

## Møteinnkalling - Kontrollutvalget i Overhalla kommune

---

**Arkivsak:** 24/461  
**Møtedato/tid:** 09.09.2024 kl. 09:00  
**Møtested:** Kommunestyresalen

---

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

### Sakliste

<b>Saksnr.</b>	<b>Sakstittel</b>
20/24	Besøk på kommunens vannverk
21/24	Forvaltningsrevisjonsrapport - Internkontroll i pleie og omsorg
22/24	Forenklet etterlevelseskontroll - offentlige anskaffelser - nr. brev nr. 1
23/24	Budsjett 2025 og økonomiplan 2025-2028 - kontrollarbeidet
24/24	Referatsaker september 2024
25/24	Innspill til kontrollutvalgets arbeid
26/24	Godkjenning av protokoll

Eventuelle forfall, eller spørsmål om habilitet, meldes til Konsek Trøndelag IKS v/ Einar Sandlund på telefon 938 97 555, eller e-post: [einar.sandlund@konsek.no](mailto:einar.sandlund@konsek.no)

Varamedlemmer møter etter nærmere innkalling.

Steinkjer 31.08.2024

Anne Lise Grande Vollan (sign.)  
Leder av kontrollutvalget

Einar Sandlund/s  
Seniorrådgiver  
Konsek Trøndelag IKS

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

## Besøk på kommunens vannverk

---

**Behandles i utvalg**

Kontrollutvalget i Overhalla kommune

**Møtedato**

09.09.2024

**Saknr**

20/24

**Saksbehandler** Einar Sandlund

**Arkivkode** FE-033

**Arkivsaknr** 21/102 - 15

---

**Forslag til vedtak**

Besøk på, samt orientering om kommunens vannverks- og forsyningsanlegg i tilknytning til Konnovatnet, tas til orientering.

**Saksopplysninger**

Kontrollutvalget fattet slikt vedtak i sak 16/24:

*Kontrollutvalget besøker kommunens vannverk den 09.09.24.*

Kontrollutvalget gjennomfører omvisning på kommunens vannverks- og forsyningsanlegg i tilknytning til Konnovatnet, men besøket omfattet ikke selve vannkilden.

Etter omvisning vil administrasjonen besvare spørsmål fra kontrollutvalget.

**Vurdering**

Besøket anbefales tatt til orientering, om ikke kontrollutvalget selv bestemmer noe annet ut fra de gjennomførte samtaler og omvisning.

# Forvaltningsrevisjonsrapport - Internkontroll i pleie og omsorg

---

**Behandles i utvalg**

Kontrollutvalget i Overhalla kommune

**Møtedato**

09.09.2024

**Saknr**

21/24

**Saksbehandler** Einar Sandlund**Arkivkode** FE-217, TI-&58**Arkivsaknr** 22/241 - 10**Forslag til vedtak:**

1. Kontrollutvalget slutter seg til forvaltningsrevisjonsrapporten - Internkontroll i pleie og omsorg.

2. Saken oversendes kommunestyret med slik innstilling til vedtak:

1) *Kommunestyret tar forvaltningsrevisjonsrapporten Internkontroll i pleie og omsorg til orientering.*

2) *Kommunestyret ber kommunedirektøren følge opp rapportens anbefalinger:*

*- Ledelsen bør gjennomføre brukerundersøkelser innen pleie- og omsorg.*

*- Ledelsen bør sørge for at tjenestetilbudet i større grad utformes i samarbeid med bruker og pårørende.*

*- Ledelsen bør sikre at kommunikasjonen med pårørende blir gjennomført iht. plan.*

3) *Kommunestyret ber kommunedirektøren innen 01.03.25 om skriftlig rapport til kontrollutvalget på hvordan forholdene i pkt. 2 er fulgt opp.*

**Vedlegg**

Endelig rapport - Internkontroll i pleie og omsorg Overhalla kommune

**Saksopplysninger**

Kommunelovens § 23-3 sier at det skal gjennomføres forvaltningsrevisjon i kommunen. kontrollutvalget fattet bestillingsvedtak i sak 21/22. Revisjonen la frem prosjektplan som ble behandlet i sak 12/23 hvor det ble fattet slikt vedtak :

1. *Prosjektplan datert 02.06.23 tas til foreløpig orientering og det gis følgende innspill revidert prosjektplan:*

*- Hvordan er helhetlig ROS-analyse sykeheim fulgt opp, jfr. forvaltningsrevisjonsrapport fra 2018?*

*- Intervju av pårørende*

*- Intervju med ansatte er viktig og oppfølgende spørreundersøkelse pr. epost gjøres kun ved behov.*

*- Arbeidsorganisering og arbeidsmiljø inkl. sykefravær pekes på som viktig for å beholde og rekruttere nødvendig kompetanse.*

2. *Revidert prosjektplan behandles av kontrollutvalget i neste møte den 21.09.23.*

3. *Rapporten forventes levert 31.05.24 innenfor den angitte ressursbruk på 400 timer.*

4. *Kontrollutvalget skal orienteres underveis fra revisor for å kunne ta stilling til evt. behov for endringer i prosjektplanen.*

Kontrollutvalget behandlet så ny prosjektplan i sak 15/23 og gjorde slikt vedtak:

1. *Revidert Prosjektplan datert 31.08.23 godkjennes.*

2. *Rapporten forventes levert 31.05.24 innenfor den angitte ressursbruk på 400 timer.*

3. *Kontrollutvalget skal orienteres underveis fra revisor for å kunne ta stilling til evt. behov for endringer i prosjektplanen.*

Endelig rapport ble oversendt 16.08.24. Rapporten besvarer følgende problemstilling, jfr. vedtatt prosjektplan:

*Har Overhalla kommune tilfredsstillende system for ledelse og kvalitetsforbedring i pleie- og omsorgstjenesten?*

Det er videre utarbeidet 4 delproblemstillinger og 1 beskrivende delproblemstilling:

- *Har Overhalla kommune oversikt over området i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav?*
- *Er det tilrettelagt for melding og oppfølging av HMS-avvik i pleie- og omsorg?*
- *Har omorganiseringen i pleie- og omsorgstjenesten påvirket sykefraværet og arbeidsmiljøet?*
- *Hvordan sikres brukermedvirkning i pleie- og omsorg?*
- *Hvordan sikrer Overhalla kommune tilstrekkelig bemanning i pleie- og omsorgstjenestene?*

Kommunedirektøren har avgitt hørings svar, jfr. rapportens vedlegg 2 som lyder slik:

*“Kommunedirektøren har lest rapporten fra forvaltningsrevisjon pleie og omsorg og er enig i de vurderinger og konklusjoner som presenteres”.*

Revisor har innhentet data gjennom dokumentgjennomgang , spørreundersøkelse og intervjuer med enhetsledere, tillitsvalgte, verneombud, pårørende og bruker, samt medlem av brukerråd ved sykeheimen. Nærmere beskrivelse og vurdering av metodene, samt avgrensning av undersøkelsen er beskrevet i kap. 1.3.

#### ROS-analyse og risikovurderinger innen helse og omsorg

Kommunen har utarbeidet ROS-analyse for helse og omsorg i 2019. Den er koblet opp mot avvikssystemet, det er utarbeidet tiltakskort og det gjennomføres risikovurderinger. Revisors vurdering og konklusjon er at kommunen ivaretar plikten til å ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav.

#### Avviksmelding og oppfølging

Kommunen har utarbeidet rutiner for melding av avvik og har avviksmodul i kvalitetssystemet Compilo. Ansatte melder HMS-avvik i avviksmodulen i kvalitetssystemet. Compilo. Leder får oversikt over de meldte avvikene i Compilo og rapporteres i tertialrapporter. Det er utarbeidet rutine for avvikshåndtering som har som formål å sikre at avvik i organisasjonen blir håndtert systematisk. Rutinen er ifølge ledere, tillitsvalgte og verneombud gjort kjent for ansatte i personalmøter og mentorprogram. Compilo for 2023 viser at 65 prosent av meldte avvik ble lukket innen 6 dager. 83,3 prosent av meldte avvik ble lest innen 2 dager.

I hjemmetjenesten får alle ansatte innsyn i avvikene og anledning til å lese gjennom det som er meldt, slik at alle kan stille spørsmål til egen og andres praksis. På sykeheimen opplever tillitsvalgte at det oftest er informasjon, lite diskusjoner eller refleksjoner rundt avvik eller avviksstatistikk. I hjemmetjenesten brukes avviksoppfølging mest til læring og forbedring.

Revisor konkluderer med at det er tilrettelagt for å melde HMS-avvik i pleie- og omsorg, ledelsen har oversikt over meldte HMS-avvik og avvikene blir fulgt opp i henhold til prosedyrer.

#### Organisering, ressurser, kompetanse og rekruttering

Omorganiseringen av arbeidsoppgaver på sykeheimen, samt innføring av årsturnus med langvakter har medført at tjenesten har fått inn mer kompetanse på helg. Oppgavedelingsprosessen har medført at sykepleiere og helsefagarbeidere får frigjort tid til å utføre profesjonsoppgaver og at ufaglærte servicearbeidere ivaretar praktiske oppgaver. Evalueringsprosessen er p.t ikke gjennomført, slik at vurdering av om tjenesten har tilstrekkelig bemanning til å utføre sine lovpålagte oppgaver, ikke kan gjøres. Kommunen har ansatt fagutviklingssykepleier i hjemmetjenesten med fagutviklingsansvar for pleie og omsorg. Videre- og etterutdanningsbehovet kartlegges og kompetanseplan utarbeidet. Det motiveres til å ta videreutdanning og kompetansehullene dekkes. Omorganisering av

tjenestene og innføring av langvakter har gjort kommunen mer attraktiv som arbeidsgiver, spesielt nyutdannede. Tjenestene har ikke ledige sykepleierstillinger våren 2024, *men antall søknader ved utlysning er lavere enn tidligere.*

Revisor konkluderer med at ledelsen tjenestene har oversikt over medarbeidernes kompetanse, behov for opplæring og tilrettelegger for å rekruttere tilstrekkelig fagkompetanse. Det gjøres ved å omorganisere tjenestene og rendyrke arbeidsoppgavene for sykepleiere og helsefagarbeidere, noe som gjør kommunen mer attraktiv for nyutdannede.

### Sykefravær og arbeidsmiljø

Det har vært jobbet med dette i Nærværsprosjektet over tid. Kommunens oppfølging av Nærværsprosjektet medfører gjennomføring av oppfølgingsmøter, avklaring av restarbeidsevne og samarbeid med bedriftshelsetjenesten. Rutiner for sykefraværsoppfølging er utarbeidet og er lagret i Compilo. Kommunen arbeider med å redusere sykefraværet gjennom Nærværsprosjektet, men har ikke kommet i mål med dette ennå. Sykefraværsprosenten i helse og omsorg 1. tertial 24 var på 10,2 prosent., en økning fra året før. Ved sykeheimen og hjemmetjenesten har ledelsen fokus på tilrettelegging for sykmeldte arbeidstakere og de har godt samarbeid med bedriftshelsetjenesten. Tillitsvalgte opplever at dette arbeidet er godt gjennomført.

Det er gjennomført medarbeiderundersøkelse i 2023, som viste godt psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø på sykeheimen og i hjemmetjenesten. Dette bekreftes i intervju med verneombudene. Tillitsvalgte mener at sykefraværsoppfølgingen er god. Det oppleves at det tilrettelegges godt og at ansatte får tilpasninger som er nødvendig. Ledelsen er positive og motiverende overfor ansatte, og praktiserer åpen dør for alle. Verneombudsrollen er viktig i arbeidsmiljøet, at ting blir tatt på alvor og fulgt opp. Verneombudene er ikke involvert kartlegging av risikofaktorer og oppfølging av sykefravær, men de får noe oversikt over sykefraværet gjennom deltakelse i SU og opplever et meget godt samarbeid med ledelsen. Ingen er redd for å ta opp ting og arbeidsplassen er preget av åpenhet. Medarbeidersamtaler gjennomføres etter plan med de fleste ansatte..

Revisor konkluderer med at omorganiseringen i pleie- og omsorgstjenesten så langt ikke synes å ha påvirket sykefraværet i positiv retning. Økningen i sykefraværet viser seg ofte å ha årsaker som arbeidsgiver ikke kan påvirke og som ikke skyldes arbeidsplassen. Arbeidsmiljøet synes å ha fått en positiv utvikling, ved at det har blitt enklere å sette riktig kompetanse til riktig oppgave med den nye organiseringen.

### Brukermedvirkning

Det gjennomføres innkomstsamtaler med pasienter på sykeheimen. Kommunen har ikke gjennomført brukerundersøkelser i pleie- og omsorg de siste år. Det er opprettet brukerråd på sykeheimen, men informasjon fra pårørende viser at det er manglende informasjon til pårørende om brukerråd. Informasjon om hvem som er pasientens primærkontakt blir heller ikke alltid gitt til pårørende. Årlige pårørendesamtaler blir ikke alltid gjennomført. Det er gitt lite informasjon om omorganisering og langvakter til pårørende.

Intervju med pårørende viser at det er tilfeller av manglende fysioterapibehandling på sykeheimen. Både pårørende og representant i brukerrådet på sykeheimen klager på at dagsenteraktiviteten er lagt ned og at aktiviteter nå skal organiseres av frivillige. De mener at denne ordningen blir lite oversiktlig og tilfeldig dersom den ikke koordineres av ansatte. Kommunen annonserer med at brukere på sykeheimen får tilbud om KOMP, men dette blir ikke tilbudt alle pasienter på sykeheimen.

## **Vurdering**

Sekretariatet viser til fremlagte rapport og er av den oppfatning at den svarer problemstillingene i prosjektplanen.

Rapporten viser at kommunen ivaretar plikten til ha oversikt, rutiner og avvik vedr. ROS og HMS. Videre peker rapporten på at omorganiseringen av arbeidsoppgaver og årsturnus har gitt mer kompetanse på helg og økt arbeidsdeling. Sykefraværet har ikke blitt påvirket i positiv retning. Ledelsen har oversikt over eksisterende kompetanse og behov. Det tilrettelegges for at ansatte kan få kurs og utdanning. Bruker- og pårørendemedvirkning kan bli bedre på flere områder som brukerundersøkelser, utforming av tjenestetilbud og kommunikasjon. Sekretariatet vil peke på at bruker- og pårørendemedvirkning er viktige faktorer for gode tjenester og viser til rapportens anbefalinger.

