsestype	Antall hendelser	Utslippsvolum (liter)
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>1 078 725</b>
Akvakulturanlegg (Oppdrett)	1	350
Andre landbaserte hendelser	2	80
Drivende gjenstand	2	0
Fartøy i brann	1	0
Fartøy i drift	7	0
Forlis (uten vrakhåndtering, alle fartøysgrupper)	1	600
Grunnstøting	2	0
Industri	1	100
Landbruk	7	1 073 000
Landtransport	13	2186
Maskinfeil (fremdrift eller styring)	1	0
Observert mulig akutt forurensning i vassdrag (ukjent kilde)	5	115
Observert mulig akutt forurensning på sjø (ukjent kilde)	5	62
Tankanlegg, tank og fat - lekkasjer og overfylling	8	1866
Utslipp fra fartøy til sjø	1	30
Utslipp til luft (gass)	1	0
Vind- og vannkraft	1	100
Vrakhåndtering (mindre fartøy og fritidsbåter)	1	10
Vrakhåndtering (skip)	2	126
Øvrige skipshendelser	1	0

## Eksempel på aksjoner

### Isopor fra flytebrygge, Frøya kommune, januar 2023

En flytebrygge med isoporblokker ble ødelagt i uvær på Frøya. Isoporblokkene gikk i oppløsning og spredte seg over et større område. Første kvelden/natten ble alt som lagt seg i strandsonen dekket med presenning for å hindre videre spredning, og de neste dagene ble det brukt store ressurser på å samle opp isoporen. Frivillige tilknyttet Mausund Feltstasjon bidro i oppryddingen.



*Frivillige fra Mausund Feltstasjon bistod med opprydding (foto Anna Carlsson)*



## Sunket båt, Ørland kommune, september 2023

I september 2023 fikk Fosen brann- og redningstjeneste IKS varsel om en akutt forurensning fra en sunket båt. Det var lekkasje av diesel fra og det spredte seg i et kaiområde. For å hindre spredning ble det lagt ut havnelenser, og innenfor disse ble absorberende lenser lagt ut for å samle opp dieselen.



*Sunket båt, Ørland kommune (foto Anna Carlsson og Per Ove Johansen)*

## Årsregnskap 2023

Regnskapet for 2023 er ført som en del av regnskapet til Trondheim kommune. Bundne fondsmidler pr. 31.12.23 står oppført som en kortsiktig fordring på Trondheim kommune. Fordringen er en følge av regnskapsorganiseringen, og er ikke en fordring som skal betales av Trondheim kommune.

Ordinært resultat viser et mindreforbruk på kr. 363.838. Det var budsjettetert med et mindreforbruk grunnet planlagt kjøp av båt. Båtinnkjøpet var planlagt å delfinansieres gjennom et mindreforbruk og resten fra frie driftsfond.

# KOMMUNALT OPPGAVEFELLESSKAP MOT AKUTT FORURENSNING MIDT-NORGE

## ÅRSREGNSKAP 2023

<b>DRIFTSREGNSKAPET</b>	<b>Note</b>	<b>Regnskap 2023</b>	<b>Budsjett 2023</b>	<b>Regnskap 2022</b>
<b>Driftsinntekter:</b>				
Salgsinntekter		219 216	0	50 736
Refusjoner	3	4 026 684	3 568 080	4 077 640
<b>Sum driftsinntekter</b>		<b>4 245 900</b>	<b>3 568 080</b>	<b>4 128 376</b>
<b>Driftsutgifter:</b>				
Kjøp av administrative tjenester	6	1 924 970	1 870 000	1 543 376
Kjøp av varer og tjenester		1 598 310	1 482 080	1 508 865
Overføringer		358 782	0	1 473 025
Kalkulatoriske avskrivninger	5	282 617	0	242 713
<b>Sum driftsutgifter:</b>		<b>4 164 679</b>	<b>3 352 080</b>	<b>4 767 978</b>
<b>Driftsresultat:</b>		<b>81 221</b>	<b>216 000</b>	<b>-639 602</b>
<b>Finansposter:</b>				
Renteinntekter		0	0	0
Renteutgifter		0	0	0
Motpost avskrivninger	5	282 617	0	242 713
<b>Ordinært resultat (mer/mindreforbruk)</b>	<b>4</b>	<b>363 838</b>	<b>216 000</b>	<b>-396 890</b>
<b>Interne finansieringstransaksjoner:</b>				
Avsetninger		0	0	0
Bruk av tidligere avsetninger		169 956	350 000	795 930
Tidligere års merforbruk dekket av fond		7 054	0	0
Overført til inv.regnskapet		526 740	566 000	399 040
<b>Regnskapsmessig resultat</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

<b>INVESTERINGSREGNSKAPET</b>	<b>Regnskap 2023</b>	<b>Budsjett 2023</b>	<b>Regnskap 2022</b>
<b>Investeringer:</b>			
Investeringer i varige driftsmidler	526 740	566 000	399 040
<b>Sum investeringer</b>	<b>526 740</b>	<b>566 000</b>	<b>399 040</b>
<b>Driftsinntekter:</b>			
Overføring fra driftsregnskapet	526 740	566 000	399 040
<b>Sum finansiering</b>	<b>526 740</b>	<b>566 000</b>	<b>399 040</b>
<b>Udekket/udisponert</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**BALANSEREGNSKAPET**

	Note	2023	2022
<b>EIENDELER:</b>			
<b>Anleggsmidler</b>			
Utstyr, maskiner og transportmidler	5	1 430 368	1 186 245
<b>Sum anleggsmidler</b>		<b>1 430 368</b>	<b>1 186 245</b>
<b>Omløpsmidler</b>			
Kortsiktige fordringer	7	2 424 263	2 587 165
<b>Sum omløpsmidler</b>		<b>2 424 263</b>	<b>2 587 165</b>
<b>SUM EIENDELER</b>		<b>3 854 631</b>	<b>3 773 410</b>
<b>EGENKAPITAL OG GJELD:</b>			
<b>Egenkapital</b>			
Frie driftsfond	8	2 424 263	2 594 219
Regnskapsmessig mindreforbruk (drift)	4	0	-7054
Kapitalkonto	5	1 430 368	1 186 245
<b>Sum egenkapital:</b>		<b>3 854 631</b>	<b>3 773 410</b>
<b>Gjeld</b>			
Langsiktig gjeld		0	0
<b>Sum langsiktig gjeld:</b>		0	0
Kortsiktig gjeld		0	0
<b>Sum kortsiktig gjeld:</b>		0	0
<b>SUM EGENKAPITAL OG GJELD:</b>		<b>3 854 631</b>	<b>3 773 410</b>
<b>Memoriakonti</b>			
<b>Ubrukte lånemidler</b>		0	0

Trondheim, 22.2.2024

Torbjørn Mæhlumsveen Styreleder	Bernt Lein Nestleder	Hans Fredrik Kvitvang Medlem
Svein Olav Fagerdal Medlem	Geir Arne Sjøhagen Medlem	Erik Klomsten Medlem
Håvard Nicolausson Medlem		

## NOTER

### Note 1 - Innledende opplysninger

Samarbeidet omfatter 23 kommuner i Trøndelag samt 1 kommune i Innlandet fylke. Hensikten med samarbeidet er å sette deltakerkommunene i stand til å møte kravene til kommunal beredskap mot akutt forurensing. Beredskapsstyret består av 7 representanter fra Trøndelag brann- og redningstjeneste IKS (TBRT), Fosen brann- og redningstjeneste IKS (FBRT), Trondheim kommune, Røros brannvesen, Trøndelag politidistrikt, Trondheim interkommunale havn og Sør-Trøndelag Sivilforsvarsdistrikt. Styret ledes av brann- og redningssjefen i TBRT som er fast leder.

1.1.2015 ble IUA Sør-Trøndelag organisert som et § 27-samarbeid med Trondheim kommune som kontorkommune. Administrativ styring, regnskapsføring og rapportering skjer gjennom Trondheim kommune. Samarbeidet vil fra 1. januar 2023 bli omdannet til kommunalt oppgavefelleskap.

### Note 2 - Om regnskapsføringen for IUA

Regnskapet for 2023 er ført som en del av regnskapet til Trondheim kommune. Bundne fondsmidler pr. 31.12.23 står oppført som en kortsiktig fordring på Trondheim kommune. Fordringen er en følge av regnskapsorganiseringen, og er ikke en fordring som skal betales av Trondheim kommune.

### Note 3 - Overføring mellom IUA og deltakerkommunene i samarbeidet

	<b>2023</b>	<b>2022</b>
Deltakeravgift	-2 974 080	-2 965 244
Momskompensasjon	-358 782	-473 025
Refusjoner fra andre	-693 822	-639 371
<b>Total refusjon</b>	<b>-4 026 684</b>	<b>-4 077 640</b>

### Note 4 - Regnskapsmessig mindreforbruk

Ordinært resultat er positiv med kr. 363 838.- og mindreforbruket blir brukt til å finansiere utgifter i investeringsregnskapet. Regnskapsmessig merforbruk fra 2020 på kr. 7 054 er dekket av ekstra bruk av fondsavsetninger i 2023.



## Note 5 – Anleggsmidler/kapitalkonto

	Båt	IUA-bil	Øvings- modul	CBRNE container	Totalt
Anskaffelseskost 1.1	399 040	815 276	1 247 631	364 219	2 826 166
Tilgang i året	526 740	-	-	-	526 740
Avgang i året	-	-	-	-	-
Anskaffelseskost 31.12	925 780	815 276	1 247 631	364 219	3 352 906
Akkumulerte avskrivninger 1.1	-	652 221	842 012	145 688	1 639 920
Årets avskrivninger	39 904	81 528	124 763	36 422	282 617
Akkumulerte avskrivninger 31.12	39 904	733 748	966 775	182 110	1 922 537
<b>Bokført verdi 31.12</b>	<b>885 876</b>	<b>81 528</b>	<b>280 856</b>	<b>182 109</b>	<b>1 430 369</b>

## Note 6 - Pensjon

Ansatte i IUA er innleid fra TBRT som har kollektiv pensjonsordning for sine ansatte i Trondheim kommunale pensjonskasse (TKP). Kostnader i forbindelse med pensjonsordningen fremkommer som en del av lønnsutgiftene til drift av IUA.

## Note 7 - Kortsiktige fordringer

Jamfør note 2 om bakgrunnen for fordringen. Den kortsiktige fordringen på Trondheim kommune på kr. 2 424.263.- fremkommer på følgende måte:

	2023	2022
IB 1.1	2 587 165	3 383 095
Netto avsetning fond	-169 956	-795 930
Tidligere års merforbruk	7 054	
UB 31.12.Kortsiktig fordring	2 424 263	2 587 165

## Note 8 - Bundet driftsfond

Etter at årets bruk av fond er ført er innestående på fondet kr. 2 424.263.-

	2023	2022
IB 1.1	2 594 219	3 390 149
Avsetning av fondsmidler	0	0
Bruk av fondsmidler	-169 956	-795 930
UB 31.12.Fondsavsetning	2 424 263	2 594 219

### Note 9. Anleggsmidler

Anleggsmidler bokføres til anskaffelseskost og avskrivningen på anleggsmidler skal starte senest året etter at anleggsmidlet er anskaffet eller tatt i bruk jf regnskapsforskriftens § 3-4.

### Note 10. Andre forhold

Regnskapet i 2023 er ført som en selvstendig del av regnskapet til Trondheim kommune. Kunde- og leverandørreskontro er ikke utskilt som selvstendige deler, men alle inntekter og utgifter i forbindelse med disse er bokført.

**SIGNATURES****ALLEKIRJOITUKSET****UNDERSKRIFTER****SIGNATURER****UNDERSKRIFTER**

This documents contains 18 pages before this page

Dokumentet inneholder 18 sider før denne siden

Tämä asiakirja sisältää 18 sivua ennen tätä sivua

Dette dokument indeholder 18 sider før denne side

Detta dokument inneholder 18 sidor före denna sida

authority to sign

representative

custodial

asemavaltuus

nimenkirjoitusoikeus

huoltaja/edunvalvoja

ställningsfullmakt

firmateckningsrätt

förvaltare

autoritet til å signere

representant

foresatte/verge

myndighed til at underskrive

repræsentant

frihedsberøvende

## Oppfølging av selskaper - Konsek Trøndelag IKS

---

**Behandles i utvalg**

Kontrollutvalget i Orkland kommune

**Møtedato**

29.05.2024

**Saknr**

30/24

**Saksbehandler** Eva J. Bekkavik

**Arkivkode** FE-037

**Arkivsaknr** 24/301 - 2

---

**Forslag til vedtak**

Kontrollutvalget tar informasjonen om til orientering.

**Vedlegg**

Møteprotokoll - Representantskapets møte 22.04.2024

Årsmelding 2023

**Saksopplysninger**

Som et ledd i sin lovpålagte oppgave om å føre kontroll med kommunens eierinteresser i selskaper (kommuneloven § 23-2 bokstav d) har kontrollutvalget bedt om å få fremlagt protokoller fra generalforsamlinger, representantskap og årsmøter i selskaper som Orkland kommune har eierandeler i.

Protokoll fra representantskapsmøte 22.04.2024 og årsmelding 2023 følger med som vedlegg til saken.

Orkland kommune har ingen vedtatt eierstrategi for selskapet.

**Konklusjon**

Kontrollutvalgets sekretariat anbefaler kontrollutvalget å ta med informasjonen som en del av sin rutinemessige oppfølging av Orkland kommune.

## Møteprotokoll - Representantskapet

**Arkivsak:** 24/251  
**Møtedato/tid:** 22.04.2024 kl. 13.30-14.15  
**Møtested:** Scandic Hell hotell, Værnes

---

**Merknader:** Ingen merknader til innkalling og sakliste.  
Innkalling og sakliste ble enstemmig godkjent.

35 deltakere av 46 (76,1 %) var til stede. De representerer 103 av 124 stemmer (83,74 %).  
Møtet var vedtaksdyktig.