Kontrollutvalget anbefales å slutte seg til den fremlagte rapport. Saken anbefales videre oversendt kommunestyret med innstilling på å ta forvaltningsrevisjonsrapporten til orientering, samt be kommunedirektøren følge opp rapportens anbefalinger i innstillingens pkt. 2. Kommunestyret anbefales til slutt å be kommunedirektøren innen 01.03.24 gi skriftlig rapport til kontrollutvalget på hvordan anbefalingene er fulgt opp

# Internkontroll i pleie og omsorg

Overhalla kommune

Forvaltningsrevisjon

**2024**

FR1262



# FORORD

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført denne forvaltningsrevisjonen på oppdrag fra Overhalla kommunes kontrollutvalg i perioden januar 2024 til juni 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).

Brekstad, 16. august 2024

Mette Sandvik

Oppdragsansvarlig revisor

Tor Arne Stubbe

Prosjektmedarbeider



# SAMMENDRAG

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført denne forvaltningsrevisjonen på oppdrag fra kontrollutvalget i Overhalla kommune. Vi har undersøkt internkontrollen i pleie og omsorg. Hovedproblemstilling for prosjektet har vært: Har Overhalla kommune tilfredsstillende system for ledelse og kvalitetsforbedring i pleie- og omsorgstjenesten?

**I første delproblemstilling** konkluderer vi med at Overhalla kommune ivaretar plikten til å ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav. Dette på bakgrunn av at det ble utarbeidet ROS-analyse for helse og omsorg og helsemessig og sosial beredskapsplan i 2019, samt at jevnlig risikovurderinger gjennomføres.

**I andre delproblemstilling** konkluderer vi med at det er tilrettelagt for å melde HMS-avvik i pleie- og omsorg. Ledelsen har oversikt over meldte HMS-avvik og avvikene blir fulgt opp i henhold til prosedyrer.

**I tredje delproblemstilling** konkluderer vi med at den omfattende omorganiseringen av arbeidsoppgaver på sykeheimen og innføring av årsturnus med langvakter har fått inn mer kompetanse på helg. Oppgavedelingsprosessen har medført at sykepleiere og helsefagarbeidere får frigjort tid til å utføre profesjonsoppgaver og at ufaglærte servicearbeidere ivaretar praktiske oppgaver. Når rapporten skrives er evalueringsprosessen ikke gjennomført, slik at vurdering av om tjenesten har tilstrekkelig bemanning til å utføre sine lovpålagte oppgaver, ikke kan gjøres.

**I fjerde delproblemstilling** konkluderer vi med at omorganiseringen i pleie- og omsorgstjenesten synes så langt ikke å ha påvirket sykefraværet i positiv retning. Økningen i sykefraværet viser seg ofte å ha årsaker som arbeidsgiver ikke kan påvirke og som ikke skyldes arbeidsplassen.

**I femte delproblemstilling** konkluderer vi med at ledelsen i pleie- og omsorgstjenestene har oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring. Ledelsen tilrettelegger for å rekruttere tilstrekkelig fagkompetanse ved å omorganisere tjenestene og med dette renyndre arbeidsoppgavene for sykepleiere og helsefagarbeidere, noe som kan gjøre kommunen mer attraktiv for nyutdannede.

**I sjette delproblemstilling** konkluderer vi med at kommunen innhenter og vurderer erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende i noen grad, men at det ikke er gjennomført brukerundersøkelser i pleie- og omsorg de siste år.

Revisor har følgende anbefalinger:

- Ledelsen bør gjennomføre brukerundersøkelser innen pleie- og omsorg.
- Ledelsen bør sørge for at tjenestetilbudet i større grad utformes i samarbeid med bruker og pårørende.
- Ledelsen bør sikre at kommunikasjonen med pårørende blir gjennomført iht. plan.

# INNHALDSFORTEGNELSE

Forord .....	3
Sammendrag.....	4
Innholdsfortegnelse .....	6
1 Innledning.....	9
1.1 Bestilling.....	9
1.2 Problemstilling.....	9
1.3 Metode .....	9
1.4 Uttalelse om rapport .....	12
1.5 Bakgrunn.....	12
2 ROS-analyse og risikovurderinger innen helse og omsorg .....	15
2.1 Delproblemstilling .....	15
2.2 Revisjonskriterier.....	15
2.3 Funn.....	15
2.3.1 Overordnet ROS-analyse Overhalla kommune .....	15
2.3.2 ROS-analyse helse og omsorg .....	16
2.3.3 Plan om helsemessig- og sosial beredskap .....	17
2.3.4 Risikovurderinger .....	19
2.4 Vurdering.....	21
2.5 Konklusjon.....	21
3 Avviksmelding og oppfølging .....	22
3.1 Delproblemstilling .....	22
3.2 Revisjonskriterier.....	22
3.3 Funn.....	22
3.3.1 Melding av HMS-avvik .....	22
3.3.2 Meldte HMS-avvik.....	25
3.3.3 Avvikshåndtering.....	27
3.3.4 Læring og forbedring.....	30
3.4 Vurdering.....	30
3.5 Konklusjon.....	31
4 Organisering og ressurser .....	32
4.1 Beskrivende delproblemstilling .....	32
4.2 Funn.....	32
4.2.1 Organisering av tjenestene .....	32
4.2.2 Ny organisering.....	33
4.2.3 Erfaringer med omorganiseringen .....	34
4.3 Oppsummering.....	37
5 Kompetanse og rekruttering .....	38
5.1 Delproblemstilling .....	38
5.2 Revisjonskriterier.....	38

5.3	Kompetanse .....	38
5.3.1	Kompetanseplan .....	38
5.3.2	Behov for opplæring .....	39
5.4	Rekruttering .....	42
5.4.1	Rekrutteringstiltak for å sikre fagkompetanse .....	43
5.5	Vurdering .....	44
5.6	Konklusjon .....	44
6	Sykefravær og arbeidsmiljø .....	45
6.1	Delproblemstilling .....	45
6.2	Revisjonskriterier .....	45
6.2.1	Mål og resultater for sykefravær .....	45
6.2.2	Sykefraværsoppfølging .....	46
6.2.3	Tillitsvalgte og verneombuds medvirkning i HMS-arbeidet .....	47
6.2.4	Arbeidsmiljø og medarbeidersamtaler .....	48
6.3	Vurdering .....	50
6.4	Konklusjon .....	51
7	Brukermedvirkning .....	52
7.1	Delproblemstilling .....	52
7.2	Revisjonskriterier .....	52
7.3	Funn .....	52
7.4	Utforme tjenestetilbudet i samarbeid med pasient eller bruker .....	52
7.5	Innhente og vurdere erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende .....	55
7.6	Vurdering: .....	57
8	Konklusjoner og anbefalinger .....	58
8.1	Konklusjon .....	58
8.2	Anbefalinger .....	60
	Kilder .....	61
	Vedlegg 2 – Uttalelse .....	68

## Tabell

Tabell 1.	Sykefravær 1. tertial 2024 helse og omsorg pr måned .....	46
Tabell 2.	Sykefraværsprosent 2016-2023 .....	46
Tabell 3.	Sykefravær turnuspersonale i % .....	46

## Figurer

Figur 1.	Organisasjonskart .....	13
Figur 2.	Prosedyre for risikovurdering.....	19
Figur 3.	Prosedyrer for HMS-avvik .....	24
Figur 4.	Kategori meldte avvik 2023 .....	25
Figur 5.	Alvorlighet HMS-avvik 2023 .....	25
Figur 6.	Kategori avvik 2023.....	26
Figur 7.	Kategori avvik 2024 januar-april: .....	26
Figur 8.	Alvorlighet avvik januar-april 2024.....	27
Figur 9.	Ledelsens behandling og tilbakemelding på avvik .....	29
Figur 10.	Antall dager før lukking av avvik.....	29
Figur 11.	Antall dager før avviket er lest.....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
Figur 12.	Opplæring .....	42
Figur 13.	Turnover pleie og omsorg Overhalla kommune siste 5 år.....	43
Figur 14.	Sykefravær 1. tertial 2024 helse og omsorg pr måned .....	46
Figur 15.	Sykefraværsprosent 2016-2023 .....	46
Figur 16.	Sykefravær turnuspersonale i %.....	46

# 1 INNLEDNING

## 1.1 Bestilling

Kontrollutvalget i Overhalla kommune har bestilt en forvaltningsrevisjon med tema Internkontroll i pleie og omsorg. Formålet med forvaltningsrevisjonen er oppfølging av forvaltningsrevisjonsrapporten «Kvalitet i eldreomsorgen» fra 2018. Revidert prosjektplan ble vedtatt i kontrollutvalget 22.09.23, sak 15/23.

## 1.2 Problemstilling

Følgende problemstilling vil bli besvart i rapporten:

Har Overhalla kommune tilfredsstillende system for ledelse og kvalitetsforbedring i pleie- og omsorgstjenesten?

Det er utarbeidet 4 delproblemstillinger og 1 beskrivende delproblemstilling:

- Har Overhalla kommune oversikt over området i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav?
- Er det tilrettelagt for melding og oppfølging av HMS-avvik i pleie- og omsorg?
- Har omorganiseringen i pleie- og omsorgstjenesten påvirket sykefraværet og arbeidsmiljøet?
- Hvordan sikres brukermedvirkning i pleie- og omsorg?
- Hvordan sikrer Overhalla kommune tilstrekkelig bemanning i pleie- og omsorgstjenestene?

## 1.3 Metode

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til NKRFs standard for forvaltningsrevisjon, RSK 001. Revisor har vurdert egen uavhengighet overfor Overhalla 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.

## Intervju

Oppstartsmøtet ble gjennomført i januar –24 med kommunedirektør og kommunalsjef helse og omsorg.

Revisor har videre intervjuet

- enhetsleder Overhalla sykeheim
- enhetsleder hjemmetjenesten,
- hovedtillitsvalgt Norsk Sykepleierforbund,
- plasstillitsvalgt Norsk Sykepleierforbund, hjemmetjenesten,
- hovedtillitsvalgt Fagforbundet,
- plasstillitsvalgt Fagforbundet, sykeheimen,
- verneombud på sykeheimen
- verneombud hjemmetjenesten
- pårørende og bruker
- medlem brukerråd sykeheimen

Det er gjennomført intervju med 1 pasient og 2 pårørende (3 pårørende ble forespurt, 1 takket nei) i henhold til kontrollutvalgets ønske, samt av Eldrerådets representant i brukerrådet ved sykeheimen. Enhetsleder sykeheimen foreslo hvilken pasient og pårørende som kunne kontaktes for intervju. Revisor har konsentrert spørsmålene til pasient og pårørende hovedsakelig rundt brukermedvirkning og pårørendekontakt. Intervju av bruker er ikke verifisert og data fra dette er ikke brukt i rapporten. For alle de andre intervjuene er det skrevet referater som er godkjent av informantene.

## Spørreundersøkelse

Det ble utarbeidet en spørreundersøkelse for ansatte i pleie- og omsorg for å få bredest mulig grunnlag til å besvare delproblemstillingene. Spørreundersøkelsen ble sendt til fast ansatte i hjemmetjenesten og Overhalla sykeheim. Det ble en svak deltakelse på spørreundersøkelsen, med kun 24 respondenter (32 prosent) av totalt ca 75 mulige.

## Dokumentgjennomgang

Revisor fikk lesetilgang til Overhalla kommunes kvalitetssystem Compilo for dokumentgjennomgang av kommunens rutiner, planer, sjekklister, maler og avvik. Videre er

virksomhetsrapport for 2. tertial 2023 og 1. tertial 2024 og årsberetning 2023 og 2024 gjennomgått.

### **Avgrensning**

Revisor har avgrenset datainnsamlingen til å gjelde en undersøkelse som omfatter implementering og bruk av internkontrollsystemets avvikssystem, omorganisering av tjenestene, beskrive sykefraværarbeidet og kommunens arbeid og ressurser for å rekruttere og beholde nødvendig kompetanse innen helse- og omsorgstjenestene for å oppfylle kvalitetsforskriftens krav.

### **Vurdering av metode**

Revisor valgte å sende ut spørreundersøkelse til alle ansatte i sykeheimen og hjemmetjenesten, for å få et best mulig bilde av ansattes meninger. På grunn av svak deltakelse på spørreundersøkelsen, må resultatene fra denne behandles med varsomhet. Data fra spørreundersøkelsen er i denne forvaltningsrevisjonen kun brukt til å supplere annen informasjon, og brukes ikke alene i revisjonens konklusjoner og vurderinger. Dataene samsvarer på de fleste spørsmålene med informasjon fra intervju med tillitsvalgte og verneombud.

Det ble sendt epost med oppfordring om besvarelse etter fristens utløp, og lederne ved sykeheimen og hjemmetjenesten oppfordret ansatte til å svare, men det ble ingen flere respondenter. I etterkant har revisor oversendt resultatene fra undersøkelsen til leder ved Overhalla sykeheim, som har lagt denne ut på vaktrommet og oppfordret ansatte til å lese gjennom og eventuelt kommentere på utskriften hvis de mente at resultatet ikke var representativt for dem. Utskrift med kommentarer er oversendt revisor. For hjemmetjenesten ble det gjennomført et Teams-møte med ansatte 5. juni -24, hvor revisor la frem en powerpointpresentasjon av resultatene og ba om tilbakemelding i møtet om synspunkter på resultatene. I dette møtet ga ansatte uttrykk for at resultatene samstemte med deres oppfatning av situasjonen og det fremkom i møtet at de fleste av de ansatte i hjemmetjenesten hadde besvart spørreundersøkelsen.

Revisor kunne ha forsøkt å intervju flere brukere og pårørende, men disse har ikke plikt til å snakke med oss og revisor er usikker på om flere intervjuer ville gitt annen informasjon. Revisor har ikke generalisert ut fra de gjennomførte intervjuene med pårørende, men deres meninger er gjengitt i kapittelet om brukermedvirkning.



## 1.4 Uttalelse om rapport

En foreløpig rapport ble sendt til kommunedirektøren for uttalelse 2. august 2024. Revisjon Midt-Norge SA mottok svar 160824. Uttalelsen er vedlagt rapporten (vedlegg 2).