### Sakliste:

<b>Saksnr.</b>	<b>Sakstittel</b>
01/24	Valg av representantskapets leder og nestleder
02/24	Årsregnskap og årsmelding 2023
03/24	Valg til styret
04/24	Valg av valgkomite
05/24	Godtgjøring til valgkomiteen

## Sak 01/24 Valg av representantskapets leder og nestleder

Saken behandlet i  
Representantskapet

Møtedato  
22.04.2024

Saknr  
01/24

### Valgkomiteens innstilling

Som leder for representantskapet i Konsek Trøndelag velges: Gunn Iversen Stokke (gjenvalg)

Som nestleder for representantskapet i Konsek Trøndelag velges: Martin Bråteng, Rana (ny)

### Behandling:

Gunn Iversen Stokke, leder av representantskapet, innledet i saken.

Innstillingen ble enstemmig vedtatt.

### Vedtak:

Som leder for representantskapet i Konsek Trøndelag velges: Gunn Iversen Stokke (gjenvalg)

Som nestleder for representantskapet i Konsek Trøndelag velges: Martin Bråteng, Rana (ny)

---

## Sak 02/24 Årsregnskap og årsmelding 2023

Saken behandlet i  
Representantskapet

Møtedato  
22.04.2024

Saknr  
02/24

### Forslag til vedtak

1. Representantskapet fastsetter Konsek Trøndelags årsregnskap for 2023.
2. Underskuddet på kr 306.180,44 belastes annen egenkapital.
3. Representantskapet tar årsmelding for 2023 til orientering.

### Behandling:

Daglig leder orienterte om årsregnskap og årsberetning for 2023.

Forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

### Vedtak:

1. Representantskapet fastsetter Konsek Trøndelags årsregnskap for 2023.
  2. Underskuddet på kr 306.180,44 belastes annen egenkapital.
  3. Representantskapet tar årsmelding for 2023 til orientering.
- 

## Sak 03/24 Valg til styret

Saken behandlet i  
Representantskapet

Møtedato  
22.04.2024

Saknr  
03/24

### Valgkomiteens innstilling

#### 1. Valg av faste medlemmer til styret

Som faste medlemmer til styret velges:

1. Randi Dille, Namsos, for 2 år (gjenvalg)
2. Karin Bjørkhaug, Orkland, for 2 år (gjenvalg)
3. Kjetil Klepp, Inderøy, for 2 år (gjenvalg)

#### 2. Valg av varamedlemmer

##### Varamedlemmer. Alle for 1 år

1. Hans Bøe, Oppdal, (gjenvalg)

2. Tone Våg, Snåsa, (gjenvalg)
3. Jørn Clausen, Vefsn, (ny)
4. Marte Iren Langø, Heim, ny
5. Skjalg Åkerøy, Grong, (gjenvalg)

### 3. Valg av styrets leder og nestleder

Som styreleder velges: Randi Dille, Namsos, for 1 år, (gjenvalg)

Som nestleder velges: Hans Kristian Norset, Ørland, for 1 år, (gjenvalg)

### 4. Godtgjøring til styret

Valgkomiteen har ingen forslag til økning av styregodtgjørelsene

#### Behandling:

Gunn Iversen Stokke, leder av representantskapet, innledet i saken.

Valgkomiteens innstillingen ble enstemmig vedtatt.

#### Vedtak:

##### 1. Valg av faste medlemmer til styret

Som faste medlemmer til styret velges:

1. Randi Dille, Namsos, for 2 år (gjenvalg)
2. Karin Bjørkhaug, Orkland, for 2 år (gjenvalg)
3. Kjetil Klepp, Inderøy, for 2 år (gjenvalg)

### 2. Valg av varamedlemmer

#### Varamedlemmer. Alle for 1 år

1. Hans Bøe, Oppdal, (gjenvalg)
2. Tone Våg, Snåsa, (gjenvalg)
3. Jørn Clausen, Vefsn, (ny)
4. Marte Iren Langø, Heim, ny
5. Skjalg Åkerøy, Grong, (gjenvalg)

### 3. Valg av styrets leder og nestleder

Som styreleder velges: Randi Dille, Namsos, for 1 år, (gjenvalg)

Som nestleder velges: Hans Kristian Norset, Ørland, for 1 år, (gjenvalg)

### 4. Godtgjøring til styret

Ingen økning av styregodtgjørelsene.

---

## Sak 04/24 Valg av valgkomite

Saken behandlet i  
Representantskapet

Møtedato  
22.04.2024

Saknr  
04/24

#### Styrets forslag til vedtak

Representantskapet nedsetter denne valgkomiteen for valgperioden 2023-2027:

1. Anita Ravlo Sand, Levanger, leder
2. Hanne Nyhus, Orkland
3. Kenneth Tømmermo Reitan, Røyrvik

#### Behandling:

Gunn Iversen Stokke, leder av representantskapet, innledet i saken.

Forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

**Vedtak:**

Representantskapet nedsetter denne valgkomiteen for valgperioden 2023-2027:

1. Anita Ravlo Sand, Levanger, leder
  2. Hanne Nyhus, Orkland
  3. Kenneth Tømmerno Reitan, Røyrvik
- 

**Sak 05/24 Godtgjøring til valgkomiteen**

Saken behandlet i  
**Representantskapet**

Møtedato  
**22.04.2024**

Saknr  
**05/24**

**Styrets forslag til vedtak**

Representantskapet fastsetter godtgjøring for valgkomiteens faste medlemmer til kr 5.000 per år.

**Behandling:**

Gunn Iversen Stokke, leder av representantskapet, innledet i saken.

Forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

**Vedtak:**

Representantskapet fastsetter godtgjøring for valgkomiteens faste medlemmer til kr 5.000 per år.

---





**Konsek**  
TRØNDELAG IKS Kontrollutvalgenes sekretariat

# Årsmelding 2023

Konsek Trøndelag IKS



## Om årsmeldingen

Konsek Trøndelag regnes som et lite foretak i regnskapsloven. Små foretak har ingen lovmessig plikt til å utarbeide årsmelding. Denne årsmeldingen er en oppsummering av fjoråret, som skal gi deltakerne/eierkommunene utfyllende informasjon om drift og måloppnåelse i 2023.

## Selskapets virksomhet

Konsek Trøndelag kom i drift 1.januar 2018, etter en fusjon mellom Konsek Midt-Norge (Trondheim) og Komsek Trøndelag (Steinkjer). Fosen Kontrollutvalgssekretariat ble overdratt til Konsek Trøndelag 1. januar 2021. Kontrollutvalg Fjell IKS ble overdratt til Konsek 1. januar 2023, og fra 1. oktober 2023 kom seks av eierkommunene i Indre Helgeland kontrollutvalgssekretariat inn i Konsek.

Selskapets kontoradresse er på Steinkjer. Ved utgangen av 2023 hadde selskapet 46 deltakere/eierkommuner, inkludert Trøndelag fylkeskommune. Selskapet selger i tillegg tjenester til Tynset kommunes kontrollutvalg. Selskapet har 12 ansatte i 11,6 årsverk og er landets største sekretariat for kontrollutvalg.

## Måloppnåelse i 2023

Selskapets formål er i henhold til selskapsavtalen "å levere sekretariatstjenester for kontrollutvalg for deltakerne i tråd med gjeldende lov og forskrift." Represetantskapet har vedtatt en strategi for selskapet, sist vedtatt i møte 25.04.2022. Strategien består av fire deler; eiere, kontrollutvalg, medarbeidere og kompetanse. Her vil vi redegjøre for hvordan strategien ble oppfylt i 2023:

### 1. EIERE

*Målsetting: Konsek Trøndelag skal være en ressurs for eierne. Selskapet skal ha et sterkt og bredt fagmiljø. For å opprettholde dette, kan selskapet arbeide for å utvide antall eiere. Selskapet kan delta i anbudskonkurranser om sekretariatstjenester.*

I 2023 har Konsek vært gjennom to utvidelser:

- 1. Januar 2023 ble Kontrollutvalg Fjell IKS overdratt til Konsek. Selskapet fikk dermed 8 nye eierkommuner, fire av dem i Innlandet fylke. I tillegg overtok Konsek ansvaret for salget av sekretariattjenester til Tynset kommunes kontrollutvalg fram til utgangen av 2024. Selskapet fikk to nye ansatte gjennom virksomhetsoverdragelsen.
- 1. oktober fikk selskapet seks nye eierkommuner på Indre Helgeland i Nordland fylke. I den anledning ble det ansatt en ny medarbeider.

Selskapet mener at fagmiljøet gjennom utvidelsene har blitt betydelig styrket og at vi er godt rustet til å være en ressurs for eierne.

### 2. KONTROLLUTVALG

*Målsetting: Kontrollutvalgene skal være en ressurs for kommunestyre og fylkesting.*

*Selskapet skal tilby kontrollutvalgene nødvendig kompetanse og tjenester for å utøve godt kontrollarbeid*

- Selskapet ønsker å legge til rette for at kontrollutvalgene forstår og utøver rollen best mulig. Dette skjer vanligvis på en årlig konferanse for kontrollutvalgene. I 2023 ble konferansen flyttet til januar 2024, slik at de nyvalgte utvalgsmedlemmen skulle ha et bedre grunnlag for opplæring som ble gitt på konferansen.
- Konsek søker å legge til rette for et godt samarbeid mellom kommunestyre/fylkesting og kontrollutvalgene. Ett av tiltakene i forbindelse med ny valgperiode, var å oppfordre utvalgslederne til å invitere ordfører inn i kontrollutvalgets første møter. Formålet var å avklare gjensidige forventninger.
- I forbindelse med ny valgperiode forsøker vi å legge til rette for en god dialog mellom kontrollutvalg og kommunedirektør, slik at samarbeidet skal bli best mulig. Som et ledd i dette, har kommunedirektørene blitt invitert inn i kontrollutvalgenes møter.

- Gjennom fjoråret har kontrollutvalgene fått presentert artikler og faglitteratur i form av referatsaker. Disse sakene er en del av den kontinuerlige opplæringen gjennom valgperioden, og fører i mange tilfeller til diskusjoner i kontrollutvalgene. Referatsakene kan bidra til å øke aktiviteten i kontrollutvalgene ved at kontrollutvalgene ber om orienteringer om forholdene i egen kommune.

Konsek forsøker å legge til rette for at kontrollutvalget skal ha god kunnskap om eget ansvars- og arbeidsområde. I tillegg forsøker vi å bidra til et godt og ryddig samarbeid med kommunestyret og administrasjonen. Denne valgperioden forsøker vi å være mer målrettet. Håpet er at kommunestyre/fylkesting i enda større grad skal oppleve kontrollutvalget som en ressurs.

### **3. MEDARBEIDERE**

*Målsetting: Konsek Trøndelag skal beholde og utvikle medarbeiderne. Selskapet skal legge til rette for et godt og inkluderende arbeidsmiljø gjennom blant annet faglig utvikling, faglig samarbeid, konkurransedyktige arbeidsvilkår og en livsfaseorientert personalpolitikk.*

- Konsek Trøndelag er et selskap med lite gjennomtrekk, noe som kan forstås som et uttrykk for at de ansatte trives. Medarbeiderne blir involvert i driften ved ulike satsinger og ved viktige veivalg. Det medfører at vi blir bedre kjent og får bedre forståelse for hverandre. Helse, miljø og sikkerhet var også i fjor tema i internmøter. Selskapet har verneombud.
- Selskapet ga i løpet av fjoråret permisjon med lønn til to medarbeidere som tok relevant etterutdanning.
- Selskapet skal ha et lønnsnivå som bidrar til å beholde medarbeiderne, uten å være lønnsledende. Vi mener det er oppfylt også i 2023.
- Selskapet legger til rette for at medarbeiderne skal kunne håndtere arbeidssituasjonen i ulike livsfaser. Det viktigste tiltaket er å legge til rette for fleksibilitet i arbeidshverdagen.

### **4. KOMPETANSE:**

*Konsek Trøndelag skal være et ledende fagmiljø. Selskapet skal delta aktivt i utvikling av kontrollområdet i samarbeid med statlige tilsyn, kontrollsekretariat, revisjon og faglige nettverk.*

- Selskapets medarbeidere var også i 2023 aktive i de faglige organisasjonene. Én medarbeider var frikjøpt i 25% for å drive faglig utviklingsarbeid på nasjonalt nivå. Flere medarbeidere deltok med foredrag i faglig sammenheng. I tillegg har selskapets ansatte disse vervene:
  - o nestleder i styret i NKRF- kontroll og revisjon i kommunene
  - o komiteemedlem i kontrollutvalgskomiteen, NKRF
  - o varamedlem til styret i FKT, Forum for kontroll og tilsyn
- Konsek deltok også i 2023 på det årlige koordineringsmøtet mellom statlige tilsyn og kontrollutvalgsssekretariatene.
- Konsek Trøndelag bidrar aktivt i utviklingen av kontrollarbeidet i kommunene gjennom styre- og komiteearbeid, høringsuttalelser og ved at medarbeiderne er aktive og synlige på faglige arenaer. Vi mener at henvendelsene om deltakelse i selskapet de siste årene bekrefter at Konsek Trøndelag framstår som et attraktivt fagmiljø.

## **Fortsatt drift**

Regnskapet for 2023 viser et underskudd på kr 306.180,44. Underskuddet skyldes i hovedsak at pensjonskostnadene ble om lag kr 500.000 høyere enn prognosen fra KLP. Regnskapet avviker ellers lite fra budsjettet. Underskuddet skal dekkes inn i 2024.

På tross av underskuddet, har selskapet god likviditet og er solid. Selskapsavtalen sikrer årlig deltakertilskudd fra den enkelte kommune, noe som sikrer et godt og forutsigbart grunnlag for driften. Styret mener at det er et godt grunnlag for fortsatt drift.

## Ytre miljø

Selskapet driver ikke virksomhet som forurensar ytre miljø, utover reising til møter i kontrollutvalgene.