## 1.5 Bakgrunn

Revisors konklusjon og anbefaling i rapporten «Kvalitet i eldreomsorgen» i 2018 var:

«Kvaliteten på tjenestene i eldreomsorgen er i stor grad i tråd med utvalgte krav og målsettinger på området. Revisor mener pleie og omsorg i Overhalla kommune har oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring. Videre er revisors inntrykk at avvik meldes og behandles. Dette bidrar til kvalitetsforbedring og gir kommunen oversikt over risikoområder.

Overhalla kommune har likevel et stykke å gå for å få et fullt ut tilfredsstillende system for helhetlige risiko- og sårbarhetsanalyser. Kommunen er oppmerksom på at de ikke har hatt gode nok verktøy til å gjennomføre slike analyser og er i gang med å få til en ryddig og ensartet dokumentasjon gjennom dokumentasjonsprosjektet. Prosjektet vil bidra til kvalitetsforbedring og bedre pasient- og brukersikkerheten. Revisor mener å ha sett gjennom dokumentanalyse og intervju at det kvalitative innholdet for bruker av pleie- og omsorgstjenester i Overhalla kommune er bra.

Anbefaling: Revisor anbefaler at kommunen fortsetter å jobbe med å få på plass gode nok verktøy til å gjennomføre helhetlige risiko- og sårbarhetsanalyser.»

Finansiell revisor gjennomførte i 2023 forenklet etterlevelseskontroll av kommunens etterlevelse av kapittel 25 Internkontroll i kommuneloven og har konkludert med at kommunen har forbedringspotensial vedr internkontroll, men at årsberetningen for 2022 inneholder både rapportering og internkontroll og resultat fra statlige tilsyn. Samlet vurderte revisor å kunne avgi en konklusjon uten modifikasjon, men at kommunen har et forbedringspotensial som de selv omtaler i årsberetningen for 2022.

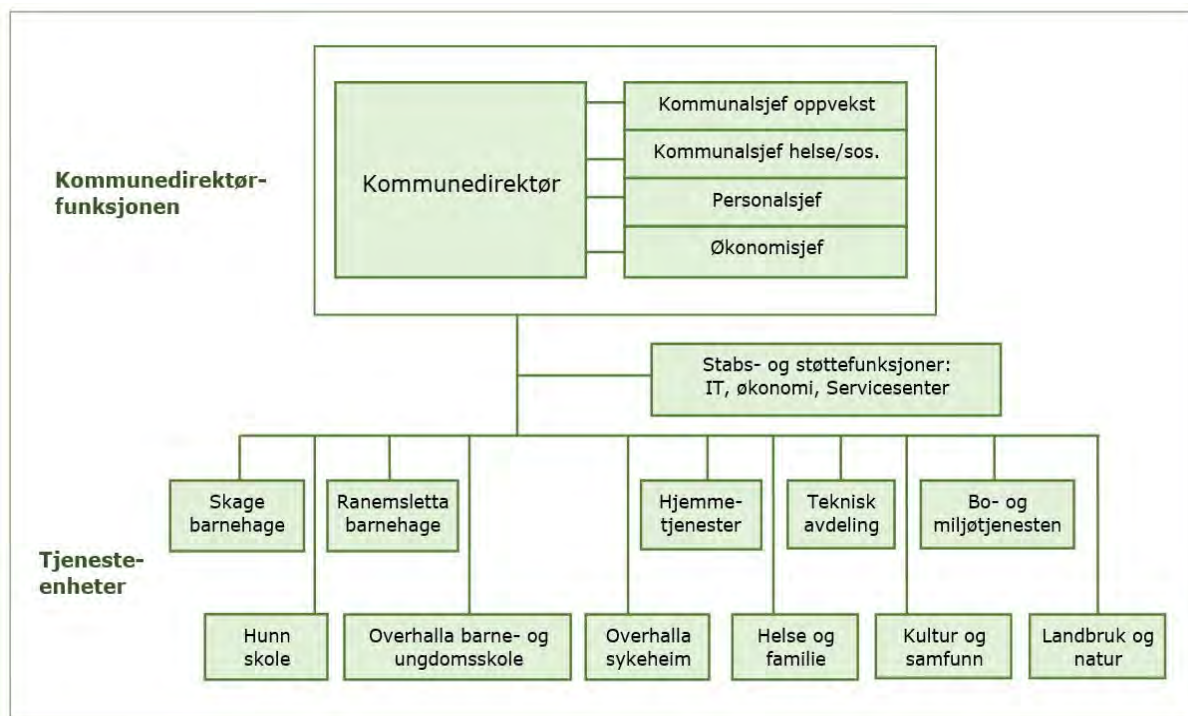
I årsberetningen for 2023 skriver kommunedirektøren bla.: «Med utgangspunkt i overordnede styringsdokumenter er det utarbeidet detaljert rutinebeskrivelser innfor de ulike tjenesteområdene. Dokumenter og rutinebeskrivelser er i all hovedsak lagt i kvalitetssystemet Compilo. Dette er et godt hjelpemiddel for å beskrive hvordan arbeidsoppgavene skal utføres. Internkontrollen har som formål å gjennomføre en risikobasert kontroll på at det er etablert gode rutiner og arbeidsprosesser på viktige områder, at disse etterleves og at avvik og feil avdekkes og håndteres. Risikoanalyser er et viktig redskap for å sikre bedre kontroll av

tjenestene og blir stadig oftere brukt i den daglige driften for å sikre en bedre kvalitet. En har egen prosedyre for risikovurdering, akseptabel risiko og risikohåndtering. På overordnet nivå har en «helhetlig ROS» analyse. Den er behandlet politisk. Kvalitetssystemet innehar også et avvikssystem. Systemet sikrer at avvik blir fulgt opp på riktig nivå og lukket. Dette er et godt evalueringverktøy for hvordan internkontrollen fungerer og danner grunnlag for å kontinuerlig forbedre rutinene.

Kommunedirektøren har bestandig hatt fortløpende fokus på internkontroll, men ser at det vil være større behov for å få det dokumentert via blant annet risikoanalyser på alle nivå.»

## Organisasjonskart Overhalla kommune

Figur 1. Organisasjonskart



Kilde: kommunens hjemmesider

Kommunen er organisert i to hovednivåer: kommunedirektørfunksjonen og tjenesteenheter. Kommunedirektørfunksjonen består av kommunedirektøren og kommunedirektørens sentrale støttepersoner kommunalsjef oppvekst, kommunalsjef helse/omsorg, personalsjef og økonomisjef. På vegne av kommunedirektøren tar de to kommunalsjefene seg av den løpende tjenestefaglige oppfølgingen av enhetene innenfor sine respektive områder og personalansvaret for de respektive enhetslederne. Kommunalsjefer, personalsjef og økonomisjef ivaretar for øvrig ulike sektorovergrepende utviklingsoppgaver etter avtale med kommunedirektøren.

Enhetslederne har delegert myndighet innenfor drift, økonomi og personal, som gjør det mulig å ta et fullstendig resultatansvar. Det legges vekt på best mulig samhandling mellom kommunedirektørfunksjonen, stabs-/støttefunksjonene og de enkelte tjenesteenhetene.<sup>1</sup>

Overhalla sykeheim har 35 plasser, fordelt på korttidsavdeling, demensavdeling og langtidsavdeling. Sykeheimen har også øyeblikkelig hjelp-avdeling for opphold inntil 3 døgn. Sykeheimen var sertifisert som livsgledeheim i perioden 2015 til 2023. Dagsenteret ble lagt ned i februar 2024.

Hjemmetjenesten har 24 ansatte i turnus. De har 100 brukere som mottar tjeneste ukentlig. Tjenestens primære oppgave er å følge opp disse med helsehjelp i form av stell, pleie og medisinerer. 70 brukere mottar praktisk bistand til dagliglivets gjøremål. Tjenesten administrerer 24 medisindispensere<sup>2</sup> som er plassert i hjemmene til brukerne 6 digitale tilsyn og ca 80 trygghetsalarmer. Det er maks 30 min til kommunegrensen i alle retninger. Tjenesten har 12 omsorgsboliger med heldøgns-tjeneste som de betjener, disse ligger i tilknytning til sykeheimen.

---

<sup>1</sup> Fra Compilo, Organisering av Overhalla kommune

<sup>2</sup> En medisindispenser sørger for automatisk utlevering av medisindoser. Dermed blir medisiner alltid utlevert til riktig tid, og i riktig dose. Brukeren av dispenseren blir varslet når medisinen er klar og helsepersonell blir varslet dersom dosen ikke blir tatt.

# 2 ROS-ANALYSE OG RISIKOVURDERINGER INNEN HELSE OG OMSORG

I dette kapitlet beskriver vi deltema 1.

## 2.1 Delproblemstilling

Har Overhalla kommune oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav?

## 2.2 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet for denne problemstillingen:

- Kommunen skal ha gjennomført helhetlig ROS-analyse
- Ledelsen skal ha gjennomført ROS-analyse for helse og omsorg
- Ledelsen skal ha utarbeidet nødvendige rutiner, prosedyrer og instruksjoner for helse og omsorg.

Utleddningen av revisjonskriteriene finnes i vedlegg 1.

## 2.3 Funns

I dette kapitlet presenteres data om ROS-analyser og risikovurderinger.

### 2.3.1 Overordnet ROS-analyse Overhalla kommune

§3 i forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv, pålegger kommunene å utarbeide overordnet risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS).

Overhalla kommune utarbeidet i 2018 en overordnet risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS), vedlagt rapport med tiltaksplan 2019-2023. ROS-analysen skal:

- Gi oversikt over uønskede hendelser som utfordrer kommunen
- Gi bevissthet om risiko og sårbarhet i kommunen
- Fange opp risiko og sårbarhet på tvers av sektorer
- Gi grunnlag for mål-, prioriteringer og nødvendige beslutninger i kommunens arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap
- Gi kunnskap om tiltak for å unngå og redusere risiko og sårbarhet i kommunen

- Identifisere tiltak som er vesentlig for kommunens evne til å håndtere store påkjenninger

Helhetlig ROS er vedtatt av kommunestyret 18.12.18 og ligger lagret i kvalitetssystemet Compilo, under mappe 05 Beredskap og større krisehendelser. Kommunedirektøren uttaler at revidering av helhetlig ROS er startet opp for kort tid siden og forventes ferdigstilt i løpet av 1. kvartal 2025.

Statsforvalteren gjennomførte tilsyn med kommunal beredskapsplikt og helseberedskap i Overhalla kommune i 2021. Det ble ikke avdekket avvik under tilsynet.

I tillegg til overordnet ROS-analyse, er det utarbeidet ROS-analyser på fagnivåene, herunder helse og omsorg.

### 2.3.2 ROS-analyse helse og omsorg

ROS-analysen for helse og omsorg 2020-2024 ble gjennomført høsten 2019, vedtatt i kommunestyret 17.12.19. og er grunnlaget for utarbeidelse av helsemessig- og sosial beredskapsplan.

Analysen begrenser seg til hendelser som har en helseeffekt i forhold til kommunens innbyggere, direkte eller indirekte og at hendelser som utelukkende gir effekt på ytre miljø, bygning, drift eller lignende ikke er tatt med i analysen.

Prosjektgruppen foretok en oppstilling av de ulike uønskede hendelsene som kan inntreffe og kvantifiserte deretter hendelsene med tanke på sannsynligheten for at de skal inntre og hvilken konsekvens de får hvis de inntre. Deretter ble de ulike hendelsene klassifisert i grupper:

**Lav risiko: 1-8. Tiltak ikke nødvendig**

**Middels risiko: 9-11. Tiltak må vurderes gjennomført**

**Høy risiko: 12-25. Tiltak skal gjennomføres**

ROS-analysen dannet grunnlaget for at det ble utarbeidet tiltakskort for følgende hendelser/situasjoner som vurderes som særlig krevende for helse og omsorg:

- |  |    |
|--|----|
| 1. Langvarig strømbrudd <1 døgn                          | 9  |
| 2. Langvarig strømbrudd >1 døgn                          | 12 |
| 3. Ekstremvær/naturkatastrofe                            | 12 |
| 4. Vold eller trussel om vold mot ansatt og medpasienter | 10 |
| 5. Brann   | 10 |

6. Mangelfull medisintilførsel
7. Smitte
8. Bemanningssvikt
9. Forsvinning av pasient
10. Mottak av mange skadde
11. Vannmangel/forurenset vann
12. Atomulykke

6  
12  
9  
9  
6  
4  
5

Tiltakskortene er vedlegg til helsemessig- og sosial beredskapsplan og er lagret i Compilo.

Under punktet Ajourhold står det at kommunen bør revidere analysen i 2024 eller når endringer i struktur/organisering eller annet skjer. Det er ikke beskrevet hvem som har ansvaret for revidering av analysen.

Prosjektgruppen for helsemessig- og sosial beredskapsplan konkluderte med at «ROS-analysen har bidratt til utarbeidelse av helsemessig- og sosial beredskapsplan, ved at den har synliggjort hvilke kritiske hendelser som kan oppstå. Samtidig har man fått en bevisstgjøring blant det personellet som har arbeidet med analysen om hvilke hendelser det er viktig å ta høyde for i en beredskapssituasjon og synliggjort hvilke behov det er for å utarbeide tiltakskort for disse hendelsene slik at en sikrer gode rutiner i en krise.»

Verneombud hjemmetjenesten sier at ROS-analysen er gjennomgått i samarbeidsutvalget (SU) og de drøfter tiltak i forhold til ROS i utvalget og det skrives referat fra møtene.

Resultater fra spørreundersøkelsen til ansatte viser at de fleste som har svart sier at de kjenner til risiko- og sårbarhetsanalysen som er utarbeidet for helse og omsorg.

68 prosent svarer at ROS-analysen er gjort kjent for ansatte på avdelings- eller personalmøter, 8 prosent svarer at den ikke er gjort kjent og 24 prosent vet ikke.

### 2.3.3 Plan om helsemessig- og sosial beredskap

Helsemessig og sosial beredskapsplan for Overhalla er lagret i Compilo. Planen inngår som en del av kommunens samlede planverk for beredskap. Plikten til å utarbeide beredskapsplan for kommunens helse- og sosialtjeneste er hjemlet i Helseberedskapsloven og forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid<sup>3</sup> og i tillegg danner flere lover, bestemmelser og planer grunnlag for planen.

---

<sup>3</sup> Lov om helsemessig og sosial beredskap av 23.06.2000 nr 56 og forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid av 23.0.2001

«Formålet med helse- og sosial beredskap er å verne liv og helse og bidra til at alle som bor eller oppholder seg i kommunen får nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester også ved kriser og katastrofer. Dette betyr at daglig drift også skal opprettholde i en krisesituasjon, slik at nødvendig helsehjelp kan gis.

Målene med helse- og sosial beredskap er

- a) Redusere risikoen for at innbyggerne blir utsatt for krisesituasjoner
- b) Verne innbyggernes liv og helse
- c) Sikre at innbyggerne får helsehjelp og sosiale tjenester også ved kriser og katastrofer
- d) Sørge for at lokalsamfunnet er tilbake i ny normalsituasjon så raskt som mulig.

Prinsippene innen beredskapsarbeid:

1. Den som har ansvaret i normalsituasjon har også ansvar ved ekstraordinære hendelser.
2. Den organisasjonen en opererer med under kriser, skal være mest mulig lik den en har i det daglige.
3. Ei krise skal håndteres på lavest effektive nivå.

ROS-analyse helse og omsorg, rapport ROS-analyse og tiltakskort er vedlegg til planen.

Helsemessig og sosial beredskapsplan ble ifølge enhetsleder sykeheimen utarbeidet rett før pandemien og hun sier at det var et relativt omfattende arbeid. Det var greit å identifisere risiko, men det var krevende å utarbeide de ulike tiltakskortene og involvere de ulike aktørene/samarbeidspartene. Hun mener at planen nok vil bli revidert i løpet av året. De prøver å holde planen levende. Kommunalsjef tar spørsmål videre med andre aktører/enheter.

Ifølge tillitsvalgte Fagforbundet er helsemessig og sosial beredskapsplan ikke nok godt kjent blant ansatte på sykeheimen. Det er utarbeidet tiltakskort for ulike scenarier, og disse ligger tilgjengelig for ansatte i Compilo ved behov.

Enhetsleder hjemmetjenesten deltok ikke i utarbeidelsen av beredskapsplanen, men hun sier hun er godt kjent med den. Hjemmetjenesten tok beredskapsplanen fram senest i forbindelse med ekstremværet Ingunn.

HTV NSF og verneombudet kjenner til innholdet i helsemessig og sosial beredskapsplan og hva som er gjort ved eksempelvis storm/uvær og refererer til at den ble brukt også i vinter. Det øves også på eksempelvis brann en gang i året og det har vært gjennomgang av felles

rutiner/prosedyrer som ligger i Compilo. Kommunen har også eget kriseteam som har jevnlig møter.

Tall fra spørreundersøkelsen viser at 64 prosent svarer at de er kjent med sosial- og beredskapsmessig plan som er utarbeidet. 12 prosent er ikke kjent med den og 24 prosent vet ikke. 56 prosent svarer at sosial- og beredskapsmessig handlingsplan er gjort kjent for ansatte på avdelings- eller personalmøter, 4 prosent svarer nei og 40 prosent er usikker.

### 2.3.4 Risikovurderinger

I mappen Kvalitets- og forbedringsarbeid i Compilo finnes prosedyre for risikovurdering og en enkel mal til bruk ved risikovurdering.

Figur 2. Prosedyre for risikovurdering

## Prosedyre for risikovurdering, akseptabel risiko og risikohåndte

**Formål:** Å sikre og dokumentere gjennom risikovurderinger og sikkerhetstiltak akseptabel risiko iht. lovpålagte krav.

**Ansvarlig:** Rådmannen eller den han har delegert ansvar til (jf. styringsdokumenter / rutiner mv.)

**Prosessflyt:**



Kilde: Compilo

Ifølge enhetsleder sykeheimen gjennomføres det risikovurderinger hvert år. Personalavdelingen følger opp dette og gir påminnelser om at ting må gjennomføres. Ansatte involveres og gis mulighet for å gi innspill i risikovurderingene. Samarbeidsutvalget (SU), som består av ledelse, verneombud og tillitsvalgte, analyserer og dokumenterer risikoer og drøfter også tiltak og iverksetting av disse. Tillitsvalgte og verneombud forteller at på sykeheimen er det nettopp gjennomført ny risikovurdering av vold og trusler i SU. De kikket på den siste vurderingen, og tok en vurdering på om det var noe nytt å tilføye/trekke fra og gjorde endringer. Alle versjoner av risikovurderingen tas vare på, slik at man kan se utviklingen. Dokumentet ligger lagret i Compilo. Utkast til risikovurdering legges ut til gjennomsyn for ansatte og enkelte elementer kan framheves og tas opp i personalmøter. Konkrete tiltak er eksempelvis innføring av medisintralle i omsorgsboliger, dette medfører tydeliggjøring av medisinsansvar.

Ifølge tillitsvalgt hjemmetjenesten er det tilsvarende prosesser for risikovurdering i hjemmetjenesten. Hjemmetjenesten tar gjennomgang av ROS i samarbeidsutvalget (SU).



ROS for hjemmetjenesten omhandler mest HMS. Ansatte blir tatt med på gjennomgang i personalmøter, der er det primært fokus på HMS. For hjemmetjenesten er det gjennomført risikovurdering av vold og trusler. Det er også foretatt ROS analyser på anskaffet teknologi. Øvrige ROS-analyser som er utført i kommunen berører også hjemmetjenesten. Enhetsleder hjemmetjenesten mener det er krevende å nå ut til alle ansatte med god informasjon. Dette ser hun blant annet i svarene på medarbeiderundersøkelsen, hvorvidt gitt informasjon er forstått. Teams benyttes aktivt for å informere, i tillegg til personalmøter - men det krever at ansatte leser informasjonen.

### **Opplæring i internkontrollsystemet**

Ifølge enhetsleder blir ansatte på sykeheimen kjent med internkontrollsystemet gjennom opplæringspakken som nyansatt og det gis tilgang til Teams og Compilo. Det henvises til Compilo i mange sammenhenger, eks ved avviksmeldinger. Det legges også ut nye rutiner med leseplikt for ansatte, og de må kvittere når disse er lest. Assisterende enhetsleder på sykeheimen har ansvar for nyansattopplæring og innføring i Compilo. Verneombudet, plasstillitsvalgt FF og HTV NSF sier at sykeheimen i tillegg har et mentorprogram for å følge opp opplæringen. Det er leseplikt på rutiner og prosedyrer hvor de må kvittere, og dette skal gjentas/repeteres med gitte intervall. Noen rutiner i Compilo er mer brukt enn andre. Det er lite eller ingenting av rutiner i papir, alt er på data. Det som eventuelt er i papir kommer fra sykehuset.

Hjemmetjenesten har begynneropplæring med henvisning til dokumenter i Compilo. Sjekkliste m/ kvittering for lesing ligger i Compilo. Enhetsleder mener det er mye å sette seg inn for en nyansatt. Hun mener ansatte er flinke til å orientere seg i Compilo, men det er nok litt for mange system å forholde seg til.

Verneombudet i hjemmetjenesten sier at nyansatte også får opplæring ved at de går sammen med erfarne ansatte. De får god gjennomgang av ulike programmer, eks Compilo. Alle ansatte i hjemmesykepleien sitter i et stort kontorlandskap, også ledelsen, og det er lett å spørre for alle nyansatte. Alle har tilgang til Compilo.

Resultat fra spørreundersøkelsen viser at 67 prosent av respondentene svarer at ansatte og nyansatte får tilstrekkelig opplæring i kvalitetssystemet Compilo. 17 prosent svarer nei og 17 prosent svarer vet ikke.

## 2.4 Vurdering

### 2.4.1 Kommunen har utarbeidet ROS-analyse

Overordnet ROS-analyse ble utarbeidet i 2018. ROS-analysen er vedtatt av kommunestyret og ligger lagret i kvalitetssystemet Compilo. Revidering av ROS-analysen er startet opp og forventes ferdigstilt i løpet av 1. kvartal 2025.

#### 2.4.1. Ledelsen har gjennomført ROS-analyse for helse og omsorg

ROS-analyse for helse og omsorg ble utarbeidet i 2019. ROS-analyse helse og omsorg er vedtatt av kommunestyret og ligger lagret i kvalitetssystemet Compilo. ROS-analysen dannet grunnlaget for at det ble utarbeidet tiltakskort for hendelser/situasjoner som vurderes som særlig krevende for helse og omsorg.

#### 2.4.1 Ledelsen har utarbeidet nødvendige rutiner, prosedyrer og instruksjoner for helse og omsorg

Det er utarbeidet rutine for risikovurdering, denne ligger lagret i Compilo. Med bakgrunn i ROS-analysen for helse og omsorg er det gjennomført risikovurderinger for tjenestene innen sykeheim og hjemmetjeneste og utarbeidet helsemessig og sosial beredskapsplan.

## 2.5 Konklusjon

Revisor konkluderer med at Overhalla kommune ved å utarbeide ROS-analyse for helse og omsorg og helsemessig og sosial beredskapsplan, samt gjennomfører jevnlig risikovurderinger, ivaretar plikten til å ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav.

# 3 AVVIKSMELDING OG OPPFØLGING

I dette kapitlet beskriver vi deltema to.

## 3.1 Delproblemstilling

Det er utarbeidet følgende delproblemstilling for temaet avviksmelding og oppfølging:

- Er det tilrettelagt for melding og oppfølging av HMS-avvik i pleie- og omsorg?

## 3.2 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet for denne delproblemstillingen:

- Ledelsen skal sørge for rutiner for melding av HMS-avvik
- Ledelsen skal ha oversikt over meldte HMS-avvik
- Ledelsen skal sørge for rutiner for oppfølging av HMS-avvik
  - Lukking
  - Analyse
  - Rapportering
- Erfaringer fra avviksoppfølgingen bør brukes til læring og forbedring

Utleddningen av revisjonskriteriene finnes i vedlegg 1.

## 3.3 Funn

I dette kapitlet presenteres data om avviksmelding og oppfølging.

### 3.3.1 Melding av HMS-avvik

HMS-avvik meldes i kvalitetssystemet Compilo. Etter innlogging er det en knapp for å melde avvik på første skjermbilde.

Kommunalsjefen forteller at det meldes veldig mye avvik i tjenestene i pleie- og omsorg. Helse og omsorgstjenestene har to avvikssystem, ett i Profil (EPJ) for pasientavvik og ett i Compilo for HMS-avvik.

### Sykeheimen

Prosedyre for HMS-avvik og avvikshåndtering for Overhalla sykeheim ligger lagret i Compilo under Sykeheimen/HMS/Avvik og avvikshåndtering

Enhetsleder sykeheimen mener rutinene for avviksmelding er godt kjent blant ansatte. Alle ansatte og vikarer har tilgang til PC på personalrom og medisinrom. Det meldes avvik to steder; i pasientjournal og i Compilo (HMS/teknisk-drift). Hun sier det kan være enkelte diskusjoner om hvor avvik skal meldes.

Tillitsvalgte forteller at det har vært diskusjoner om hva som er et avvik. Nå er det laget og hengt opp store plakater om hva og hvordan det skal meldes avvik, både HMS-avvik og Profil-avvik. Det synliggjøres også hvem som mottar og behandler ulike avvik. Plakatene ble satt opp før jul og hun håper at dette er blitt bedre, men hun har ikke hørt hvordan dette har slått ut med hensyn til avviksmeldinger. Ledelsen oppfordrer alle til å melde avvik.

Verneombudet tror de fleste har tid til å melde avvik, men at det kanskje er litt ulike terskler for å melde avvik og at ansatte kanskje prioriterer å utbedre/korrigere avvik, i stedet for å melde avvik. Hun mener det er skjermet avdeling som melder mest avvik. Med den nye arbeidsorganiseringen jobbes det mye mer på tvers. Det gjør at det er et større personale som må samles til møter for å diskutere avvik.

Tillitsvalgte mener det er en underrapportering på meldte avvik, hvert fall hva som kommer fram i statistikken. De undrer seg over at det var meldt kun to avvik fra nyttår og fram til nå. Ansatte vurderer nok alvorlighetsgrad før de melder og det er nok det alvorligste som blir meldt. Det har vært en diskusjon om hva som er påregnelig og hva som er et avvik ved omsorg for aggressive demente. De påpeker at det uansett er viktig å melde avvik slik at man kan dokumentere den faktiske arbeidshverdagen i tjenesten. Dette er viktig blant annet i forhold til prioritering av ressurser. Rutiner og prosedyrer i Compilo blir brukt og ansatte vet hvor de finnes.

### Hjemmetjenesten

Ifølge enhetsleder hjemmetjenesten er rutinene for å melde avvik gjort kjent blant ansatte og hun minner ansatte på om hvor de finnes og hvordan det meldes. Hun sier at ansatte er veldig på med å melde pasientavvik, men ikke like flinke på å melde HMS-avvik i Compilo. Det har vært løftet diskusjoner om hva som er et pasientavvik og hva som er HMS-avvik. Hun driver både holdnings- og motivasjonsarbeid for å få ansatte til å melde avvik. Alle ansatte har god tilgang på PCer (10 stk) og de har innloggings-informasjon. Det brukes single-sign-on til Compilo ved pålogging.

Verneombudet i hjemmetjenesten mener at det meldes avvik, men det meldes kanskje mest avvik i Profil. Ansatte er litt dårligere på å melde HMS-avvik. Hun bekrefter at det diskuteres om hva som er avvik i Compilo.

Virksomhetsrapporten for 2. tertial 2023: «Hjemmetjenester. 2.3.3 Organisering og ledelse viser følgende fordeling av avvikene:

Mai: 2 avvik registrert på fall, 8 avvik på legemiddelhåndtering, 5 avvik på medisinteknisk utstyr – velferdsteknologi.

Juni: 6 avvik registrert som fall, 1 avvik på at riktig tjeneste ikke er gitt, 7 avvik på legemiddelhåndtering, 3 avvik på medisinteknisk utstyr-velferdsteknologi.