## Likestilling

Selskapet hadde 12 medarbeidere ved utgangen av 2023, 6 kvinner og 6 menn. Styret bestod av 7 medlemmer, 4 kvinner og 3 menn.

## Sykefravær

Sykefraværet var på totalt 9 prosent i 2023. Av dette utgjør langtidsfraværet 8,6 prosent. Langtidsfraværet skyldes et lengre sykefravær og en svangerskapspermisjon. Korttidsfraværet var på 0,4 prosent.

Trondheim, 12. mars 2024

---

Randi Dille  
styrets leder

---

Skjalg Åkerøy  
varamedlem

---

Tone Våg  
varamedlem

---

Kjetil Klepp  
styremedlem

---

Berit O. Flåmo  
styremedlem

---

Eirik Rønning  
styremedlem

---

Torill Bakken  
ansattes representant

---

Torbjørn Berglann  
daglig leder

## Opplæring av kontrollutvalget

---

**Behandles i utvalg**

Kontrollutvalget i Orkland kommune

**Møtedato**

29.05.2024

**Saknr**

31/24

**Saksbehandler** Eva J. Bekkavik

**Arkivkode** FE-033

**Arkivsaknr** 23/470 - 6

---

**Forslag til vedtak**

Kontrollutvalget tar informasjonen til orientering.

**Vedlegg**

Administrasjonen bør ikke lage forslaget til vedtak

Selvsagt nyttig for begge parter å ha en plan for kontrollutvalgets virksomhet

De beste grunner taler for at forbudet mot fjernmøter ikke gjelder i en hastesituasjon

Befaring må settes som et formelt møte

Habiliteten må vurderes fra sak til sak

**Saksopplysninger**

Kontrollutvalget har fått følgende dokumenter som del av sin opplæring:

1. Kan administrasjonen lage saksfremlegg når kommunedirektøren er inhabil?
2. Gjorde lederen av kontrollutvalget feil, da han hadde et eget formøte med utvalgets sekretær for å diskutere utvalgets arbeid fremover?
3. Kan et fjernhastemøte behandle en sak om arbeidstakers tjenstlige forhold?
4. Når et utvalg er på befaring, er medlemmene da i et utvalgsmøte?
5. Økonomisjefen har blitt styreleder i et interkommunalt selskap som kommunen har eierandeler i, er dette lurt med tanke på habilitet?

## Administrasjonen bør ikke lage forslaget til vedtak

Kommunal Rapport 18.03.2024, Jan Fridthjof Bernt, professor emeritus ved Universitetet i Bergen.

Kan administrasjonen lage saksfremlegg når kommunedirektøren er inhabil?

**SPØRSMÅL:** Kommunedirektørens kone har søkt lederjobb i kommunen, og kommunedirektøren er dermed inhabil i ansettelsessaken.

Kommunen mener dog at: «Underordnet administrasjon kan imidlertid forberede saken slik at vedtak kan fattes av riktig person eller organ».

Er dette korrekt tolkning av habilitetsreglene?

**SVAR:** Dette er et spørsmål som det har vært og er en del usikkerhet om, men slik ser jeg på dette:

Utgangspunktet er bestemmelsen i forvaltningsloven paragraf 6, som lyder:  
*«Er den overordnede tjenestemann ugild, kan avgjørelse i saken heller ikke treffes av en direkte underordnet tjenestemann i samme forvaltningsorgan».*

Den sentrale problemstillingen her er hva som er en «avgjørelse» etter denne bestemmelsen. Av forarbeidene går det fram at dette er ment som en avgrensning mot saksforberedelse og saksutredning. Når loven her taler om «avgjørelse i saken», skal dette forstås i motsetning til av «avgjørelse av saken».

En underordnet tilsatt i kommunen kan altså samle inn opplysninger og gjøre rede for de rettslige problemstillingene i sak før den sendes over til den eller de som skal treffe avgjørelse, så lenge hen ikke selv er inhabil i denne.

All saksbehandling vil på en eller annen måte innebære at det treffes ulike typer avgjørelser når det gjelder innsamling og sammenstilling av *premissene* for den som skal treffes. Dette er som alminnelig utgangspunkt ikke «avgjørelse i saken» etter denne bestemmelsen.

Avgjørende må etter min mening her være om det saksforelegget som oversendes til den som skal treffe den formelle avgjørelsen av saken, også inneholder en sammenfattende vurdering – en anbefaling eller innstilling om hva som etter saksforberederens mening bør eller må vedtas som avgjørelse av saken.

Hvis vi leser bestemmelsen om underordnetes inhabilitet som en ren formregel som bare avskjærer hen fra å treffe den avsluttende formelle avgjørelsen av saken, blir den ganske betydningsløs.

Når kommunen uttaler at «Underordnet administrasjon kan imidlertid forberede saken slik at vedtak kan fattes av riktig person eller organ», er dette riktig så langt det rekkes, men må da leses slik at «forberede saken» ikke omfatter å foreta en sammenfattende vurdering av denne med anbefaling om eller innstilling med forslag til vedtak.

Hvem som skal foreta disse vurderingene og treffe avgjørelse av saken, vil det her være kommunestyrets sak å avgjøre. Forslag til vedtak om dette må da legges fram av ordføreren.

## Selvsagt nyttig for begge parter å ha en plan for kontrollutvalgets virksomhet

Kommunal Rapport 08.04.2024, Jan Fridthjof Bern, professor emeritus ved Universitetet i Bergen.

Gjorde lederen av kontrollutvalget feil, da han hadde et eget formøte med utvalgets sekretær for å diskutere utvalgets arbeid fremover?

**SPØRSMÅL:** Flertallet i kommunestyret har vedtatt nyvalg av kontrollutvalget som følge av mistillit til utvalgsleder. Slik jeg forstår det, begrunnes mistilliten blant annet ved at utvalgsleder i forkant av første møte i det nyvalgte kontrollutvalget hadde et eget møte med utvalgssekretæren. Hensikten med møtet skal ha vært at utvalgsleder og utvalgssekretær ville avklare noen praktiske forhold og diskutere utvalgets rolle og arbeid fremover. Det ble skrevet et referat fra formøtet.

En etterfølgende debatt reiser noen spørsmål om slike forberedende møter mellom utvalgsleder og utvalgssekretær. Blant annet har noen oppfattet at referatet inneholdt beslutninger som bare et samlet kontrollutvalg kan ta, blant annet med tanke på hvem som skal representere utvalget utad og at leder og sekretær forsøkte å etablere en maktstruktur ved å sette agendaen for utvalget.

Ifølge kommuneloven er det vel utvalgsleder som skal sette opp sakslisten for møter og det følger vel også av loven at det er utvalgsleder som har møte- og talerett i kommunestyret?

Sier kommuneloven noe om slike formøter mellom utvalgsleder og sekretær? Hva slags status har et slikt «møte»? Er det krav om, eller bør det skrives referat fra slike formøter? Vil da et slikt referat være et offentlig dokument etter offentlighetslovens bestemmelser?

**SVAR:** I [kommuneloven § 23-2](#) siste avsnitt er det fastsatt at kommunestyret «kan når som helst velge medlemmer til utvalget på nytt», og at da «skal alle medlemmene velges på nytt». Det er en rent politisk beslutning, og kommunestyret behøver ikke oppgi noen særlig grunn for dette. Et lovlig foretatt nyvalg av kontrollutvalget kan ikke overprøves, heller ikke om det er basert på uriktig eller urimelig forståelse av utvalgslederens rolle og myndighet. Bakgrunnen for denne konflikten er imidlertid interessant, og vi skal derfor se nærmere på forholdet mellom utvalgsleder, sekretariat og utvalg.

Kontrollutvalget er et «folkevalgt organ» etter kommuneloven, se [§ 5-1 andre avsnitt, bokstav d](#). Det betyr at reglene i kapittel 11 gjelder for utvalgets virksomhet, se [§ 11-1 første avsnitt](#). Dette gjelder da også bestemmelsen i [§ 11-3 første setning](#), om at «Lederen av et folkevalgt organ setter opp sakliste for hvert enkelt møte». I tillegg kan etter [§ 11-3 første avsnitt, siste setning](#), en tredel av medlemmene av et folkevalgt organ kreve at en sak «skal settes på sakslisten» i et kommende møte.

Sekretariatet til kontrollutvalget er et særskilt administrativt organ som etter [§ 23-7 tredje avsnitt](#) skal være uavhengig av kommunens eller fylkeskommunens administrasjon og av den eller dem som utfører revisjon for kommunen eller fylkeskommunene. Det er, sies det i femte avsnitt, «direkte underordnet kontrollutvalget og skal følge de retningslinjer og pålegg som utvalget gir», og skal, sies det i andre avsnitt, «påse at de sakene som behandles av kontrollutvalget, er forsvarlig utredet, og at utvalgets vedtak blir iverksatt». Sekretariatet har altså ingen formell myndighet verken til å sette en sak opp til behandling i det enkelte møte, eller til å nekte dette. Lederen setter opp saklisten, og når den er sendt ut, er det bare utvalget som kan endre på denne, ved formelt vedtak i møtet.

I praksis vil det imidlertid måtte være løpende kontakt mellom leder og sekretariat, både ved forslag fra sekretariatet om saker som det mener må eller bør behandles, og ved beskjed fra leder om hvilke saker sekretariatet må ha gjort klar til behandling på et bestemt tidspunkt. Begge deler er administrative meddelelser som ikke krever noen form for formalisert saksbehandling eller dokumentasjon, men det vil selvsagt nyttig for begge parter å ha en plan for utvalgets virksomhet som man har som utgangspunkt i det videre arbeidet.

Denne planen er ikke bindende verken for utvalgsleder eller utvalget. Den er må anses som et internt arbeidsdokument for kontrollutvalgssekretariatet, men hvis utvalget ønsker informasjon om det som her er avtalt, kan det be om å bli orientert og gi uttrykk for sitt syn på dette. Og hvis det foreligger et notat eller referat fra disse samtalerne, kan utvalget kreve å få det, og da blir det som alminnelig utgangspunkt et offentlig dokument.

Det er klart nok ikke en feil at utvalgsleder og sekretariatsleder organiserer virksomheten på denne måten. Men hvis kommunestyret er misfornøyd med måten dette gjøres på, kan det altså skifte ut hele utvalget.



## De beste grunner taler for at forbudet mot fjernmøter ikke gjelder i en hastesituasjon

Kommunal Rapport 02.04.2024, Jan Fridthjof Bern, professor emeritus ved Universitetet i Bergen.

Kan et fjernhastemøte behandle en sak om arbeidstakers tjenstlige forhold?

**SPØRSMÅL:** Nylig ble det gjennomført et hastefjernmøte i kommunestyret vårt. Møtet foregikk over e-post, og temaet var innsetting av en settekommunedirektør i en klagesak mot kommunedirektøren.

Ordfører viste til kommuneloven § 11-8 som hjemmel for bruk av denne møteformen. I kommuneloven § 11-7 heter det imidlertid at «Et møte som skal lukkes etter § 11-5 andre ledd, kan ikke holdes som fjernmøte». Dette gjelder blant annet når det er tale om «en sak som angår en arbeidstakers tjenstlige forhold». Jeg lurer derfor på: Er vedtaket i kommunestyret i denne saken gyldig?

**SVAR:** Den aktuelle bestemmelsen i § 11-8 andre avsnitt gir altså lederen for organet, her ordfører, fullmakt til å bestemme at et møte skal holdes som fjernmøte «hvis det er påkrevd å få avgjort en sak før neste møte, og det enten ikke er tid til å holde et ekstraordinært møte, eller saken ikke er så viktig at et ekstraordinært møte anses som nødvendig». Spørsmålet er altså om dette også gjelder i den aktuelle saken, eller om det her følger av bestemmelsen i § 11-7 tredje avsnitt at hastefjernmøte ikke kan benyttes.

Det er usikkert om et vedtak om oppnevning av settedirektør i en slik klagesak er en sak som angår «en arbeidstakers tjenstlige forhold», og dermed i det hele tatt går inn under denne regelen, men om vi forutsetter at det vil den, blir altså spørsmålet om forbudet i § 11-7 mot bruk av fjernmøte også gjelder for hastefjernmøte etter § 11-8.

Bestemmelsen i § 11-7 er gitt pga. frykt for at uvedkommende skal kunne skaffe seg adgang til taushetsbelagt kommunikasjon mellom medlemmene i møtet. Dette er et hensyn som også kan være aktuelt i hastefjernmøte etter § 11-8, men her vil skadevirkningene ved et absolutt forbud mot å bruke denne møteformen kunne bli betydelige.

Det er tale om en situasjon der «hvis det er påkrevd å få avgjort en sak før neste møte, og det enten ikke er tid til å holde et ekstraordinært møte». I en slik situasjon er det derfor nærliggende å falle ned på at vi må kunne nøye oss med å stole på at kommunen gjør det som er nødvendig for å skjerme diskusjonen i møtet og opplysninger underlagt taushetsplikt som fremkommer der.

Jeg mener etter dette at de beste grunner taler for at vi må forstå loven slik at forbudet mot bruk av fjernmøter bare gjelder der dette skjer med hjemmel i beslutning i medhold av en generell fullmakt gitt av kommunestyret i medhold § 11-7 første avsnitt, og ikke der det som her er tale om en hastesituasjon etter § 11-8 andre avsnitt.

Brudd på denne bestemmelsen vil for øvrig neppe i seg selv føre til at vedtak som treffes i slikt møte blir ugyldig.

## Befaring må settes som et formelt møte

Kommunal Rapport 15.04.2024, Jan Fridthjof Bern, professor emeritus ved Universitetet i Bergen.

Når et utvalg er på befaring, er medlemmene da i et utvalgsmøte?

**SPØRSMÅL:** Vi går igjennom politisk reglement om dagen, og diskuterer om vi skal legge inn noe om befaringer i regi av de kommunale utvalgene, med tanke på møteoffentlighet, møteledelse, tilhørere, protokollering osv. Kan for eksempel utvalgene reise på befaring uten at det er et møte?