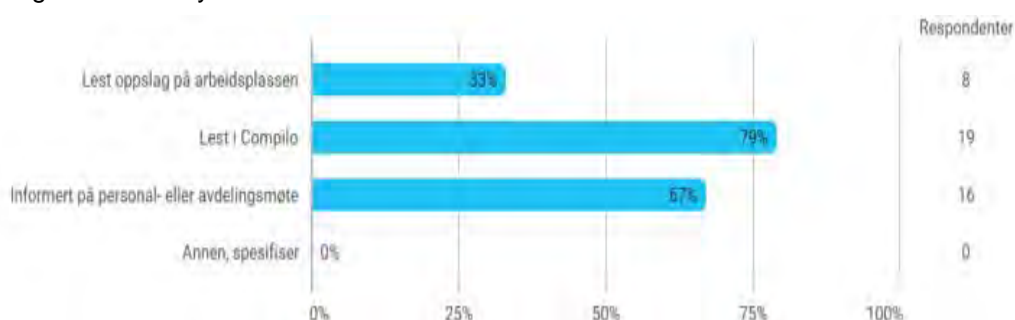
Juli: 2 avvik registrert på fall, 1 avvik tjeneste ikke gitt – dusjing utsatt til neste dag, 13 avvik på legemiddelhåndtering der medisin ikke er gitt til riktig tid.

August: 8 avvik på legemiddelhåndtering, 4 avvik på velferdsteknologi.

Ifølge kommunalsjefen tas det ut avviksrapporter pr tertial, og dette rapporteres også til politisk nivå. Rapporteringen inneholder antall avvik og alvorlighetsgrad.

Resultater fra spørreundersøkelsen viser at alle 24 respondenter svarte at de er kjent med prosedyrene for melding av HMS-avvik. På spørsmål om hvordan de er blitt gjort kjent med prosedyrene, kunne de krysse av for flere alternativer. 33 prosent hadde lest oppslag på arbeidsplassen, 79 prosent hadde lest i Compilo, 67 prosent hadde fått informasjon på personal- eller avdelingsmøter.

Figur 3. Prosedyrer for HMS-avvik

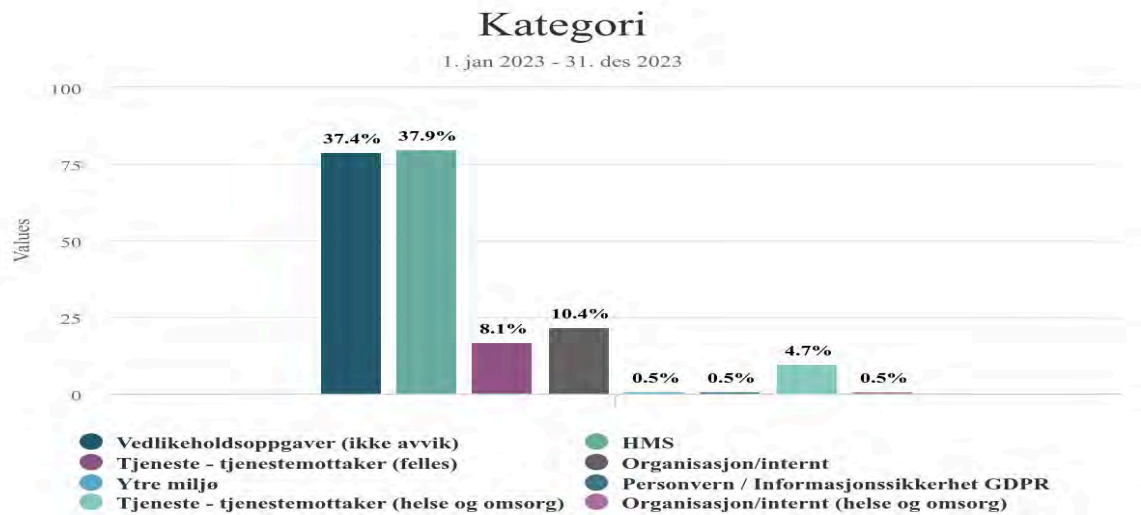


På spørsmål om det nytter å melde HMS-avvik, svarte 63% ja, 13% svarte nei og 25% svarte vet ikke. 88% svarte at det er trygt å melde HMS-avvik, 13% svarte vet ikke.

### 3.3.2 Meldte HMS-avvik

Oppslag i avviksstatistikken i Compilo for 2023 og januar – april 2024 viser følgende:

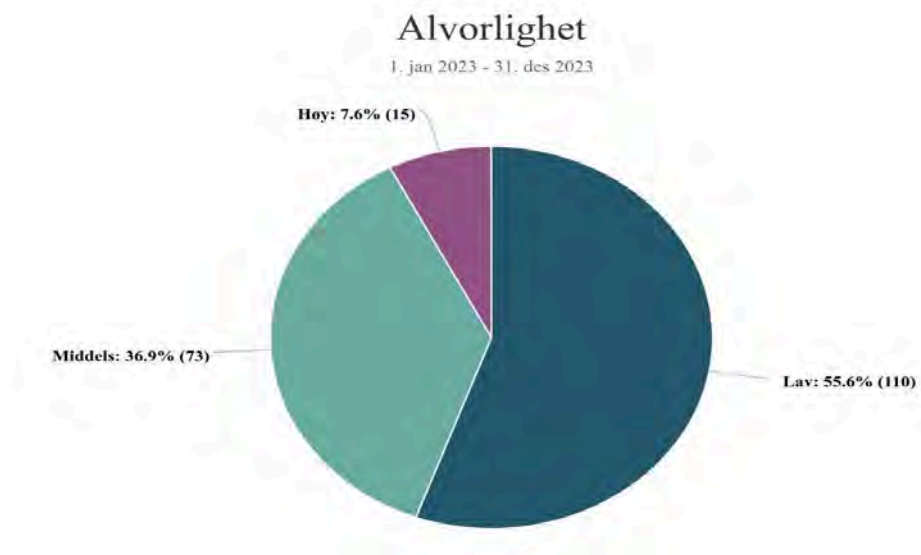
Figur 4. Kategori meldte HMS-avvik 2023



Kilde: Compilo

Figuren viser at i 2023 var 37,9 prosent av avvikene HMS-avvik, 37,4 prosent var vedlikeholdsoppgaver, 10,4 prosent organisasjon/internt og 8,1 prosent var tjeneste-tjenestemottaker (felles).

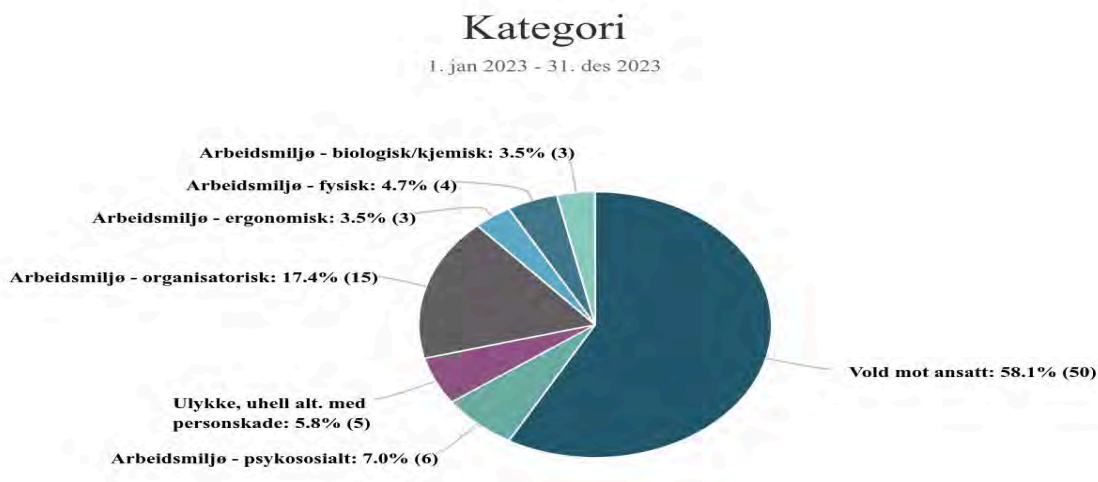
Figur 5. Alvorlighet HMS-avvik 2023



Kilde: Compilo

I 2023 var det 55,6 prosent (110 avvik) som hadde lav alvorlighet, 36,9 prosent (73 avvik) hadde middels alvorlighet og 7,6 prosent (15 avvik) hadde høy alvorlighet.

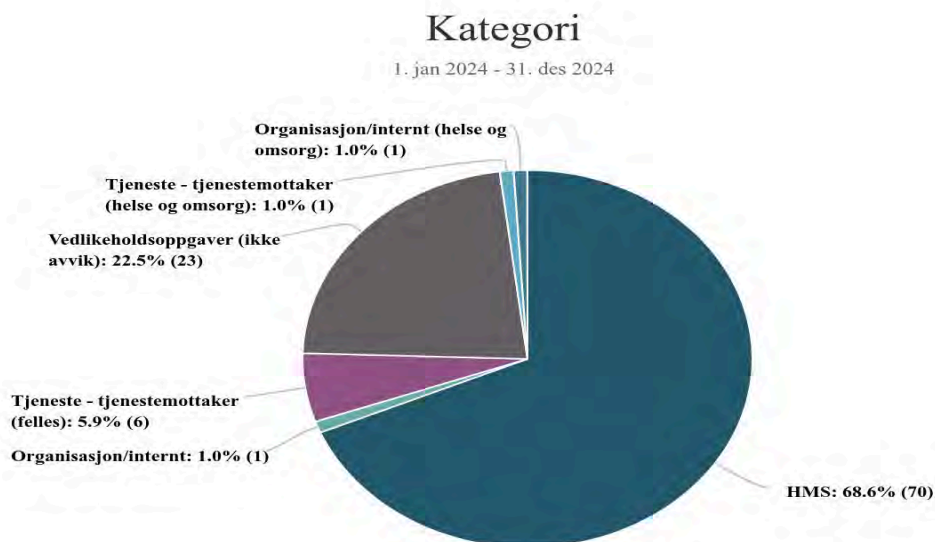
Figur 6. Kategori HMS-avvik 2023



Kilde: Compilo

Av avvik registrert i 2023 var 58,1 prosent vold mot ansatt, arbeidsmiljø – organisatorisk 17,4 prosent, arbeidsmiljø – psykososialt 7 prosent.

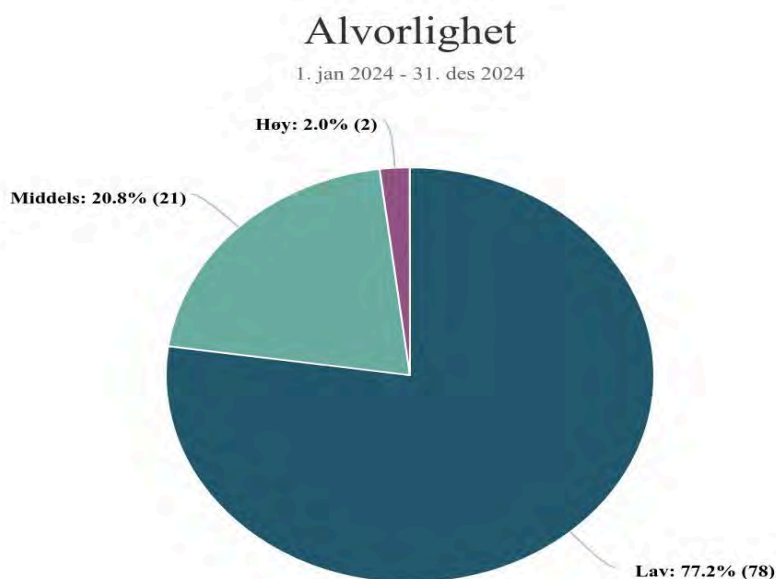
Figur 7. Kategori HMS-avvik 2024 januar-april:



Kilde: Compilo

68,6 prosent (70) av meldte avvik januar-april 2024 var HMS-avvik, 22,5 prosent (23) vedlikeholdsoppgaver, 5,9 prosent (6) tjeneste-tjenestemottaker. Som figuren under viser, hadde 77,2 prosent (78) av avvikene lav alvorlighet, 20,8 prosent (21) middels alvorlighet og 2 prosent (2) høy alvorlighet.

Figur 8. Alvorlighet HMS-avvik januar-april 2024



Kilde: Compilo

### 3.3.3 Avvikshåndtering

Det er utarbeidet en rutine for avvikshåndtering, som ligger lagret under Støtteprosesser i kvalitetssystemet Compilo. Formålet med rutinen er definert til å sikre at avvik i organisasjonen blir håndtert slik at:

- Avvik blir fanget opp og meldt til ansvarlig leder.
- Avvik blir ordnet opp i (lukket).
- Vi lærer av avvikene slik at vi kan forbedre oss og hindre/reducere sannsynligheten for at tilsvarende avvik oppstår igjen.
- Avvik dokumenteres.

Avvik defineres som brudd på lover eller forskrifter, brudd på kvalitetskrav/standarder, prosedyrer, rutiner eller retningslinjer og uønskede hendelser eller tilstander som kan medføre skade på mennesker, miljø og materiell eller økonomisk tap.

I punkt 3.2 står det at den enkelte ansatte melder avvik ved bruk av verktøy som i punkt 4 (Compilo)

Ifølge punkt 3.3 skal enhetsleder

- iverksette tiltak/lukke/avvik/gjennomfører strakstiltak om nødvendig,
- vurdere årsak til avviket,
- gjennomfører etter behov risikovurdering i tilknytning til avviket,
- gjennomfører endringer for å hindre framtidige avvik



- samler inn og registrerer etter behov eventuelle andre relevante/nødvendige opplysninger om avviket
- sørger etter behov for at det gjøres nødvendige varslinger (for eksempel kommuneledelsen, helsetilsynet, fylkeslegen, Datatilsynet, kommunens personvernombud, politiet, registrerte og andre berørte)
- avvik som ikke løses på enhetsnivå meldes til kommunedirektøren. Innenfor oppvekst og helse og omsorg vil avvikene videresendes fra enhetsledere til kommunalsjefene (og derfra eventuelt videre til kommunedirektøren)

Ifølge punkt 3.4 er kommunedirektørens plikter tilsvarende som for enhetsleder for avvik som meldes til kommunedirektøren og skal sørge for at avvik blir vurderingstema hvert år i forbindelse med ledelsens gjennomgang, samt vurdere tiltak i forbindelse med økonomiplan/årsbudsjett/investeringsplan, etter behov.

Rutinen beskriver at avvikene skal følges opp på laveste mulige nivå. Alvorlige avvik kommer til kommunalsjef. Det tas ut avviksrapporter pr tertial, og dette rapporteres også til politisk nivå. Rapporteringen inneholder antall avvik og alvorlighetsgrad.

### Sykeheimen

Enhetsleder sier det har vært fokus på avviksrapportering i hele 2023, som en oppfølging av medarbeiderundersøkelsen. Det har vært ekstra trykk på systematisk HMS i 2023.

Oppfølging av avvik tas opp i personalmøter og refleksjon over avvik skjer også i SU. Rapportering av avvik skjer i tertialrapporteringen, i tillegg til fortløpende rapportering på alvorlige avvik. Avvik er ikke rapportert fra sykeheimen i virksomhetsrapport pr 2. tertial -23.

Ifølge verneombudet på sykeheimen er avvikshåndtering og oppfølging tatt opp i mentorprogram og i en del møter og ansatte får tilbakemelding på hva som blir gjort med avvikene. Verneombudet har innsyn i alle HMS-avvik som blir sendt inn av ansatte på sykeheimen, og har med dette en oversikt. I perioden hun har vært vara verneombud og har hatt innsynsrett for avvikene, er det ikke blitt sendt inn avvik på bemanning. De fleste avvikene som har blitt sendt inn den siste tiden omhandler vold fra pasienter på skjermet enhet og det har blitt utarbeidet direkte tiltak i forhold til dette som skal settes i gang så snart utstyr er på plass.

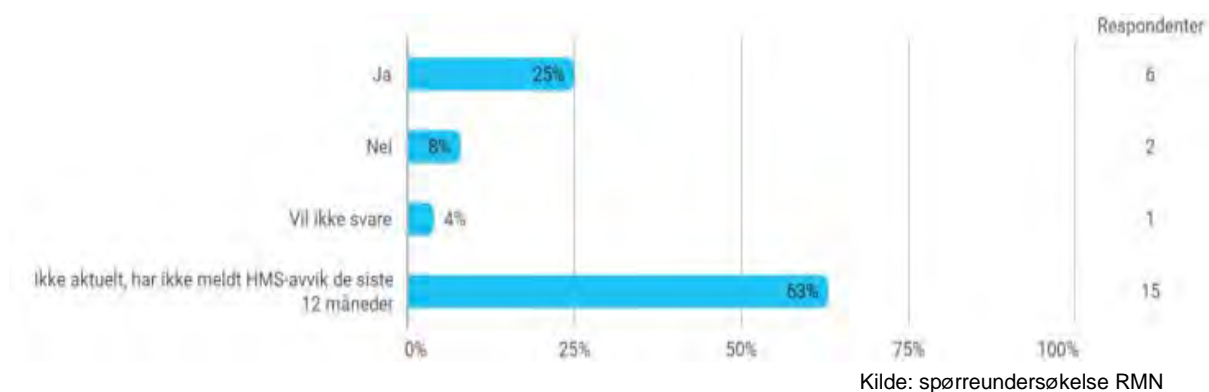
### Hjemmetjenesten

Enhetsleder hjemmetjenesten sier at rutinene for å følge opp avvik er gjort kjent blant ansatte.

Spørreundersøkelsen viser at 15 av de 24 som har svart ikke har meldt avvik de siste 12 måneder. 6 ansatte som har meldt avvik er fornøyd med ledelsens behandling av avviket og tilbakemeldingen. 2 ansatte er ikke fornøyd, 1 vil ikke svare.

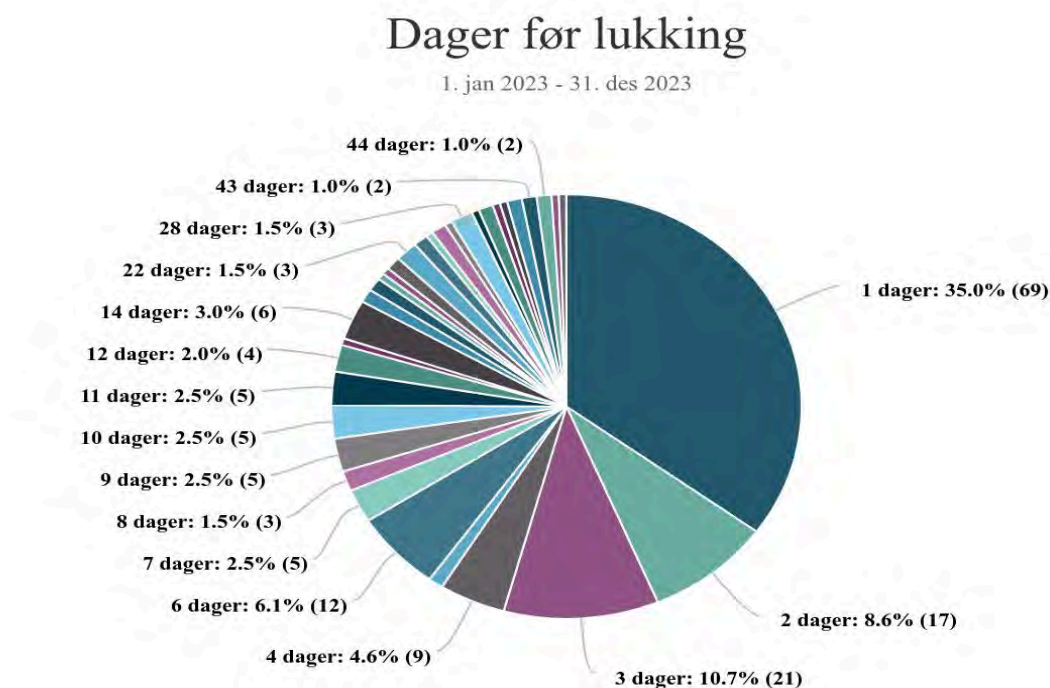
Figur 9. Ledelsens behandling og tilbakemelding på avvik

**Hvis du har meldt HMS-avvik i løpet av de siste 12 måneder, er du fornøyd med ledelsens behandling av avviket og tilbakemelding til deg?**



Statistikk fra Compilos avviksstatistikk for helse og omsorg for 2023:

Figur 10. Antall dager før lukking av avvik



Kilde: Compilo

I 2023 ble 35 prosent av avvikene lukket etter 1 dag, 8,6 prosent etter 2 dager, 10,7 prosent etter 3 dager og 4,6 prosent etter 4 dager.

### 3.3.4 Læring og forbedring

Plasstillitsvalgt NSF hjemmetjenesten forteller at man har holdt på med avviksmeldinger over år. Assisterende leder lar alle ansatte få innsyn i avvikene og anledning til å lese gjennom det som er meldt. Dette gjør at alle kan stille spørsmål til egen og andres praksis. Hun mener at det blir det gode diskusjoner av, eksempelvis i personalmøter.

Ifølge verneombud hjemmetjenesten følges avvikene opp overordnet en gang pr måned i SU og i tertialrapportering. De har gjennomgang av de meldte avvikene og ser etter mønster, eventuelt systematikk i avvik, og hvorfor avvik oppstår.

Tillitsvalgt på sykeheimen opplever ikke at det er diskusjoner eller refleksjoner rundt avvik eller avviksstatistikk, heller ikke rundt sykefravær/fraværstatistikk. Man informeres, men det diskuteres sjelden.

## 3.4 Vurdering

### 3.4.1 Ledelsen har sørget for rutiner for melding av avvik

Overhalla kommune har utarbeidet rutiner for melding av avvik og har avviksmodul i kvalitetssystemet Compilo. Rutinene er gjort kjent for ansatte på sykeheim og hjemmetjeneste ved informasjon på personalmøter, i mentorprogram og ved oppslag på arbeidsplassen og ledelsen oppfordrer ansatte til å melde avvik.

### 3.4.1 Ledelsen har oversikt over meldte HMS-avvik

Ansatte melder HMS-avvik i avviksmodulen i kvalitetssystemet Compilo. Leder får oversikt over de meldte avvikene i Compilo. Avvik rapporteres i tertialrapporter.

### 3.4.1 Ledelsen har sørget for rutiner for oppfølging av HMS-avvik

Det er utarbeidet rutine for avvikshåndtering som har som formål å sikre at avvik i organisasjonen blir håndtert systematisk. Rutinen er ifølge ledere, tillitsvalgte og verneombud gjort kjent for ansatte i personalmøter og mentorprogram. Statistikk fra Compilo for 2023 viser blant annet at 65 prosent av meldte avvik ble lukket innen 6 dager. 83,3 prosent av meldte avvik ble lest innen 2 dager.

### 3.4.1 Erfaringer fra avviksoppfølging bruker til læring og forbedring

I hjemmetjenesten får alle ansatte innsyn i avvikene og anledning til å lese gjennom det som er meldt, slik at alle kan stille spørsmål til egen og andres praksis.

Ifølge verneombud hjemmetjenesten følges avvikene opp overordnet en gang pr måned i SU og i tertialrapportering. De meldte avvikene gjennomgås i SU, hvor de ser etter mønster, eventuelt systematikk i avvik, og hvorfor avvik oppstår.

På sykeheimen opplever tillitsvalgte at det oftest er informasjon, lite diskusjoner eller refleksjoner rundt avvik eller avviksstatistikk.

## 3.5 Konklusjon

Revisor konkluderer med at det er tilrettelagt for å melde HMS-avvik i pleie- og omsorg. Ledelsen har oversikt over meldte HMS-avvik og avvikene blir fulgt opp i henhold til prosedyrer. Erfaring fra avviksoppfølging brukes mest til læring og forbedring i hjemmetjenesten.

# 4 ORGANISERING OG RESSURSER

I dette kapittelet beskriver vi deltema tre.

## 4.1 Beskrivende delproblemstilling

- Hvordan sikrer Overhalla kommune tilstrekkelig bemanning i pleie- og omsorgstjenestene?

## 4.2 Funn

I dette kapitlet presenteres data om organisering og ressurser.

### 4.2.1 Organisering av tjenestene

Helse- og omsorgstjenesteloven krever at kommunen skal sørge for nødvendig helsehjelp til personer som oppholder seg i kommunen og at behovet dekkes på forsvarlig måte. For å dekke behovet på forsvarlig måte må kommunen ha tilstrekkelig kapasitet.

I Helsepersonellovens §16 heter det at virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

I henhold til § 4-2 i arbeidsmiljøloven skal arbeidstakerne og deres tillitsvalgte holdes løpende informert om systemer som nyttes ved planlegging og gjennomføring av arbeidet. De skal gis nødvendig opplæring for å sette seg inn i systemene, og de skal medvirke ved utformingen av dem. Under omstillingsprosesser som medfører endring av betydning for arbeidstakernes arbeidssituasjon, skal arbeidsgiver sørge for den informasjon, medvirkning og kompetanseutvikling som er nødvendig for å ivareta lovens krav til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø.

Ifølge kommunalsjefen for helse og omsorg hadde Overhalla kommune allerede før pandemien (20-21) begynt på en omorganisering av tjenestene innen helse- og omsorg.

Sykeheimen startet med omorganiseringen i 2019. Det ble da gjennomført kartlegging av alle oppgaver som ble utført i løpet av en hel uke, alle førte logg og brukte stoppeklokke. Resultatene var ganske urovekkende. Profesjonene brukte 3,3 årsverk på praktiske oppgaver, altså oppgaver som ufaglærte kunne utføre. Verneombudet på sykeheimen fikk deretter i oppgave å lage nye funksjonsbeskrivelser. Det ble enighet om å ansette tre servicearbeidere i 70% stilling (2,2 årsverk).

Kommunalsjef helse og omsorg skriver i årsberetning 2023 under organisering og ledelse: *«Kommunen deltok våren 2023 i et prosjekt i regi av KS som heter «Tjenestestyrte bemanningsplanlegging». I dette prosjektet lager de årsplaner basert på de oppgavene tjenesten skal løse. Her ser man hvilke muligheter som ligger i planlegging. Det ble gjennomført en kartlegging av bemanningsplanen for pleie og omsorg og enheten fikk innsikt i hvor dårlig kontinuitet/kompetanse de hadde, spesielt på helg. Ny årsturnus ble planlagt med mer helgtid, som bidrar til mer heltid og kompetanse på helg.»*

Konklusjonen på prosjektet «Tjenestestyrte bemanningsplanlegging», hvor et eksternt firma har tatt gjennomgang, var at man måtte øke omfanget av arbeidstimer på helg. Her var det mye vikarbruk. Ansatte ble involvert, og hver enkelt skulle gi sitt eget svar. Da var ett av spørsmålene om man kunne gå lengre vakter på helg. Ca 90% svarte at de kunne gå lengre vakter på helg. Noen reservert seg på grunn av egen helse. Dette har munnet ut i at man prøver ut 12,5 timers vakter 4. hver helg for alle i turnus (unntatt servicearbeidere som har tredje hver helg dagtid) sykepleiere. Flere har ønsket å teste langvakter også på ukedager. Arbeidsgiver har kommet til enighet med arbeidstakerorganisasjonene, blant annet om inntil 12,5 t langvakter. Ansatte får nå betalte pauser, og det er utarbeidet pauseplan. Det er laget et ganske strengt arbeidsregime på tidspunkter, slik at oppgaver blir utført til riktig tid. Kommunalsjefen mener det blir veldig spennende å se om dette fungerer. Hun tror nok at det blir noen justeringer i turnusene, da kart og terreng ikke alltid stemmer.

## **4.2.2 Ny organisering**

### **Sykeheimen**

Enhetsleder sier at det var veldig god søkning til servicearbeiderstillingene (ufaglærte). Disse begynte i jobben 1.2.2023. Da var ny organisering klar til å settes i verk.

Samtidig med iverksetting av ny organisering økte pleietyngden, men den jevnet seg ut etter hvert, og det meste av oppgaver falt på plass. Deretter ble det jobbet med å utjevne oppgavefordelingen over hele døgnet.

Høsten -23 ble brukt på å gjennomgå oppgavene med hensyn til presstider, og hvilke oppgaver som eventuelt kunne flyttes på. Dette har resultert i at man har sett på oppstartstidspunkt for vaktene. Nå er de inne i ny turnus, hvor vaktene starter ulikt. Det er teamledere (sykepleiere) som organiserer oppgavene.