**SVAR:** Kommuneloven har ingen bestemmelser om «befaring». Den normale arbeidsformen for folkevalgte organer er at man bygger på skriftlige saksforelegg fra administrasjonen. Fordelen med denne arbeidsformen er at da har man et felles dokumentert og kvalitetssikret grunnlag for de vedtak som treffes.

Men ikke all informasjon er like lett å formidle på denne måten. Noen ganger er det en klar fordel om de folkevalgte har kunnet bygge også på egne iakttagelser av anlegget, naboskapet eller landskapet saken gjelder. Denne måten å innhente kunnskap på reiser imidlertid noen særlige utfordringer.

Det grunnleggende problemet er forholdet til bestemmelsene i [kommuneloven kapittel 11](#) om saksbehandling i folkevalgte organer.

Utgangspunktet her er at den enkelte folkevalgte ikke har noen individuell rolle i saksbehandlingen, annet enn ved deltakelse i organets møter. En folkevalgt er valgt *som medlem* av kollegialt organ, og kan ikke opptre i denne egenskap ved å reise på befaring på egen hånd.

Saksbehandlingen i det aktuelle folkevalgte organet bygger på det som i domstolsprosessen kalles «hovedforhandlingsprinsippet». Det betyr at organets beslutninger skal være basert utelukkende på den informasjon som er fremlagt på lik fot for alle medlemmene i møte i organet.

Dette gjelder da ikke bare saksdokumenter og muntlig informasjon fra administrasjonen eller andre, men også den kunnskap som blir innhentet ved befaring. Slik befaring må derfor skje innenfor de rammene som kommuneloven oppstiller for møter i folkevalgte organer.

Det må sendes innkalling til deltakelse i befaringsen, og relevante saksdokumenter i saken, til medlemmene forut for befaringsen ([§ 11–3 første avsnitt](#)).

Befaringen må settes som et formelt møte, og det må føres møtebok for befaringsen der det fremgår hva denne omfattet og hvem som deltok, herunder om parter eller sakkyndige deltok og ga informasjon eller fremførte synspunkter knyttet til saken.

Befaringen må også være åpen for presse eller andre interesserte, så lenge det ikke truffet vedtak om lukking etter [kommuneloven § 11–5](#).

Brudd på disse reglene vil være en saksbehandlingsfeil som kan være grunnlag for en lovlighetsklage til Statsforvalteren over vedtak som treffes, etter bestemmelsene i [kommunelovens kapittel 27](#).

Hvis det er mulig at feilen kan ha hatt betydning for vedtaket, kan den medføre at dette blir ugyldig.

## Habiliteten må vurderes fra sak til sak

Kommunal Rapport 22.04.2024, Jan Fridthjof Bernt, professor emeritus ved Universitetet i Bergen.

Økonomisjefen har blitt styreleder i et interkommunalt selskap, men er det lurt?

**SPØRSMÅL:** Av lov om interkommunale selskaper § 10 framgår følgende; Daglig leder eller representantskapsmedlem kan ikke være medlem av styre. Dette er den eneste begrensningen som lovgiver har satt med hensyn til valgbarhet. I et interkommunalt selskap som vår kommune er medeier i, har representantskapet valgt økonomisjefen i en av kommunene til styrets leder. Vi reiser spørsmål om dette er en god løsning, med tanke på god eierstyring, habilitet, taushetsplikt i styret og det personlige ansvaret som økonomisjefen påtar seg ved å være styreleder.

**SVAR:** Ulovlig er det neppe. Hva som er klokt, vil et stykke på vei avhenge av karakteren av selskapets virksomhet. Det er vel grunnen til at vi i ikke har flere generelle regler som avskjærer slike stillingskombinasjoner.

I stedet må dette vurderes fra sak til sak, i første rekke ut fra bestemmelsen i [IKS-loven § 15](#) om inhabilitet, der det fastslås at bestemmelsene om inhabilitet i kommuneloven [§ 11–10](#) og [13–3](#) gjelder tilsvarende for selskapets tilsatte og medlemmer av selskapets styrende organer, og at det er taushetsplikt etter forvaltningsloven for enhver som utfører tjeneste eller arbeid for IKS som er omfattet av offentleglova – dvs. der stat eller kommune har i øverste majoritet i øverste styringsorgan.

## Henvendelse om Meldal Barne- og ungdomsskole

---

**Behandles i utvalg**

Kontrollutvalget i Orkland kommune

**Møtedato**

29.05.2024

**Saknr**

32/24

**Saksbehandler** Eva J. Bekkavik

**Arkivkode** FE-033

**Arkivsaknr** 24/326 - 2

---

**Forslag til vedtak**

Saken legges frem uten forslag til vedtak.

**Vedlegg**

Trafikklysmodellen

Veileder - Håndtering av henvendelser til kontrollutvalget

Kommunedirektørens orientering om læringsmiljø

**Utrykt vedlegg**

Henvendelse fra innbygger

**Saksopplysninger**

Kontrollutvalget har mottatt en henvendelse fra en innbygger, henvendelsen dreier seg om mobbing i skolen.

Henvendelsen ble utdelt til kontrollutvalgets medlemmer på møtet 3. april i sak 21/24 Innspill til kontrollarbeidet. Utvalget ba om at det skulle settes opp en egen sak på neste møte slik at utvalget fikk tid til å sette seg inn i saken.

**Kontrollutvalgets rolle og oppgaver**

- Kontrollutvalget er ikke et klageorgan, og behandler ikke enkeltsaker. Kontrollutvalget er kommunens kontrollorgan, og fører kontroll med forvaltningen.
- Kontrollutvalget er pålagt å behandle saker det får seg forelagt fra kommunestyret eller revisor. Når det gjelder henvendelser fra andre, må kontrollutvalget selv vurdere om saken hører inn under utvalgets kompetanseområde og om det vil prioritere saken, og på hvilken måte.
- Det ligger ikke til kontrollutvalget å vurdere den politiske hensiktsmessigheten av de vedtak som er truffet av politiske organer. Det samme gjelder vedtak truffet av administrasjonen, med hjemmel i delegert myndighet.
- Kontrollutvalget har et ansvar for å føre kontroll med hele den kommunale forvaltningen på vegne av kommunestyret. Kontrollutvalget har mulighet på generelt grunnlag til å be kommunedirektøren om orienteringer på aktuelle områder.

Hvorvidt kontrollutvalget skal følge opp en ekstern henvendelse bør skje utfra en helhetlig vurdering. "Trafikklysmodellen" kan være et nyttig hjelpemiddel (vedlegg).

Kontrollutvalget har tidligere fått en orientering (vedlegg) om læringsmiljø ved Meldal barne- og ungdomsskole (1. mars 2022, sak 2/22). Kontrollutvalget tok kommunedirektørens redegjørelse til orientering.

**Vurdering**

Kontrollutvalget må diskutere om henvendelsen er en sak som hører inn under kontrollutvalgets kompetanseområde, kommer utvalget til den konklusjon at de ønsker å gå videre med saken må de diskutere og fastsette hvilke kontrollhandlinger som skal gjennomføres i saken. Saken legges derfor frem uten forslag til vedtak.

## Trafikklysmodellen

Sentrale spørsmål – «Trafikklysmodellen»	Ja	Delvis	Nei
Kryss på røde felt peker i retning av å ikke følge opp saken, mens kryss på grønne felt taler for å følge opp saken.			
Vedrører saken misnøye med et politisk fattet vedtak?	Ja	Delvis	Nei
Dreier saken seg om en klage på et enkeltvedtak som kommunen har fattet?	Ja	Delvis	Nei
Viser saken til lovbrudd, manglende etterlevelse av kommunale rutiner eller manglende oppfølging av kommunale vedtak?	Delvis	Ja	Nei
Viser saken til en risiko knyttet til system, rutiner, praksis i kommunen mer generelt innenfor et område?	Delvis	Ja	Nei
Dreier saken seg i hovedsak om en isolert hendelse?	Ja	Delvis	Nei
Er saken under annen behandling i et annet organ? (rettsapparat, sivilombud, statsforvalter, KOFA, klageorgan i kommunen, varslingskanal)?	Ja	Delvis	Nei
Er det annen naturlig behandlingsvei for saken (ref. organene nevnt over)?	Ja	Delvis	Nei
Kan saken, og sakens oppmerksomhet, bidra til at det stilles spørsmål om tilliten til kommunens saksbehandling av en type saker?	Delvis	Ja	Nei
Berører saken et tema som kontrollutvalget allerede har vurdert som aktuelt for oppfølging i sin risiko- og vesentlighetsanalyse?	Delvis	Ja	Nei
Foreligger området som et tema i plan for forvaltningsrevisjon eller plan for eierskapskontroll?	Delvis	Ja	Nei
Kan en gjennomgang bidra til læring og forbedring?	Delvis	Ja	Nei
Bør saken prioriteres foran andre planlagte oppgaver?	Delvis	Ja	Nei

### Kilder:

- *Henvendelser til besvær – eller begjær?* Artikkel i Kommunerevisoren nr. 4/21 av Bjørkelo, Løvlie og Fiksdal i Deloitte
- *Håndtering av henvendelser til kontrollutvalget*, veileder fra Forum for kontroll og tilsyn, 2022



Forum for  
kontroll og tilsyn



VEILEDER

## Håndtering av henvendelser til kontrollutvalget

© Forum for kontroll og tilsyn 2022

## Innhold

<b>Oppsummering av anbefalinger</b> .....	3
<b>1. Innledning</b> .....	4
<b>2. Kontrollutvalgets mandat og avklaring av roller</b> .....	6
2.1 Kontrollutvalgets mandat og forholdet til kommunestyret.....	6
2.2 Rolleavklaringer.....	6
<b>3. God forvaltningsskikk</b> .....	8
3.1 God forvaltningsskikk.....	8
3.2 Skriftlige henvendelser .....	8
3.3 Muntlige henvendelser.....	9
3.4 Tilbakemelding til avsender – sekretariatets veiledningsplikt .....	10
<b>4. Sekretariatets behandling av henvendelser</b> .....	12
4.1 Ulik praksis .....	12
4.2 Forslag til fremgangsmåte .....	12
<b>5. Kontrollutvalgets vurdering av henvendelser</b> .....	13
5.1 «Trafikklysmodellen».....	13
5.2 Henvendelser som faller utenfor kontrollutvalgets mandat .....	13
<b>6. Kontrollutvalgets oppfølging av henvendelser</b> .....	15
6.1 Ressurser .....	15
6.2 Valg av kontrollhandlinger.....	15
<b>7. Synliggjøring av kontrollutvalgets arbeid</b> .....	16
7.1 Informasjon til innbyggere og andre .....	16
7.2 Kommunikasjonsstrategi .....	16
<b>VEDLEGG 1 Eksempel på retningslinjer for håndtering av henvendelser til kontrollutvalget</b> .....	17
<b>VEDLEGG 2 Tiltak for god dialog og samhandling med kommunestyret</b> .....	19
<b>VEDLEGG 3 Hva er et saksdokument?</b> .....	20

# Oppsummering av anbefalinger

## Anbefaling 1

Alle skriftlige henvendelser til kontrollutvalget skal journalføres.

## Anbefaling 2

Muntlige henvendelser må skriftliggjøres for å kunne behandles av kontrollutvalget.

## Anbefaling 3

Den som henvender seg til kontrollutvalget må i tråd med god forvaltningsskikk få en skriftlig tilbakemelding på at henvendelsen er mottatt.

## Anbefaling 4

Kontrollutvalget bør utarbeide egne retningslinjer for håndtering av henvendelser. Disse bør inneholde en fremgangsmåte for saksbehandling av henvendelser.

## Anbefaling 5

Kontrollutvalget bør bruke «trafikklysmodellen» når kontrollutvalget skal vurdere om innholdet i en henvendelse skal følges opp.

## Anbefaling 6

Kontrollutvalget bør unngå å gå videre med henvendelser som uttrykker generell misnøye med et politisk fattet vedtak, dreier seg om en enkeltsak, er under behandling i et annet organ eller har en annen naturlig behandlingsvei.

## Anbefaling 7

Kontrollutvalget bør i sitt budsjettframlegg ta høyde for uforutsette kontrollhandlinger.

## Anbefaling 8

Kontrollutvalget bør drøfte hvordan utvalget vil synliggjøre sin rolle og mandat, og hvorfor utvalget ønsker å motta henvendelser.



# 1. Innledning

Henvendelser er en viktig del av kontrollutvalgets arbeid med å føre kontroll med den kommunale forvaltningen.

**Henvendelser kan være** generelle innspill til tema og områder for revisjon eller andre kontrollhandlinger. Slike henvendelser bør sees i sammenheng med kontrollutvalgets planarbeid.

**Henvendelser kan også være** tips om mer konkrete og mulige kritikkverdige forhold. Denne veilederen gir først og fremst råd om hvordan denne type henvendelser kan håndteres. Henvendelser kan for eksempel komme fra innbyggere, folkevalgte, næringsaktører, ansatte, media, organisasjoner og revisor.

Veilederen er ment å være et supplement til Kontrollutvalgsboka.<sup>1</sup>

I en uformell spørreundersøkelse som ble gjennomført blant deltakerne på FKTs fagkonferanse i 2021, svarte 65 prosent ja på spørsmålet om henvendelser er en viktig del av kontrollutvalgets arbeid. 55 prosent svarte at henvendelser har ført til at viktige forhold ble avdekket.

Det er få kontrollutvalg og sekretariat som har avtalt faste rutiner for hvordan henvendelser skal mottas og følges opp. På bakgrunn av dette opprettet FKT en arbeidsgruppe i juni 2021. Arbeidsgruppen fikk i oppdrag å utarbeide en veileder for hvordan kontrollutvalget kan håndtere henvendelser.