### 4.2.3 Erfaringer med omorganiseringen

#### Sykeheimen

I virksomhetsrapport 2. tertial 2023 rapporterte enhetsleder blant annet under 2.3.3 Organisering og ledelse som mål at sykeheimen har en tydelig og strukturert organisering gjennom bruk av gode verktøy for planlegging og oppfølging og stort fokus på nærledelse. Under resultat står det at årsturnus er lagt ut fra bemanningsplan. Det har vært jevnlig profesjonsmøter grunnet oppgavedelingsprosessen og personalmøter etter plan. Ansatte virker å ha funnet sine plasser med tanke på den nye organiseringen, og enhetsleder sier at det fungerte veldig fint sist sommer. Det ble igangsatt et eget mentorprogram for nyansatte og vikarer før ferieavviklingen.

Under 2.5.1 Endringsprosesser og prosjekter oppgis målet å være at «Sykeheimen videreutvikler tjenestetilbudet til innbyggerne i Overhalla kommune.» Under resultat kommenterer enhetsleder at «Ny organisering startet første uke i februar. Det fungerer veldig godt med servicearbeiderne, men ser at de ikke rekker over alle oppgaver i løpet av en dag. Sykepleier som teamledere fungerer også bra, selv om det er en stor omstilling til sykepleierne. Det vil gå tid før alle kommer seg inn i en endring i organisering som er så stor. I sommer har den nye organiseringen fungert veldig godt. Bygget i seg selv utfordrer den daglige logistikken for å få flyt i arbeidet, det å kunne hjelpe hverandre på tvers av avdelinger og enheter. Pasientene som kommer inn på sykeheimen har nå mye større behov enn de som kom inn for 5-10 år siden. De har mer hjelpemidler og større hjelpemidler som gjør at de har plassmangel. En mangler også lager, slik at en bruker mye tid på å lete utstyr på mange forskjellige små lager rundt på huset.»

Enhetsleder sier at de sårbare tidspunktene, helg, høytid og ferie, er nå mye bedre dekket av faste ansatte i større stillinger. Håpet er at dette skal fungere og at tjenesten er mer robust. Hun mener at ansatte er foreløpig positive til lange vakter etter første arbeidshelg i ny turnus.

Kommunalsjefen ser at målet er å få flere inn på serviceoppgaver, men her gjenstår fortsatt noe arbeid. Kjøkken og renhold har vært rendyrket på sine oppgaver, mens sykepleierne har hatt et vidt spenn i oppgaver. Kommunalsjefen sier det oppleves tungt å omorganisere, ikke bare for de som skal drive prosessene, men også for ansatte som får andre oppgaver. To ansatte har blant annet vært frikjøpt en dag i uken for å beskrive nye rutiner og prosedyrer.

Verneombudet på sykeheimen forteller at det er fortsatt en person som arbeider med oppgavedelingen (i prosjekt), det er hele tiden justeringer av den. Hun mener det er samsvar mellom det som er kartlagt og det som blir utfallet med hensyn til hvem som har hvilke oppgaver. Det har vært noen oppstarts-utfordringer med ny turnus, med veldig mange

oppstartstidspunkter for ulike vakter. Hun sier at hensikten med ny oppgavefordeling var å utbedre trykket på helg. Det er fortsatt noen utfordringer, for eksempel at man blir sliten av lange vakter. Det er valgfritt å gå lange vakter. Dersom man velger å ikke ha lange vakter, blir det omtrent annenhver helg med jobbing. Ordningen med servicearbeidere har lettet noe med hensyn til arbeidsoppgaver, men det oppleves nesten like travelt. På ettermiddag/kveld er det ikke servicearbeidere, så da faller oppgavene på den som faktisk er på jobb.

Plasstillitsvalgte sier at status nå er at alt er «rullet ut» på sykeheimen. Det har vært en liten evaluering som gikk på vaktkoder/overlapp/småjusteringer. Det er litt tidlig å evaluere i stort. Det skal være en ordentlig evaluering før sommeren, og der er tillitsvalgte påkoblet. For brukerne blir det færre overganger/oppbrudd.

## Hjemmetjenesten

I virksomhetsrapport 2. tertial 2023 under 2.5.1. endringsprosesser og prosjekter, skrev enhetsleder bla at hjemmetjenesten kommer i gang med omorganisering av tjenesten i november 2023, da de hadde slitt med å rekruttere ansatte. Det ble jobbet med endringer i arbeidstid – teste ut langvakter som ett ledd i å dekke kompetanse bedre på helg.

Arbeidet med omorganisering har nå startet i hjemmetjenesten og de har felles oppmøte for hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Tjenesten ser på omfordeling av oppgaver, for å få kompetansen dit den trengs. Hjemmehjelpene er nå blitt servicearbeidere. De har også prøvd ut ny oppgavedeling på helg. Turnusene ble iverksatt fra mars 2024. og de har fått inn mer kompetanse på helg. I hjemmetjenesten har ca 75 prosent av de ansatte 3-årig utdanning og det er stort sett 3-4 sykepleiere/vernepleiere på jobb til enhver tid. I planlagt bemanning vet de det gjelder at fravær/endringer rokker på planlagt turnus. Tjenesten har også økt andel heltidsarbeid, noe som øker kontinuiteten i tjenesteytingen.

I ny turnus bemannes det opp for å bufre slik at vikarbruk kan reduseres. Enhetsleder hjemmetjenesten er spent på hvordan det slår ut med hensyn til sykefravær og kvalitet i tjenesten.

Enhetsleder sier at ansatte virker positive til endringene. Fagdager blir brukt til arbeid med organisasjonen. Hun synes det er fint at ansatte involverer seg og engasjerer seg i dette arbeidet og at de er endrings-/omstillingsdyktige.

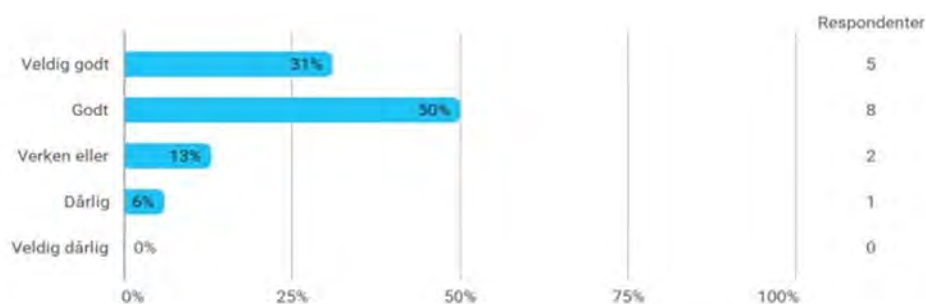
Tillitsvalgt NSF mener SU er veldig viktig for omorganiseringen i hjemmetjenesten. Det jobbes godt med alle sider av omorganiseringen og ledelse, tillitsvalgte og verneombud er omforent i veien videre. De har hatt veldig gode prosesser og ansatte får delta hele veien.



Tillitsvalgte NSF sier det har vært viktig med god tid i prosessene, slik at alle er innforstått med det som skjer og de bekrefter at det skal gjennomføres evaluering rundt sommeren. Det har allerede vært gjennomført et enkelt status/evaluering-møte og det gjøres konkrete endringer underveis, eksempelvis tidspunkter for start/stopp på vakter. De sier at det oppleves veldig trygt og godt med fordelingen av kompetanse på jobb og det generelle inntrykket er at ansatte er fornøyde med omorganiseringen og prosessene rundt. Hovedtillitsvalgt NSF har deltatt i ledersamlinger og møter hvor det er informert om omorganiseringen i helse og omsorg og hun mener alle er godt informert om det som skjer. Hjemmetjenesten har mange eldre ansatte og hun er spent på om alle greier å stå i det med hensyn til egen helse. De er fornøyde og trygge på at man kan få tilrettelegging, også av arbeidstid. Ordningen med servicearbeidere er utelukkende positivt. Det gjør at alle får gjøre det de er utdannet til. Allikevel er det godt samhold på tvers av fagene, alle er like viktige.

Verneombudet i hjemmetjenesten er så langt veldig positiv til langvakter og at det nå er mer rendyrkede oppgaver for sykepleier, helsefagarbeider og servicemedarbeider. De mener å se gevinst av både arbeidsorganiseringen og innføringen av velferdsteknologi. De har hatt en fot i bakken for å drøfte innføringen, men skal ha større evaluering inn mot sommeren.

Svarene på spørreundersøkelsen viser at av de 24 som besvarte undersøkelsen, har 15 valgt å gå langvakter, 2 har ikke valgt det, 3 svarer ikke ennå og for 4 er det ikke aktuelt. De som hadde valgt langvakter, fikk spørsmål om hvordan ordningen fungerte for dem:



Her svarte 5 veldig godt, 8 svarte godt, 2 verken eller og 1 svarte dårlig.

På spørsmål om hvilken virkning bruk av langvakter har hatt for brukere/pasienter, svarer 15 at det har hatt positiv virkning, 9 vet ikke

## 4.3 Oppsummering

Den omfattende omorganiseringen av arbeidsoppgaver på sykeheimen og innføring av årsturnus med langvakter har, ifølge ledelse, ansatte, tillitsvalgte og verneombud medført at tjenesten har fått inn mer kompetanse på helg. Oppgavedelingsprosessen har medført at sykepleiere og helsefagarbeidere får frigjort tid til å utføre profesjonsoppgaver og at ufaglærte servicearbeidere ivaretar praktiske oppgaver. Når rapporten skrives er evalueringsprosessen ikke gjennomført, slik at vurdering av om tjenesten har tilstrekkelig bemanning til å utføre sine lovpålagte oppgaver, ikke kan gjøres.

# 5 KOMPETANSE OG REKRUTTERING

I dette kapitlet beskriver vi deltema 4.

## 5.1 Delproblemstilling

Det er utarbeidet følgende delproblemstillinger for temaet kompetanse og rekruttering:

- Har ledelsen i pleie- og omsorgstjenestene oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring?
- Tilrettelegger ledelsen for å rekruttere tilstrekkelig fagkompetanse?

## 5.2 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet for disse delproblemstillingene:

- Ledelsen skal ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring
- Ledelsen skal legge til rette for rekruttering av tilstrekkelig fagkompetanse

Utledningen av revisjonskriteriene finnes i vedlegg 1.

## 5.3 Kompetanse

I dette kapitlet presenteres data om kompetanse og rekruttering.

### 5.3.1 Kompetanseplan

For at ledelsen skal ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring må det foreligge kompetanseplaner. Kompetanseplan for helse og omsorg 2022-2025 er utarbeidet og ligger lagret i Compilo. Overordnede mål for kompetanseplanarbeidet er at «Helse og omsorg i Overhalla kommune ønsker å jobbe systematisk og strategisk med kompetanse for å være en attraktiv, levende og utviklende arbeidsplass. Ansatte med rett kompetanse er med på å sikre at kommunen leverer gode tjenester. Enhetene skal gi et helhetlig og sammenhengende tilbud av god kvalitet og med høy pasientsikkerhet.»

Det er opprettet en lokal kompetansegruppe (kompetanseforum) som skal forvalte kompetanseplanarbeidet. Kommunalsjef helse og omsorg har det overordnede ansvaret for kompetanseplanen.

### 5.3.2 Behov for opplæring

Fagutviklingssykepleier, som har arbeidssted hjemmetjenesten, har fagutviklingsansvar for pleie og omsorg. Hun kartlegger behovet for videre- og etterutdanning, jobber med kompetanseplaner og motivasjon av ansatte til å ta videreutdanning, slik at kommunen dekker de kompetansehullene som finnes. Det er nå satsing på psykisk helse og rus.

Verneombudet bekrefter at det prioriteres ut ifra kompetanseplanen når ansatte søker om midler til kompetanseheving.

To ansatte deltar på helsefagarbeiderutdanning innen voksenopplæringen. Tre sykepleiere tar geriatrisk videreutdanning. Avansert klinisk sykepleie vil promoteres overfor noen av sykepleierne. Det legges også til rette med stipender for ansatte som ønsker etter- og videreutdanning.

Kommunen søker kompetanseutviklingsmidler fra Statsforvalteren hvert år, og de får alltid slike tilskudd. Tildelingen avgjør hvordan prioriteringen blir og enhetslederne bestemmer hva og hvem. Pr i dag prioriteres grunnutdanning for sykepleie og helsefagarbeidere. Kommunen deltar i desentralisert sykepleieutdanning. Ansatte kan få fri med lønn mot å binde seg til kommunen en viss tid. Kommunalsjefen sier at de opplever at ansatte ønsker å stå litt friere, og at de velger å bruke egen fritid til studier.

### Sykeheimen

I virksomhetsrapporten for 2. tertial 2023 beskrev enhetsleder at enheten har **mål** om at:

1. Alle stillinger skal besettes av medarbeidere med minimum kompetanse i henhold til kompetansekrav eller kompetanseplan.
2. Alle ansatte får anledning til å bruke og utvikle sin kompetanse, evner og talenter.
3. Alle ansatte opplever å ha medinnflytelse og medansvar for å utvikle egen arbeidssituasjon og kompetanse.
4. Alle ansatte utviser etisk høy standard i sitt arbeide.

**Resultat** kommenteres bla med at «3 sykepleierstillinger ble omgjort til servicearbeiderstillinger. Ansatte oppfordres til å ta relevant utdanning ut fra kompetanseplanen, samt at det oppfordres til mindre kurs og ABC-opplæring. 1 sykepleier og 1 helsefagarbeider i videreutdanning innen rus og psykiatri. Har siden 22. mai hatt to sykepleiere fra bemanningsbyrå for å dekke opp vakanser på sykepleierstillinger.»

Enhetsleder og verneombud sykeheimen mener de har tilstrekkelig fagkompetanse i dag, med både 2 og 3 sykepleiere/vernepleiere på alle vakter. Omorganiseringen har ført til at sykepleierne gjør mer sykepleieoppgaver. Det er en del som skal ut i permisjon, og som man har tatt høyde for. Kommunen har innleid en sykepleier fast fra vikarbyrå, og dette skal kunne dekke opp permisjonsavviklingen. Utskrivningsklare blir sendt ut veldig tidlig fra sykehus, noe som setter store krav til kompetanse. Sykehuset sender med fagkompetanse ut, og gir opplæring i forhold til spesifikke diagnoser og behandling. Sykepleierne er også forberedt på at de vil kunne oppleve å være den eneste på vakt, og at sykepleier i hjemmetjenesten er den eneste å konferere med.