Arbeidsgruppen har bestått av: Henning Warloe kontrollutvalget i Bergen, Trond Egil Nilsen kontrollutvalget i Måsøy, Solveig Kvamme Sunnmøre kontrollutvalgssekretariat IKS, Ragnhild

Aashaug Kontrollutvalg Fjell IKS, Hilde Rasmussen Nilsen 2. vara til styret og Anne-Karin F Pettersen generalsekretær.

Høsten 2021 gjennomførte arbeidsgruppen en undersøkelse blant FKTs medlemmer om hvordan henvendelser blir håndtert. Underveis i veilederen oppsummerer vi noen fakta og viser eksempler fra undersøkelsen.

Målgruppen for veilederen er primært kontrollutvalgsmedlemmer og ansatte i kontrollutvalgssekretariat.

Det er opp til kontrollutvalget selv å beslutte hvordan henvendelser skal behandles. Formålet med dette dokumentet er derfor å gi råd og anbefalinger.

---

<sup>1</sup> [Kontrollutvalgsboka](#) 3. utgåve, januar 2022.

Fakta:

Resultater etter Deloitte's uformelle undersøkelse på fagkonferansen juni 2021:

**Henvendelser er en viktig del av kontrollutvalgets arbeid**

- ✓ 65 prosent svarer ja på spørsmålet om henvendelser er en viktig del av kontrollutvalgets arbeid

**Henvendelser har ført til at viktige forhold ble avdekket**

- ✓ 55 prosent svarte at henvendelser har ført til at viktige forhold ble avdekket

**Innbyggerne er den viktigste kilden for henvendelser**

- ✓ 40 prosent svarer at innbyggerne er den viktigste kilden for henvendelser
- ✓ Andre kilder er folkevalgte, næringsaktører, ansatte, media og organisasjoner

**Området for henvendelser er i stor grad byggesak, plan og eiendom**

- ✓ 40 prosent svarer at henvendelsene gjelder byggesak, plan og eiendom
- ✓ Andre tema er økonomi, innkjøp, kontrakt, personalsaker, arbeidsmiljø, saksbehandling generelt og barnevern

Kilde: Kommunerevisoren 4-2021

## 2. Kontrollutvalgets mandat og avklaring av roller

Kontrollutvalget er kommunestyrets kontrollorgan. God rolleforståelse og et godt samarbeid mellom kontrollutvalget og kommunestyret kan bidra til økt interesse for kontrollarbeidet.

### 2.1 Kontrollutvalgets mandat og forholdet til kommunestyret

Kontrollutvalgets mandat er å være kommunestyrets utøvende kontrollorgan. Det innebærer at kontrollutvalget skal gi uttalelse om kommunens årsregnskap og årsberetning, utarbeide planer for forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll og rapportere til kommunestyret om gjennomførte forvaltningsrevisjoner og eierskapskontroller

I tillegg har kontrollutvalget et påseansvar i forbindelse med regnskapsrevisjon, forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll. Kontrollutvalget skal også påse at kommunens økonomiforvaltning foregår i samsvar med gjeldende bestemmelser og vedtak.

Utover det som er bestemt i lov og forskrift, kan kontrollutvalget i prinsippet ta opp ethvert forhold ved kommunens eller fylkeskommunens virksomhet, så lenge det kan defineres som kontrollarbeid.

God dialog og samhandling mellom kontrollutvalget og kommunestyret gjør det lettere å få aksept for at kontrollutvalgets arbeid med henvendelser er viktig og relevant. Derfor bør kontrollutvalget diskutere hvordan utvalget kan skape forståelse og interesse for kontrollutvalgets arbeid blant medlemmene i kommunestyret.

Vedlegg 2 i veilederen lister opp en rekke tiltak for god dialog og samhandling med kommunestyret.

### 2.2 Rolleavklaringer

#### Styringsrolle<sup>2</sup>

Folkevalgte har fire sentrale roller: representasjonsrollen (ombudsrollen), lederrollen, styringsrollen og arbeidsgiverrollen. Kontrollutvalgets oppgaver med å føre kontroll på vegne av kommunestyret, tilhører styringsrollen som blant annet handler om oppfølging og kontroll.

Henvendelser fra innbyggerne om mulige kritikkverdige forhold til kontrollutvalgets medlemmer, bør derfor håndteres mer formelt enn det rollen som folkevalgt ellers gir rom for.

#### Arbeidsmåte

Kontrollutvalgsmedlemmer bør ikke gjøre egne undersøkelser av en henvendelse eller starte innsamling av fakta. Det kan bli oppfattet som om saksbehandlingen er påbegynt før kontrollutvalget som organ har gjort sin vurdering.

Dersom der er behov for å innhente mer informasjon før kontrollutvalget får henvendelsen, så gjøres det i samarbeid med sekretariatet for å sikre krav til forsvarlig saksbehandling.

#### Saksbehandlingen

Kontrollutvalget er ikke et ordinært forvaltningsorgan som fatter enkeltvedtak.<sup>3</sup>

Kontrollutvalget kan ikke fatte eller omgjøre vedtak som er bindende for administrasjonen.<sup>4</sup>

<sup>2</sup> Tillit, KS folkevalgtprogram 2019-2023, kap. 2.

<sup>3</sup> Forvaltningsloven § 2, første ledd bokstav b.

<sup>4</sup> Kontrollutvalgsboka 2021, s. 18.

Videre betyr dette at de som kommer med henvendelser til kontrollutvalget, ikke er en part<sup>5</sup> i påfølgende kontrollsak.

Det er ikke klagerett på kontrollutvalgets vedtak, men det kan være noen unntak, for eksempel:

- Avslag fra kontrollutvalget på innsynsbegjæring etter offentleglova.
- Enkelte vedtak som fattes av kontrollutvalget når kontrollutvalget opptrer som arbeidsgiver.
- Kontrollutvalgets krav på innsyn etter kommunelovens § 23-6 hos selvstendige rettssubjekter.

---

<sup>5</sup> Forvaltningsloven § 2, første ledd bokstav e.

## 3. God forvaltningsskikk

Kontrollutvalget er et offentlig organ<sup>6</sup> og sekretariatet skal ivareta organets journalførings- og arkivplikt.

### 3.1 God forvaltningsskikk

God forvaltningsskikk bygger på de fire grunnleggende forvaltningsverdiene: demokrati, faglig integritet, effektivitet og rettssikkerhet. Verdiene blir ivaretatt ved at offentlige organ følger «forfatningsreglene» i forvaltningsloven, offentleglova og arkivloven.

Alle offentlige organ plikter å ha et arkiv som er ordnet og innrettet slik at dokumentene er sikret som informasjonskilde for samtid og ettertid, jf. arkivlova § 6. Et dokument er arkivverdig dersom det enten har blitt saksbehandlet eller har verdi som dokumentasjon. Det er et sekretariatsansvar å forvalte kontrollutvalgets arkiver i tråd med gjeldende arkivlov og arkivforskrift.<sup>7</sup>

Offentlige organ har journalføringsplikt som følge av både offentleglova og arkivforskriften. Journalen er et viktig redskap for å sikre åpenhet om offentlig saksbehandling, og er en forutsetning for demokratiet. Det er sekretariatet sitt ansvar å sørge for journalføring av kontrollutvalget sine dokumenter og korrespondanse. Sekretariatet har videre ansvar for å opprettholde personvernet til avsender ved å kontrollere at innkommende dokumenter helt eller delvis avskjermes, dersom det er hjemmel for dette.

Journalen er et viktig arbeidsverktøy som kan brukes som dokumentasjon på når en henvendelse ble mottatt, og hvordan den blir fulgt opp.

Arkivverket har utarbeidet en enkel sjekkliste<sup>8</sup> som kan være til hjelp for sekretariatet.

### 3.2 Skriftlige henvendelser

I dag foregår det meste av kommunikasjonen digitalt, også det som kommer inn til kontrollutvalget. Det brukes mange ulike kanaler, former og sjangre. Det som før kanskje kom som et brev, kan i dag komme som en SMS, e-post, melding på sosiale medier, et dokument via et digitalt møte, eller en registrering på en webportal, for å nevne noe. Det er sekretariatet sin oppgave å avgjøre hva som skal journalføres og arkiveres av kontrollutvalgets korrespondanse.<sup>9</sup>

Det er med andre ord sekretariatets ansvar å ivareta hensynet til god forvaltningsskikk. Derfor bør utvalgets medlemmer som mottar en henvendelse, oversende henvendelsen til sekretariatet slik at de kan bli håndtert etter fastlagte rutiner.

#### Anbefaling 1

Alle skriftlige henvendelser til kontrollutvalget skal journalføres.

<sup>6</sup> [Rettleiar til offentleglova](#) kap. 3.1 omtaler hva som er et offentlig organ, jf. offentleglova § 2.

<sup>7</sup> For mer informasjon om arkiv, se [FKT og NKRFs felles veileder for arkivordning for](#)

[kontrollutvalgssekretariat \(2015\)](#)

<sup>8</sup> [Sjekkliste for journalføring og arkivering i departementene og statlige virksomheter - 2019.](#)

<sup>9</sup> Dokument og saksdokument er nærmere definert i vedlegg 2.

Eksempel, skriftlig henvendelse:

Kontrollutvalgets medlem får en SMS fra en bekjent der det gis informasjon som er interessant og som medlemmet tenker at kontrollutvalget bør se nærmere på. Kontrollutvalgets medlem takker avsender for informasjonen og informerer om at den blir lagt fram for kontrollutvalget til vurdering.

Kontrollutvalgets medlem bør ta skjermdump av SMS-dialogen eller videresende den til sekretariatet for journalføring.

### 3.3 Muntlige henvendelser

Både sekretariatet og kontrollutvalgets medlemmer blir noen ganger oppringt av innbyggere og andre som mener de har informasjon som kontrollutvalget bør se nærmere på. Den som ringer bør oppfordres til å gjøre henvendelsen skriftlig og sende den til sekretariatet.

Alternativt kan mottakers notater fra muntlige samtaler arkiveres som et internt notat.

### Anbefaling 2

Muntlige henvendelser må skriftliggjøres for å kunne behandles av kontrollutvalget.

Eksempel, muntlig henvendelse:

Et medlem i kontrollutvalget møter en innbygger på butikken og vedkommende sier at "du som er med i kontrollutvalget..." Så gir vedkommende informasjon som medlemmet finner interessant.

Kontrollutvalgets medlem bør oppfordre innbyggeren til å sende det skriftlig enten rett til sekretariatet eller via medlemmet slik at det kan håndteres og journalføres.

### 3.4 Tilbakemelding til avsender – sekretariatets veiledningsplikt

Et flertall av de som svarte på undersøkelsen som FKT sin arbeidsgruppe gjennomførte høsten 2021, svarer at avsender får en bekreftelse på at henvendelsen er mottatt og en skriftlig underretning om hvordan henvendelsen ble behandlet (60 prosent).

Den som henvender seg til et offentlig organ som kontrollutvalget er, bør få en skriftlig tilbakemelding på at henvendelsen er mottatt og journalført. Tilbakemeldingen bør gi informasjon om at kontrollutvalget tar den til vurdering og at det ikke er klagerett på kontrollutvalgets vedtak. Videre bør avsender informeres om at hen ikke er part om det blir en sak.

Tilbakemeldingen bør videre inneholde veiledning dersom henvendelsen heller bør rettes til en annen instans.

Avsender har ikke rett på skriftlig tilbakemelding etter kontrollutvalgets behandling. Kontrollutvalget kan likevel vurdere om avsender skal få flere skriftlige tilbakemeldinger.

#### Anbefaling 3

Den som henvender seg til kontrollutvalget må i tråd med god forvaltningsskikk få en skriftlig tilbakemelding på at henvendelsen er mottatt.

#### Eksempel 1:

«Kontrollutvalssekretariatet har på vegne av ..... kontrollutval motteke henvendinga di. Alle henvendingar til kontrollutvalet vert journalførte som innkomen post med namn på avsender(-ar).

Henvendinga di vert lagt fram for kontrollutvalet til vurdering. Om kontrollutvalet vel å gå nærare inn på det som henvendinga gjeld, vil du kunne sjå i møteprotokollen som du finn på heimesida vår.

Ut over dette vil du ikkje få noko meir svar frå kontrollutvalet på henvendinga di.

Vi gjer deg merksam på at kontrollutvalet kun har plikt til å behandle dei saker som kommunestyret ber dei om, eller der det går fram av forskrift om revisjon i kommunar. Når det gjeld henvendingar frå andre enn kommunestyret eller revisjonen, må kontrollutvalet sjølve vurdere om dei vil prioritere å sjå nærare på det ei henvending tek opp.

På generelt grunnlag kan ein seie at det er utanfor kontrollutvalet sitt mandat og reglement å behandle henvendingar som gjeld klagesaker, saker som er til behandling i rettsapparatet, usemje i politiske vedtak eller varsel etter Arbeidsmiljøloven kap. 2a.»

Kilde:

Sunnmøre kontrollutvalsekretariat IKS

## Eksempel 2

Kontrollutvalssekretariatet har på vegne av ..... kontrollutval motteke henvendinga di. Alle henvendingar til kontrollutvalet vert journalførte som innkomen post med namn på avsendar(-ar). Henvendinga di vert lagt fram for kontrollutvalet til vurdering.

Utan at vi har vurdert henvendinga di, vil vi på generelt grunnlag seie at det i hovudsak er utanfor kontrollutvalet sitt mandat og reglement å behandle henvendingar som m.a. gjeld klagesaker, saker som er til behandling i rettsapparatet, usemje i politiske vedtak eller varsel etter Arbeidsmiljøloven kap. 2a.

Vi gjer deg merksam på at kontrollutvalet kun har plikt til å behandle dei saker som kommunestyret ber dei om, eller der det går fram av kommunelova kapittel 23 og 24 <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-22-83> og forskrift om kontrollutval og revisjon i kommunar <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-06-17-904>. Når det gjeld henvendingar frå andre enn kommunestyret, må kontrollutvalet sjølve vurdere om dei vil prioritere å sjå nærare på det henvendinga tek opp.

Vi gjer også merksam på at kontrollutvalet ikkje er eit forvaltningsorgan som fattar enkeltvedtak etter forvaltningslova § 2. Personar som henvender seg til kontrollutvalet er ikkje å rekne som part i ei eventuell påfølgjande kontrollsak. Det vil difor ikkje vera klagerett på vedtak gjort av kontrollutvalet, eller andre partsrettar etter forvaltningslova § 28 knytt til vedtak gjort av utvalet.

Du vil etter behandlinga i kontrollutvalet verta orientert om vedtaket, men som det går fram over vil du ikkje ha klagerett på vedtaket.

Kjelde:

Vestland fylkeskommune, sekretariat for kontrollutval



## 4. Sekretariatets behandling av henvendelser

Det er ulik praksis for hvordan henvendelser blir saksbehandlet før de legges fram for kontrollutvalget.

### 4.1 Ulik praksis

I undersøkelsen som arbeidsgruppen gjennomførte blant FKTs medlemmer høsten 2021, stilte vi spørsmål om hvordan henvendelsene blir lagt fram for kontrollutvalget. Svarene tyder på at det er ulik praksis.

Flertallet (63 prosent) svarer at de legger alle henvendelser fram som informasjons- eller meldingssak. I møte avgjør kontrollutvalget hva som er innenfor mandatet og hva som skal utredes videre av sekretariatet.

Under 20 prosent svarte at sekretariatet saksbehandler alle henvendelser før de blir lagt fram for kontrollutvalget som sak.

Det kan bety at sekretariatet i saksfremlegget gjør en vurdering av om saken hører inn under kontrollutvalgets mandat, og gir en anbefaling.

Rundt 20 prosent svarte at sekretariatet kun saksbehandler henvendelser som er innenfor mandatet til kontrollutvalget. Svarene kan tyde på at det er utvalgsleder som forhåndsvurderer hva som hører inn under mandatet.

Hvilken ordning som velges vil innvirke på hvor lang tid det tar fra en henvendelse kommer inn og til den er ferdigbehandlet.

### 4.2 Forslag til fremgangsmåte

Retningslinjer for hvordan kontrollutvalget behandler henvendelser, kan bidra til en større forutsigbarhet og økt tillit til saksbehandlingen. Retningslinjer må være i tråd med forvaltningslovens regler og god forvaltningsskikk. Saksbehandlingen kan foregå på følgende måte:

- ✓ Sekretariatet gjør en vurdering av innholdet i henvendelsen. Her kan spørsmålene i «trafikklysmodellen» være et egnet hjelpemiddel.
- ✓ Hvis henvendelsen åpenbart er utenfor kontrollutvalgets mandat, svarer sekretariatet avsender og legger henvendelsen og svaret fram for kontrollutvalget til orientering.
- ✓ Henvendelser som ikke åpenbart er utenfor kontrollutvalgets mandat, drøfter sekretariatet med kontrollutvalgets leder som avgjør om henvendelsen skal settes opp som sak på sakslisten.
- ✓ For henvendelser som skal på sakslisten, gjør sekretariatet en vurdering av innholdet i henvendelsen og kommer med et forslag til kontrollutvalget om hvordan den kan håndteres, i tråd med vanlig saksforberedelse.

#### Anbefaling 4

Kontrollutvalget bør utarbeide egne retningslinjer for håndtering av henvendelser. Disse bør inneholde en fremgangsmåte for saksbehandling av henvendelser.

## 5. Kontrollutvalgets vurdering av henvendelser

Kontrollutvalget kan i prinsippet ta opp ethvert forhold ved kommunens virksomhet, så lenge det kan defineres som kontrollarbeid. I vurderingen av hvilke henvendelser som kontrollutvalget skal gå videre med, kan det være nyttig å stille noen kontrollspørsmål.

### 5.1 «Trafikklysmodellen»

Hvorvidt kontrollutvalget skal følge opp en ekstern henvendelse bør skje utfra en helhetlig vurdering. "Trafikklysmodellen" kan være et nyttig hjelpemiddel.

«Trafikklysmodellen» på neste side er utarbeidet av Deloitte AS. Tabellen nevner noen aktuelle spørsmål kontrollutvalget bør stille seg når utvalget skal bestemme om henvendelsen er en sak som skal følge opp eller ikke. Listen er ikke uttømmende, og relevansen av det enkelte spørsmål kan vektes ulikt.

Selv om kontrollutvalget i prinsippet kan ta opp ethvert forhold ved kommunens virksomhet, faller det utenfor utvalgets mandat å vurdere om politiske vedtak er formålstjenlige. Utvalget skal heller ikke brukes som arena for «omkamp».

#### Anbefaling 5

Kontrollutvalget bør bruke «trafikklysmodellen» når kontrollutvalget skal vurdere om innholdet i en henvendelse skal følges opp.

### 5.2 Henvendelser som faller utenfor kontrollutvalgets mandat

Kontrollutvalget bør unngå å gå videre med henvendelser som dreier seg om en enkeltsak, som er under behandling i et annet organ eller som har en annen naturlig behandlingsvei,

som hos politiet, rettsapparatet, statsforvalteren, sivilombudet, KOFA, klageorgan i kommunen eller kommunens varslingskanal. Vedtak i en enkeltsak kan likevel avdekke systemsvikt som kontrollutvalget kan vurdere å se nærmere på.

Dersom henvendelsen gjelder et avvik, må det vurderes om det er andre instanser i kommunen som først skal vurdere dette, og om det dekkes av internkontrollen.

Henvendelser kan medføre mye støy og uklarhet rundt hvilken rolle kontrollutvalget kan og skal ha i en konkret sak. Fallgruvne kan være mange dersom kontrollutvalget involverer seg i en henvendelse som egentlig ikke egner seg for kontrollutvalget og de verktøyene kontrollutvalget disponerer. Det er fare for at oppfølging av henvendelser fortrenger risikoområder der behovet for kontroll er større. Kontrollutvalget må også være forberedt på at det er sannsynlig at de ikke vil klare å møte forventningene til den som har kommet med henvendelsen.

#### Anbefaling 6

Kontrollutvalget bør unngå å gå videre med henvendelser som uttrykker generell misnøye med et politisk fattet vedtak, dreier seg om en enkeltsak, er under behandling i et annet organ eller har en annen naturlig behandlingsvei.

<b>Sentrale spørsmål – «Trafikklysmodellen»</b> Kryss på røde felt kan peke i retning av å ikke følge opp henvendelsen, mens kryss på grønne felt kan tale for å følge opp henvendelsen.	Ja	Delvis	Nei	Ukjent
Vedrører henvendelsen misnøye med et politiskfattet vedtak?	Rødt	Gult	Grønt	Grått
Dreier henvendelsen seg om en klage på et enkeltvedtak som kommunen har fattet?	Rødt	Gult	Grønt	Grått
Viser henvendelsen til lovbrudd, manglende etterlevelse av kommunale rutiner eller manglende oppfølging av kommunale vedtak?	Grønt	Gult	Rødt	Grått
Viser henvendelsen til en risiko knyttet til system, rutiner, praksis i kommunen mer generelt innenfor et område?	Grønt	Gult	Rødt	Grått
Dreier henvendelsen seg i hovedsak om en isolert hendelse?	Rødt	Gult	Grønt	Grått
Er henvendelsen under annen behandling i et annet organ? (rettsapparat, sivilombud, statsforvalter, KOFA, klageorgan i kommunen, varslingskanal)?	Rødt	Gult	Grønt	Grått
Er det annen naturlig behandlingsvei for henvendelsen (ref. organene nevnt over)?	Rødt	Gult	Grønt	Grått
Kan henvendelsen, og henvendelsens oppmerksomhet, bidra til at det stilles spørsmål om tilliten til kommunens saksbehandling av en type saker?	Grønt	Gult	Rødt	Grått
Berører henvendelsen et tema som kontrollutvalget allerede har vurdert som aktuelt for oppfølging i sin risiko- og vesentlighetsanalyse?	Grønt	Gult	Rødt	Grått
Foreligger området som et tema i plan for forvaltningsrevisjon eller plan for eierskapskontroll?	Grønt	Gult	Rødt	Grått
Kan en gjennomgang bidra til læring og forbedring?	Grønt	Gult	Rødt	Grått
Bør henvendelsen prioriteres foran andre planlagte oppgaver?	Grønt	Gult	Rødt	Grått

Tabell 1 Kilde: Deloitte AS

## 6. Kontrollutvalgets oppfølging av henvendelser

Hvordan kontrollutvalget kan gå videre med henvendelsen, er avhengig av ressursituasjonen og sakens karakter.

### 6.1 Ressurser

Kontrollutvalget skal hvert år utarbeide framlegg til budsjett som skal behandles i kommunestyret. For å gi kontrollutvalget gode arbeidsvilkår må kommunestyret stille nødvendige ressurser til disposisjon. Kontrollutvalget må på sin side synliggjøre for kommunestyret at det kan oppstå uventede situasjoner, som for eksempel henvendelser fra innbyggere, som kontrollutvalget må følge opp. Hvis kontrollutvalget ikke har tilgjengelige budsjettmidler, kan utvalget fremme sak om ekstramidler fra kommunestyret.

#### Anbefaling 7

Kontrollutvalget bør i sitt budsjettframlegg ta høyde for uforutsette kontrollhandlinger.

### 6.2 Valg av kontrollhandlinger

Under følger noen eksempler på fremgangsmåter for kontrollutvalget:

#### Samle informasjon

Kontrollutvalget kan be sekretariatet om å samle inn informasjon som angår henvendelsen. Kontrollutvalget vurderer om det skal gjøres videre undersøkelser.

#### Orienteringer

Kontrollutvalget kan invitere kommunedirektøren eller andre til å orientere om kommunens system og rutiner for den type saker eller om det den konkrete henvendelsen tar opp. Dette kan gi kontrollutvalget et grunnlag for å vurdere om et saksfelt er tilstrekkelig belyst, eller om det er behov for ytterligere oppfølging og undersøkelse.

#### Inn i ROV-analysen

Kontrollutvalget kan ta det henvendelsen peker på videre med som innspill til mulig risiko i risiko- og vesentlighets analyse (ROV), eller til eksisterende prosjekt som gjelder samme tema i plan for forvaltningsrevisjon eller eierskapskontroll.

#### Kartlegging (forundersøkelse)

Dersom man ønsker en begrenset undersøkelse av et område, kan kontrollutvalget undersøke forholdet nærmere uten å foreta en større undersøkelse av området – i alle fall ikke i første omgang. Kontrollutvalget kan også vedta å gjennomføre en konkret leverandørkontroll.<sup>10</sup>

#### Forvaltningsrevisjon/eierskapskontroll

Kontrollutvalget kan vedta å gjennomføre en forvaltningsrevisjon eller eierskapskontroll. Forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll betyr at man velger en systematisk tilnærming for å vurdere temaet som henvendelsen dreier seg om.

#### Videre undersøkelser

Dersom henvendelsen gjelder et spesifikt tilfelle som ikke egner seg for en systemgjennomgang slik en forvaltningsrevisjon ofte er, kan kontrollutvalget be om at det blir foretatt en mer omfattende undersøkelse.

#### Høring<sup>11</sup>

En høring finner sted i forbindelse med møter i kontrollutvalget, der bestemte personer blir bedt om å svare muntlig på spørsmål fra medlemmene. Kontrollutvalget kan også be om at den som skal høres leverer inn sitt innspill skriftlig i forkant av høringen.

<sup>10</sup> Jf. kommuneloven § 23-6, siste ledd.

<sup>11</sup> [Høring i kontrollutvalget? Veileder for høringer \(2014\).](#)

## 7. Synliggjøring av kontrollutvalgets arbeid

Henvendelser til kontrollutvalget kan være verdifulle informasjonskilder. Gjennom å informere om hva som er kontrollutvalgets rolle, hvilke oppgaver det har, og hvordan utvalget jobber, kan kontrollutvalget legge til rette for en økt forståelse for utvalgets mandat.

### 7.1 Informasjon til innbyggere og andre

Innbyggere og offentligheten ellers har ofte lite kjennskap til hva som er kontrollutvalgets oppgaver. Synlighet og åpenhet er et mål for den offentlige forvaltningen generelt, og synliggjøring av kontrollutvalgets rolle, mandat og hvordan utvalget jobber kan bidra til flere og mer relevante henvendelser.

Kontrollutvalget mottar henvendelser. For at henvendelsene skal bli en verdifull informasjonskilde, bør kontrollutvalget ha en tydelig kommunikasjon om hva som er kontrollutvalgets mandat og hvordan utvalget jobber. For å avklare forventningene, kan det være viktig å formidle at kontrollutvalget hele tiden prioriterer ut fra risiko, vesentlighet og annen kjennskap til innholdet i henvendelsen innenfor sitt mandat.

Eksempel:

Informasjon til innbyggere og andre som kan legges ut på hjemmesiden til sekretariatet eller kommunen:

<https://sekom.no/om-sekom/kva-gjer-sekom/innspeil-til-kontrollutvalga.17203.aspx>

### 7.2 Kommunikasjonsstrategi

Noen enkle retningslinjer for hvordan den interne og eksterne kommunikasjon skal bidra til å synliggjøre kontrollutvalgets arbeid, kan nedfelles i en kommunikasjonsstrategi. Det kan hjelpe kontrollutvalget til å nå sine mål, og man

kan i større grad forutse konsekvensene av det som formidles.

Mediene gir en mulighet til å kommunisere med innbyggerne. Gjennom å være åpen, troverdig og vise tydelighet i hva som er kontrollutvalgets rolle, kan innbyggerne og mediene oppfatte kontrollutvalget som et ryddig og viktig kontrollorgan. Spørsmål som bør vurderes er hvilke medier som er aktuelle å bruke, hvilke type saker man bør være varsom med å kommentere og hvordan utvalget gjennom media kan nå sine mål over for de ulike gruppene.

Ønsker utvalget å velge en aktiv strategi der kontrollutvalget går ut i media og kommenterer saker? Eller ønsker utvalget å velge en mer tilbakeholden strategi hvor utvalget kun responder når de blir utfordret? Hvilken rolle kontrollutvalget tar i media, avhenger av hvordan utvalget ønsker å jobbe. Det viktige er å skape tillit til at kommunen er underlagt en betryggende, folkevalgt kontroll.

Hvilken strategi som velges vil også være avhengig av den politiske kulturen i den enkelte kommune. Målet kan nås på ulike måter, men utvalget må være bevisst på hva som kan bli konsekvensene av de ulike valgene.

### Anbefaling 8

Kontrollutvalget bør drøfte hvordan utvalget vil synliggjøre sin rolle og mandat, og hvorfor utvalget ønsker å motta henvendelser.

## **VEDLEGG 1 Eksempel på retningslinjer for håndtering av henvendelser til kontrollutvalget**

### **1. Henvendelser til kontrollutvalgsmedlemmer**

Henvendelser til kontrollutvalgsleder eller -medlemmer må til sekretariatet for journalføring og saksbehandling.

### **2. Muntlige henvendelser**

Muntlige henvendelser må skriftliggjøres for å kunne journalføres og saksbehandles av sekretariatet.

### **3. Sekretariatets saksbehandling før kontrollutvalgets møte**

Sekretariatet journalfører og arkiverer henvendelsen i tråd med rutiner for journalføring og arkivering.

Sekretariatet gjør en vurdering av innholdet i henvendelsen i forhold til kontrollutvalgets mandat, «trafikklysmodellen» og vanlige krav til saksforberedelse.

Hvis henvendelsen åpenbart er utenfor kontrollutvalgets mandat, svarer sekretariatet avsender i tråd med pkt. 4 og legger henvendelsen og svaret fram for kontrollutvalget til orientering.

Alle andre henvendelser drøfter sekretariatet først med kontrollutvalgets leder. Om nødvendig kan sekretariatet gjøre enkle avklaringer, for eksempel om henvendelsen er til behandling hos annen instans. Kontrollutvalgets leder beslutter om henvendelsen skal settes opp som sak på sakslisten.

For henvendelser som skal på sakslisten, gjør sekretariatet en vurdering av innholdet i henvendelsen og kommer med et forslag til kontrollutvalget om hvordan den kan håndteres, i tråd med vanlig saksforberedelse.

### **4. Tilbakemelding til avsender**

Alle som henvender seg til kontrollutvalget må få tilbakemelding fra sekretariatet om at den er mottatt og blir vurdert. Om nødvendig gis det veiledning om hva som er rett instans for henvendelsen.

### **5. Partsrettigheter**

Avsender har ingen partsrettigheter i en eventuell sak som behandles i kontrollutvalget. Avsender har heller ingen klagerett på kontrollutvalgets eventuelle vedtak om å ikke gå videre med saken.

## 6. Kontrollutvalgets vurderinger og prioriteringer

På grunnlag av saksutredningen fra sekretariatet vurderer kontrollutvalget i møte, om og eventuelt hvordan henvendelsen skal følges opp.

Kontrollutvalget kan bruke «trafikklysmodellen» som hjelp i sin vurdering av om henvendelsen egner seg til oppfølging av kontrollutvalget.

Kontrollutvalget må i tillegg vurdere om utvalget har ressurser til å følge opp den aktuelle problemstillingen.

## 7. Kontrollutvalgets handlingsalternativer

Kontrollutvalgets handlingsalternativer kan være:

- a. Kontrollutvalget vurderer at dette ikke er en sak som kontrollutvalget vil følge opp og tar henvendelsen til orientering. Saken avsluttes.
- b. Kontrollutvalget vedtar å følge opp henvendelsen ved å be om mer informasjon. Utvalget kan for eksempel be kommunedirektøren om å gi informasjon i neste møte. Utvalget kan også be sekretariatet om å hente inn mer informasjon.
- c. Kontrollutvalget vedtar å følge opp henvendelsen med en kontrollhandling.

## 8. Hvis henvendelsen skal følges opp med en kontrollhandling

Dersom kontrollutvalget mener at henvendelsen dreier seg om et saksfelt som utvalget bør se nærmere på, må kontrollutvalget vurdere følgende:

- Tilsier en risiko- og vesentlighetsvurdering at utvalget skal bruke ressurser på saken, nå eller senere?
- Hvilken kontrollaktivitet er det mest hensiktsmessig å iverksette dersom det skal gjennomføres en kontroll?
- Skal den aktuelle henvendelsen brukes direkte i selve kontrollen eller skal den brukes indirekte til å indikere risikoen på et område?

Dersom forvaltningsrevisjon eller eierskapskontroll er aktuell kontrollaktivitet, kan saksfeltet settes på planen for forvaltningsrevisjon/eierskapskontroll når det skal lages ny plan eller planen skal rulleres. Eventuelt kan saksfeltet inkluderes i formål og/eller problemstillinger i en forvaltningsrevisjon/eierskapskontroll som skal bestilles.

Dersom utvalget vedtar å bestille en forvaltningsrevisjon eller annen undersøkelse, følges vanlige prosedyrer for dette, jf. pkt. 9.

## 9. Videre behandling

Det videre forløpet i saksbehandlingen følger de vanlige prosedyrene i tråd med bestiller/utfører-modellen, tilsvarende som for en forvaltningsrevisjon eller den kontrollformen som er valgt av kontrollutvalget.

## VEDLEGG 2    Tiltak for god dialog og samhandling med kommunestyret

- ✓ Kontrollutvalgets medlemmer bør inviteres til kommunestyrets folkevalgtopplæring slik at de får samme innsikt i rollen som folkevalgt. Her bør også kommunestyrets og kontrollutvalgets kontrolloppgave være tema.
- ✓ Kontrollutvalget/sekretariatet bør tidlig i valgperioden holde en presentasjon for kommunestyret om arbeidet til kontrollutvalget.
- ✓ Kontrollutvalget bør årlig ha et dialogmøte med ordfører hvor de snakker om hvilke forventninger kommunestyret og kontrollutvalget har til hverandre, og om det er saker eller områder som kontrollutvalget bør følge med på. Dette bør følges opp.
- ✓ Kontrollutvalget bør ta initiativ overfor kommunestyret til å drøfte rutiner for hvor ofte kontrollutvalget skal rapportere om sitt arbeid, utover det som er lovpålagt.
- ✓ Kontrollutvalget kan avtale med ordfører at protokollen fra kontrollutvalgets møter blir lagt fram som referatsak i kommunestyret. Kontrollutvalgets leder kan be om taletid for å gi utfyllende informasjon, også om kontrollutvalgets leder ikke er medlem av kommunestyret.
- ✓ Kontrollutvalgets leder bør ta ordet når kommunestyret skal behandle rapporter fra kontrollutvalget og orientere om funn og anbefalinger som utvalgets forslag til vedtak bygger på, også om kontrollutvalgets leder ikke er medlem av kommunestyret.
- ✓ Alle medlemmer, evt. ordfører og gruppeledere i kommunestyret, kan med fordel involveres i ROV-prosessen<sup>12</sup> og få mulighet til å komme med innspill på viktige temaer som kan legges inn i planene før behandling i kommunestyret.
- ✓ Kontrollutvalget bør midtveis i perioden rullere vedtatt plan, og også her kan f.eks. gruppeledere og andre folkevalgte, inviteres til å komme med innspill til nye temaer for revisjonen.
- ✓ Plan for utvalgets arbeid bør oversendes kommunestyret til orientering.
- ✓ Årsrapporten fra kontrollutvalget bør utformes på en måte som vekker interesse for utvalgets arbeid.
- ✓ I kontrollutvalgets uttalelse til årsregnskap og årsberetning kan utvalget legge inn temaer og problemstillinger som kan være av interesse for kommunestyrets medlemmer, f.eks. kommunal økonomisk bærekraft (KØB)

---

<sup>12</sup> Risiko- og vesentlighetsvurdering



## VEDLEGG 3 Hva er et saksdokument?

Offentleglova [§ 4](#) har definert hva som er å regne som saksdokument.

Et **dokument** er informasjon som kan presenteres som en samlet, avgrenset helhet. Det kan være en e-post, en video, en SMS, et tradisjonelt brev på papir, eller en PDF-fil. Det er ikke teknologien eller formatet som bestemmer om noe er et dokument.

For å vite om noe er et **saksdokument** må en først vurdere om innholdet gjelder virksomhetens ansvarsområde. Og om det har kommet inn til, lagt fram for eller opprettet av virksomheten. Det meste sekretariatet oppretter på vegne av kontrollutvalget er å regne som saksdokumenter når det er sendt ut.

Offentleglova [§ 4](#) nevner også hva som ikke er å regne som saksdokument.

*Er dokumentet sendt inn eller ut av virksomheten?*

Hvis du har fått en henvendelse, eller selv henvendt deg til noen utenfor din egen virksomhet, regnes denne kommunikasjonen som «sending» inn eller ut. Det er ikke kanalen eller metoden som avgjør dette, men om dokumentet har blitt formidlet til eller fra en representant for virksomheten.

*Blir dokumentet saksbehandlet og har verdi som dokumentasjon?*

Terskelen for hva som regnes som saksbehandling er lav. Saksbehandling er når du sammenstiller, vurderer eller bruker informasjon, for så å forberede eller ta en avgjørelse på vegne av virksomheten.

Kilde: [Arkivverket](#)



ORKLAND  
KOMMUNE

# Læringsmiljø MBUS

Kontrollutvalget 01.03.22

# Bakgrunn for saken

- En læringsmiljøsak skolen har jobbet med i flere år
- Hovedutvalg oppvekst har vært godt informert hele tiden, også før sammenslåing i 2020.
- Kontrollutvalget har som oppgave å påse at kommunen følger opp saken.

# Oppfølging av saken

- Kommunalsjef ble varslet i april 2021 og har hatt tett kontakt med skolen ved rektor siden
- Hovedutvalg oppvekst har bedt om og fått orientering i hvert møte siden oktober/november.
- Kommunen har bedt statsforvalteren om veiledning
- Statsforvalteren har vært inne i en enkeltsak fra juni til desember. Saken er nå avslutta med konklusjon at skolen har gjort det den kan for å forbedre læringsmiljøet på 9. trinn, men at arbeidet selvfølgelig må videreføres
- Statsforvalteren fører nasjonalt tilsyn skolemiljø i Orkland kommune i 2022

## Tema for tilsyn skolemiljø

- I mai blir tema for tilsynet bestemt. Det kan bli ett eller flere av følgende punkter:
  1. Plikten til å følge med og gripe inn, varsle, undersøke og sette inn tiltak ved mistanke eller kjennskap til at en elev ikke har et trygt og godt skolemiljø.
  2. Plikten til å varsle, undersøke og sette inn tiltak dersom en som jobber på skolen, krenker en eller flere elever.
  3. Plikten til å gjennomføre, evaluere og tilpasse tiltak.





**ORKLAND  
KOMMUNE**

## Innspill til kontrollarbeidet

---

**Behandles i utvalg**

Kontrollutvalget i Orkland kommune

**Møtedato**

29.05.2024

**Saknr**

33/24

**Saksbehandler** Eva J. Bekkavik**Arkivkode** FE-033, TI-&17**Arkivsaknr** 24/269 - 2**Forslag til vedtak**

Saken legges frem uten forslag til vedtak.

**Saksopplysninger**

Hensikten med denne saken er at utvalgets medlemmer kan drøfte og fremme innspill til saker og forhold som kontrollutvalget kan ta tak i, eller diskutere om å få utredet en sak til et fremtidig kontrollutvalgsmøte. Da kan forslag om å sette opp saken fremmes i denne sak.

Eksempel på tema som kan tas opp:

- Deltagelse på kurs/konferanse
- Endring av møtedato e.l.
- Forhold i kommunen som medlemmene har behov for å drøfte
- Ønske om orientering knyttet til et saksområde fra kommunedirektør eller sekretariatet i et fremtidig møte.

Utvalgets medlemmer oppfordres til å si fra om de har noe til saken i starten av møtet.

## Referatsaker

---

**Behandles i utvalg**

Kontrollutvalget i Orkland kommune

**Møtedato**

29.05.2024

**Saknr**

34/24

**Saksbehandler** Eva J. Bekkavik

**Arkivkode** FE-033, TI-&17

**Arkivsaknr** 24/269 - 3

---

**Forslag til vedtak**

Kontrollutvalget tar referatsakene til orientering.

**Vedlegg**

Melding om politisk vedtak - kontrollutvalgets årsmelding 2023

Dialogmøte med ordfører 24.04.2024

Ny lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet

Høyeste antall klager til Sivilombudet noen gang

Kommuner må ikke skape trøbbel for egne selskaper

Utenforskap og mangel på arbeidskraft er hovedutfordringer for kommunene de neste årene

KS Folkevalgtprogram og boka Tillit

**Saksopplysninger**

Kontrollutvalget har fått følgende dokumenter som referatsaker:

1. Melding om politisk vedtak - Kontrollutvalgets årsmelding 2023.
2. Dialogmøte med ordfører 24.04.2024
3. Ny lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet, den gir innbyggere som er vanskeligstilte på boligmarkedet rett til å få vedtak om bistand ut fra sitt behov.
4. I 2023 kom det inn 4322 klager til Sivilombudet fra mennesker som mener at myndighetene har gjort en feil, det er det høyeste antallet noen gang.
5. Trange kommunebudsjetter er ikke et argument for å forsømme sine forpliktelser til egne selskaper. Kommunene må være forutsigbare og gode eiere.
6. Inkludering i arbeidslivet er en nøkkelfordring for kommunene. Det er et paradoks at kommunene opplever økende utenforskap i arbeidslivet og mangel på arbeidskraft samtidig.
7. Boka "Tillit" legger selve grunnlaget for KS folkevalgtprogram.





---

KONSEK TRØNDELAG IKS  
Postboks 2564  
7735 STEINKJER

## **Melding om vedtak - kontrollutvalgets årsmelding**

**Kommunestyre har behandlet saken i møte 09.04.2024 sak 24/24**

Følgene vedtak ble fattet:

Kommunestyret tar kontrollutvalgets årsmelding 2023 til orientering.

Med hilsen  
Orkland kommune

Ingeborg Wolden  
ingeborg.wolden@orkland.kommune.no

*Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur.*

## Notat

**Fra:**

Eva J. Bekkavik (eva.bekkavik@konsek.no)

**Dato:** 14.05.2024

**Arkivsaknr:** 23/346-12

---

### **Dialogmøte med ordfører 24.04.2024**

Kontrollutvalgets leder og sekretær deltok i møtet sammen med ordfører.

Tema som ble tatt opp og diskutert:

- Orienteringer fra administrasjonen til kontrollutvalget, viktig for god informasjon om kommunen.
- Revisors presentasjon av forvaltningsrevisjonsrapporter i kommunestyret.
- Mulig ekstraordinært møte i kontrollutvalget for å behandle årsregnskap og årsberetning 2023.
- Meldal helsetun: prosjektstyring, det er feil og mangler ved bygget, underleverandører har gått konkurs.
- Ordfører synes det er bra at det brukes tid på opplæring av nye kontrollutvalgsmedlemmer. Viktig at utvalgsmedlemmene får en god forståelse av sin funksjon og oppgaver.
- Lyst ut to nye stillinger på teknisk, håper på ansettelse før sommeren.
- Ny kommunejurist, ikke ansatt enda.

Eva J. Bekkavik  
seniorrådgiver

# Ny lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet

Statsforvalteren i Trøndelag, 02.04.2024

Planlegging for et trygt hjem for alle. Ny lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet, kalt boligsosial lov, ble vedtatt av Stortinget 20. desember 2022. Loven gjelder fra 1. juli 2023. Den gir innbyggere som er vanskeligstilte på boligmarkedet rett til å få vedtak om bistand ut fra sitt behov.

Loven stiller krav til ledere og beslutningstakerne i kommunene. Loven tydeliggjør ansvaret kommunene har til å planlegge og ha oversikt over boliger i kommunen.

Loven pålegger også kommunen å fastsette overordnede mål og strategier for det boligsosiale arbeidet i kommuneplanen. Ved å innlemme boligsosiale hensyn i samfunns- og arealplanleggingen, kan kommunene bidra til gode botilbud for vanskeligstilte og til at flere kan eie egen bolig.

Det er den enkelte kommune som må organisere arbeidet med å oppfylle loven. Det er ingen enkelt etat i kommunen som alene kan gjøre det, og loven legger opp til at flere fagfelt må samarbeide for å gi innbyggere som har behov for det den nødvendige bistanden.

[Lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet \[boligsosialloven\]](#)

[Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging 2023–2027](#)

[Nasjonal strategi for den sosiale boligpolitikken \(2021-2024\)](#)

[Boligsosialt arbeid](#)

## Høyeste antall klager til Sivilombudet noen gang

Sivilombudet 21.03.2024.

Sivilombud Hanne Harlem leverte tirsdag 19. mars 2024, Sivilombudets årsmelding for 2023 til Stortinget.

Sivilombudet behandler klager, setter i gang undersøkelser av eget tiltak, og besøker steder der mennesker er fratatt friheten. Sivilombudet er Stortingets kontrollorgan, og leverer hvert år en årsmelding til Stortinget om sin virksomhet i det foregående året.

Økning i antall klager

I 2023 kom det inn 4322 klager fra mennesker som mener at myndighetene har gjort en feil. Det er det høyeste antallet noen gang.

### [Årsmelding Sivilombudet 2023](#)

Hele 30 % av alle klagene til Sivilombudet dreier seg om mangel på svar fra forvaltningen eller at det tar for lang tid å få en avgjørelse. Antallet slike klager har økt de siste årene. Det har også vært en økning i klager som gjelder utlendingssaker, offentlighet og innsyn.

Stadig flere saker løser seg underveis når Sivilombudet kontakter forvaltningen. Flere kommuner, fylkeskommuner, statsforvaltere, direktorater og departementer fikk likevel kritikk fra Sivilombudet i ulike saker i løpet av året. Årsmeldingen er også en rapport om disse sakene.

# Hovedtall 2023



**4322**  
innkomne saker



**4361**  
avsluttede saker

## Antall besøk til steder der folk er fratatt friheten

**11** besøk til barnevernsinstitusjoner

**5** besøk til fengsel

**1** besøk til arrest

Totalt  
**17**  
besøk under  
forebyggings-  
mandatet

## Dette klages det mest på:

 **1248**

Saksbehandlingstid  
og manglende svar

 **606**

Trygd, sosialhjelp  
og barnebidrag

 **542**

Plan og bygg

 **462**

Helse og omsorgs-  
tjenester

 **402**

Ansettelsessaker og  
arbeids- og tjenesteforhold

## Disse klages det mest på:

- > kommuner
- > statsforvaltere
- > Nav
- > utlendingsmyndighetene
- > politi og påtalemyndighet

# Kommuner må ikke skape trøbbel for egne selskaper

Samfunnsbedriftene 26.03.2024, Agnete B. Sommerset, juridisk direktør

Trange kommunebudsjetter er ikke et argument for å forsømme sine forpliktelser til egne selskaper. Kommunene må være forutsigbare og gode eiere.

Tenk deg en kommune som inngår en avtale med et privat selskap om rengjøring. Pris og tjenester er avtalt, kontrakt undertegnet, og alle er fornøyde. Men så sier kommunen at de ikke lenger vil stå inne for avtalen, og at de bare vil betale halvparten av kostnadene på grunn av stramme budsjetter. Det hadde selvsagt vært uakseptabelt, ulovlig og utenkelig.

## Løper fra ansvar

Når det kommer til selskaper som kommunen selv eier, er det likevel noen som tror at man kan løpe fra ansvar, kontrakter og vedtatte budsjetter når man oppdager røde tall i eget budsjett.

- Et interkommunalt selskap (IKS) med 37 eiere fikk vedtatt sitt budsjett i april 2023. Nå vil det nye kommunestyret i to av eierkommunene redusere sitt tilskudd til selskapet.
- Et annet IKS trenger å endre selskapsavtalen etter endringer i IKS-loven og uttreden av enkelteiere. En av kommunene nekter å vedta endringene fordi kommunen vil «vente og se» hvordan det går med selskapet.
- Et tredje IKS opplever at én av deltakerkommunene ikke vil betale det som det vedtatte budsjett innebærer, og ønsker heller færre tjenester fra selskapet.

Kommuner som velger å organisere tjenester i selskaper, forplikter seg også til å følge rettslige rammer for selskapene. Her er det ingen «bør» eller «kan», her **må** man følge styringslinjer og myndighet som er regulert gjennom kommuneloven og selskapslover.

Som alle andre selskaper, trenger også kommunalt eide bedrifter forutsigbare rammer. Kortsiktig budsjettgevinst for enkeltkommuner er et veldig dårlig argument for å utarme egne selskaper. Det blir en umulig driftssituasjon for selskapene hvis vedtatte budsjetter blir reversert av noen eierkommuner – i opposisjon til egne eierrepresentanter.

Eierstyring er ikke spesielt vanskelig, men krever opplæring. Med mange nye representanter i kommunestyresalene, er det spesielt viktig at kommunene nå setter av tid til dette. Hvis eierne drar selskapet i samme retning, vil det resultere i bedre demokratisk kontroll, forutsigbar drift, effektive tjenester, og dermed bedre mulighet for å oppnå målet med opprettelse av selskapet.

## Lag eierstrategier!

Den siste valgperioden var første gang kommunene ble pålagt å lage en eierskapsmelding. Det har gitt god oversikt over hvilke selskaper kommunene har interesser i, og som de må følge opp.

Neste steg må være bedre kunnskap om eierstyring. Her kan utarbeiding av eierstrategier være en god start. Da vil eierne delta mer aktivt i utvikling av egne selskaper, forstå hvilke rettslige forpliktelser eierskap innebærer, og få mulighet til å hente ut de gevinstene som ligger i å etablere selskapene.

Gjennom en eierstrategi vil man oppdage at god eierstyring, rutiner for politisk forankring og løpende dialog med selskapene er nøkkelen til best mulig resultat. Hvis kommuner er uenige i sitt eget selskaps beslutninger, må de se på egen eierstyring og gå via formelle kanaler, slik det fungerer for alle andre selskaper i Norge.

Da kan de ikke stille selskapene sjakk matt ved ikke å følge opp vedtatte budsjetter eller nekte å vedta endringer i selskapsavtaler som deres egen representant har stemt for. Da dømmer man sine egne selskaper til å mislykkes, og det var neppe intensjonen ved opprettelsen av dem.

## Utenforskap og mangel på arbeidskraft er hovedutfordringer for kommunene de neste årene

Samfunnsbedriftene 27.03.2024, styreleder Gunn Marit Helgesen i KS og styreleder Pål Smits i Samfunnsbedriftene

Tett samarbeid med arbeidsinkluderingsbedriftene bidrar til løsning på begge utfordringene samtidig.

Inkludering i arbeidslivet er en nøkkelutfordring for kommunene. Det er et paradoks at kommunene opplever økende utenforskap i arbeidslivet og mangel på arbeidskraft samtidig. En enda mer aktiv kommunal bruk av egne arbeidsinkluderingsbedrifter vil bidra positivt til å redusere begge utfordringene. Hvis flere hender kommer i arbeid, vil det også gi en betydelig avlastning for kommuneøkonomien.

Norge har 320 arbeidsinkluderingsbedrifter fordelt på 95 prosent av kommunene. Felles for dem alle er at de hjelper folk å komme i aktivitet eller arbeid, enten det er uføretrygdede, personer på arbeidsavklaringspenger og sosial stønad, innvandrere, ungdom i utenforskap, sykemeldte, folk med rusutfordringer, eller andre grupper som står utenfor arbeidslivet.

Gjennom sitt virke i de fleste av landets kommuner, har arbeidsinkluderingsbedriftene en unik forståelse av lokale forhold og behov. De kjenner til kommunens utfordringer, det lokale næringslivet og arbeidsmarkedet. Dermed kan de tilpasse tiltak og løsninger som passer for den enkelte kommune. I tillegg er bedriftene fleksible og har god tilpasningsevne. De kan utvikle skreddersydde programmer og tiltak for å inkludere personer som står utenfor arbeidslivet. Dette gir kommunene fleksibilitet i møtet med lokale utfordringer.

Et tettere partnerskap mellom kommuner og arbeidsinkluderingsbedrifter har en rekke fordeler:

- **Økt tilgang til arbeidskraft.** Arbeidsinkluderingsbedrifter kan bidra til å rekruttere og inkludere personer som ellers ville stått utenfor arbeidslivet. Dette gir kommunene tilgang til en bredere arbeidsstyrke og reduserer mangel på arbeidskraft.
- **Et mer inkluderende samfunn.** Kommunene og kommunale bedrifter har en sterk forpliktelse til å inkludere personer med nedsatt funksjonsevne, langtidsledige og andre sårbare grupper. Dette bidrar til et mer inkluderende samfunn der alle får muligheten til å delta. Vi skal heller ikke undervurdere hvilken enorm effekt inkluderingen har for den enkeltes selvbilde og egenverdi.
- **Flere statlige arbeidsmarkedstiltak.** Gjennom et samarbeid kan kommunene trekke veksler på arbeidsinkluderingsbedriftenes kompetanse om effektiv bruk av de statlige arbeidsmarkedstiltakene. Det gir flere i varig tilrettelagt arbeid, flere ansettelser med lønnstilskudd og tiltaksplasser i arbeidsforberedende trening.
- **Bidrag til kommuneøkonomien.** Flere statlige arbeidsmarkedstiltaksplasser og prosjektmidler lokalt vil virke direkte på både utenforskap og mangel på arbeidskraft. I tillegg til å sikre nok hender til å gjøre alle oppgavene kommunen skal utføre, avlaster det kommuneøkonomien og gir rom for å investere i andre viktige områder.

Et tett samarbeid mellom kommuner og arbeidsinkluderingsbedrifter kan gjøre inkluderingsarbeidet mer effektivt og profesjonelt i hver enkelt kommune. Det vil være en kraftig ressurs for å bidra til å løse utfordringene knyttet til utenforskap og arbeidskraftmangel. Og ikke minst bygger det opp om den type bærekraftige lokalsamfunn vi ønsker å ha i Norge – hvor alle får bidra gjennom deltakelse i et inkluderende arbeidsliv.

## KS Folkevalgtprogram og boka Tillit

Har du deltatt på KS Folkevalgtprogram eller ønsker å lese om folkevalgtes rolle i lokalpolitikken? Les boka Tillit.



KS Folkevalgtprogram er et tilbud til alle kommunestyre, fylkesting og direkte valgte bydelsutvalg. Hensikten er å bidra til et godt lokaldemokrati med høy tillit. Programmet skal også bidra til å gi dere folkevalgte trygghet og motivasjon, og en god forståelse for rollen. Denne boka legger selve grunnlaget for KS Folkevalgtprogram.

- Vi håper at boka skal være til hjelp i hverdagen som folkevalgt i kommunen eller fylkeskommunen, sier Dag-Henrik Sandbakken, fagsjef i KS.

Les boka [her](#)

Mer informasjon som kan være særlig relevant for deg som er folkevalgt finner du [her](#).



## Godkjenning av protokoll fra dagens møte

---

**Behandles i utvalg**

Kontrollutvalget i Orkland kommune

**Møtedato**

29.05.2024

**Saknr**

35/24

**Saksbehandler** Eva J. Bekkavik**Arkivkode** FE-033, TI-&17**Arkivsaknr** 24/269 - 4**Forslag til vedtak**

Møteprotokollen fra dagens møte i kontrollutvalget, 29.05.2024, godkjennes.