En pårørende sier det har vært mange «Menn i helse» på sykeheimen og at det er positivt med flere menn, men hun mener at alle gjør en god jobb.

Mentorprogram for nyansatte og vikarer ble foreslått av ansatte og SU har tatt dette videre. Det var verneombudet som tok tak i dette. Begynneropplæringen er så omfattende at man måtte strekke opplæringen ut i tid. Det er mange systemer og oppgaver osv som skal gjennomgås, både faglig og praktisk. Derfor ble mentorprogrammet opprettet. Alle som begynner får sin mentor, med faste treffpunkt gjennom året både med mentor og enhetsleder. Mentor veileder kontinuerlig ut fra tilbakemeldinger som gis.

Mentorheftet som deles ut første arbeidsdag, informasjonsskriv til alle nye ansatte ved sykeheimen og beskrivelse av mentorordningen ligger lagret i Compilo under Helse og omsorg (prosedyrer og rutiner)/sykeheimen. Heftet inneholder informasjon om bla hvem som er enhetsleder, assisterende enhetsleder, tillitsvalgte og verneombud, arbeid- og ansvarsfordeling, plan for opplæringen og hva den skal inneholde, plan for samtaler mellom mentor og nyansatt, stikkord for samtaler mm.

Informasjonsskrivet omtaler bla verdigrunnlaget for sykeheimen, informasjon om sykeheimen, kontaktinformasjon til avdelingene og ledere, informasjon om teamlederfunksjonen, om servicearbeiderstillingene, nattvakter, mentorordning, velferdsteknologi, forflytningsveiledere, digitale verktøy, hygiene, smitte, informasjon om fravær, taushetsplikt og opplysningsplikt mm. Beskrivelse av mentorordningen viser hvem som skal ha mentor, hvem er mentor og mentors og den nyansattes ansvar for å følge opp mentorheftet, samt enhetsleders ansvar for å sette opp samtaler mellom mentor og den nyansatte, sende ut informasjon og dele ut mentormappe.

## Hjemmetjenesten

I virksomhetsrapporten for 2. tertial 2023 skrev enhetsleder at de har som **mål** å ha kompetente og oppdaterte medarbeidere. **Resultat** for perioden var at alle ferievikarer har gjennomført nødvendige kurs og opplæringer.

Det gis studiestøtte i henhold til kompetanseplan, både til sykepleierutdanning og helsefagarbeiderutdanning. Hjemmetjenesten har ikke noe mentorprogram per i dag, men nyansatte følger gjerne en fast ansatt i oppstarten.

Verneombudet i hjemmetjenesten opplever at de har tilstrekkelig kompetanse i hjemmetjenesten med videreutdanning i geriatri, palliasjon, psykiatri, sårstell osv. Tjenesten har sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere, assistenter og hjemmehjelpere. Hun mener de har god dekning og flinke vikarer. Nå virker det som overgang til servicearbeiderstillinger også gjør arbeidet til hjemmehjelpene mye mer interessant ved at de får mer varierte oppgaver. Tjenesten opplever at det foregår et generasjonsskifte, og det kommer nye og flinke medarbeidere inn. Hun sier at opplæring av nyansatte ved bruk av VR-briller/VR-kurs er veldig positivt mottatt og er enkelt for alle å gjennomføre.

Enhetsleder hjemmetjenesten ser en utvikling i flere hjemmeboende brukere som har et større pleiebehov og at de av og til driver "hjemme-sykehus". Det siste halve året har det vært fire planlagte hjemme-dødsfall (kreftpasienter). De driver periodevis dialyse og andre intravenøse behandlinger, for eksempel ernæringspumper, smertepumper, antibiotikabehandlinger. Hun sier at hjemmetjenesten må "snu seg" veldig fort i forhold til nye behov.

Hjemmetjenesten har tradisjonelt hatt liten turnover, men den er økende. Enhetsleder ser behov for systematisert begynneropplæring og har lagt et treukersløp. Begynneropplæringen i hjemmetjenesten omfatter bla Trygg Grunn, brannopplæring, vold og trusler. Flere av temaene skjer ved VR-opplæring.

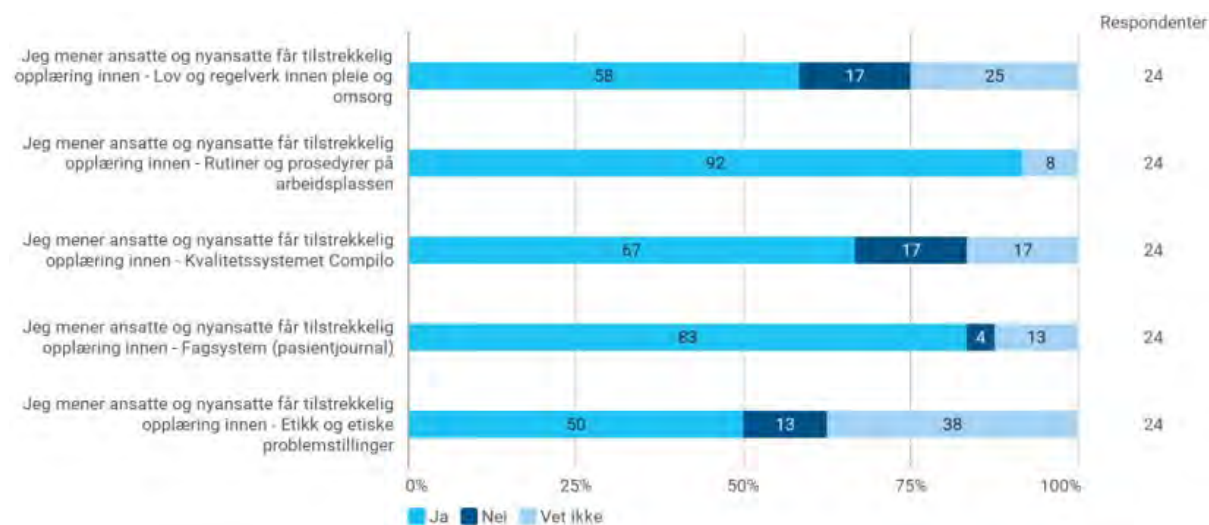
Hovedtillitsvalgt NSF forteller at det som kan være utfordring er fravær i forbindelse med permisjoner, men det ser tross alt veldig mye bedre ut enn tidligere. Langvaktene for sykepleierne gir bedre dekning. Grunnbemanningen i turnus er veldig bra. Dessuten har man blitt flinkere til å se helheten, og man samarbeider bedre med hjemmetjenesten som ligger vegg i vegg og har tilsvarende kompetanse. Hun tror pandemien bidro til å åpne disse dørene. Tillitsvalgt forteller at dette går begge veier, det er en trygghet at det er fagkompetanse på sykeheimen dersom man går alene som sykepleier i hjemmetjenesten.

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at 58 prosent av de 24 som har besvart undersøkelsen mener at ansatte og nyansatte får tilstrekkelig opplæring innen lov og regelverk innen pleie og omsorg. 17 prosent svarer nei, 25 prosent vet ikke.

92 prosent mener at ansatte får tilstrekkelig opplæring innen rutiner og prosedyrer på arbeidsplassen, 8 prosent vet ikke.

83 prosent har fått tilbud om kompetansehevede tiltak i løpet av de siste 2 år. 13 prosent har ikke fått tilbud.

Figur 11. Opplæring



## 5.4 Rekruttering

For svært mange kommuner er det vanskelig å rekruttere sykepleiere, og utfordrende å rekruttere helsefagarbeidere. Dette beskrives også i Helsepersonellkomisjonens rapport<sup>4</sup> Statsforvaltners årlige rapporteringer viser at kommuner i samtlige fylker har særlige utfordringer med å rekruttere sykepleiere. I KS arbeidsgivermonitors undersøkelse for 2021 svarte 100 av 181 kommuner at det er meget utfordrende å rekruttere sykepleiere. Det har blitt vanskeligere å rekruttere sykepleiere etter 2015. For helsefagarbeidere svarte 76 kommuner at det er litt utfordrende å rekruttere, 47 kommuner svarte ganske utfordrende.

Kommunalsjef helse og omsorg sier at det også i Overhalla er rekrutteringsutfordringer innen helse og omsorg. Det er få søkere til stillingene, spesielt sykepleiere. De har ingen søkere til vikariat, problemer med å rekruttere i deltidsstillinger og ferieavviklingen er utfordrende.

<sup>4</sup> NOU 2023-4 Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste

Samtidig er det mange ansatte som pensjoneres samtidig og dagens arbeidstakere skifter oftere jobb og unge velger annen yrkeskarriere enn helse.

Hjemmetjenesten har ingen ledige sykepleierstillinger våren 2024, men ser at antall søknader ved utlysing er lavere, så det handler om å forberede seg på framtida.

Tabell 1. Turnover pleie og omsorg Overhalla kommune siste 5 år

Enhet	Pensjonister	Flyttet	Skiftet jobb i kommunen	Jobb i annen kommune/ sykehus	Skiftet bransje
Sykeheimen 30 av 57 ansatte sluttet (52%)	43 %	13%	17%	23%	3%
Hjemmetjenesten 13 av 29 ansatte sluttet (45 %)	38%	8%	8%	15%	31%

Kilde: Overhalla kommune

Tilsetningsreglementet for Overhalla kommune og rutiner for kunngjøring av ledige stillinger ligger lagret i Compilo under Støtteprosesser. I henhold til reglementets §3 skal alle stillinger som hovedregel kunngjøres offentlig. Unntatt er tilfeller med behov for omplassering.

#### 5.4.1 Rekrutteringstiltak for å sikre fagkompetanse

Kommunalsjefen sier at de opplever at de blir mer attraktive som arbeidsgiver når de nå omorganiserer helse- og omsorgstjenestene. Sykepleiere ønsker å være sykepleiere og ha mest mulig sykepleieroppgaver. Dette gjelder spesielt nyutdannede. Kommunalsjefen ser lysere på framtiden med denne organiseringen. Hun mener det fortsatt er et potensiale for å rekruttere mer i forhold til oppgaver og oppgavefordeling. Det er generelt sett vanskelig å rekruttere, men disse grepene er uansett positive. Kommunen må fortsatt omstille seg. Overhalla kommune brukte vikarbyrå sommeren 2023 for første gang.



Ifølge tillitsvalgte har langvaktene blitt et rekrutteringstiltak for sykepleiere og helsefagarbeidere, både internt og eksternt. Tidligere skiftet mange ansatte arbeidsplass fra sykeheimen til hjemmetjenesten eller bomiljøtjenesten. I tillegg har det vært et generasjonsskifte. Servicearbeiderstillingene har delvis blitt inngangsstillinger for de som før ikke har jobbet innen helse. De mener det burde vært flere servicearbeidere, for der er det mer enn nok oppgaver.

## 5.5 Vurdering

### 5.5.1 Ledelsen har oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for læring

En fagutviklingssykepleier ansatt i hjemmetjenesten har fagutviklingsansvar for pleie og omsorg. Behov for videre- og etterutdanning kartlegges og kompetanseplan er utarbeidet. Ansatte motiveres til å ta videreutdanning, slik at kommunen dekker de kompetansehullene som finnes.

### 5.5.1 Ledelsen legger til rette for rekruttering av tilstrekkelig fagkompetanse

Omorganisering av tjenestene og innføring av langvakter innen pleie- og omsorg har ifølge ledere og ansatte gjort Overhalla mer attraktiv som arbeidsgiver, spesielt for nyutdannede. Tjenestene har ikke ledige sykepleierstillinger våren 2024, men ledelsen ser at antall søknader ved utlysning er lavere enn tidligere.

## 5.6 Konklusjon

Ledelsen i pleie- og omsorgstjenestene har oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring.

Ledelsen tilrettelegger for å rekruttere tilstrekkelig fagkompetanse ved å omorganisere tjenestene og med dette rendyrke arbeidsoppgavene for sykepleiere og helsefagarbeidere, dette gjør kommunen mer attraktiv for nyutdannede.

# 6 SYKEFRAVÆR OG ARBEIDSMILJØ

I dette kapitlet beskriver vi deltema 5.

## 6.1 Delproblemstilling

Har omorganiseringen i pleie- og omsorgstjenesten påvirket sykefraværet og arbeidsmiljøet?

## 6.2 Revisjonskriterier

- Kommunen bør sette mål for sitt sykefravær
- Kommunen skal ha rutiner for forebygging og oppfølging av sykefravær
- Kommunen skal sørge for tillitsvalgtes og verneombuds medvirkning i HMS-arbeidet
- Ledelsen bør gjennomføre medarbeiderundersøkelser og årlige medarbeider-samtaler

Utledningen av revisjonskriteriene finnes i vedlegg 1.

I dette kapitlet presenteres innsamlet intervjudata om sykefravær og arbeidsmiljø.

### 6.2.1 Mål og resultater for sykefravær

Kommunedirektøren sier at for sykefravær innen helse og omsorg er målet å oppnå lavest mulig fravær. Dette har det vært jobbet med i Nærværsprosjektet over tid.

I årsberetning for 2023 skriver kommunedirektøren at «Sykefraværsprosenten er samlet sett for kommunen i 2023 på 10,4, økning fra året før. Kommunen har i 2023 videreført nærværskonseptet med arbeidsmetoder og oppfølgingstiltak som blant annet har som målsetting å øke nærværet og fremme arbeidsmiljøet. Et satsingsområde har vært å videreutvikle samspillet mellom partene på arbeidsplassene.»

Verneombudet på sykeheimen kjenner ikke til at det er satt noen mål i sykefraværsarbeidet. Hun sier at det tidligere ble satt opp tiltakskort med hensyn til forebygging av sykefravær. Tillitsvalgte NSF kjenner ikke bakgrunnen for økende sykefravær i pleie og omsorg. De mener at sykefraværet ikke kan kobles til arbeidsmiljøet.

Samlet sykefravær for helse og omsorg var i 1. tertial 2024 på 10,2 prosent. Ifølge enhetsleder var sykefraværet på sykeheimen på ca 10 prosent pr februar 2024.

Figur 12. Sykefravær 1. tertial 2024 helse og omsorg pr måned

	Januar	Februar	Mars	April
Helse og omsorg	12,3	8,6	9,2	10,7

Rapportering i årsberetning 2023 viser følgende sykefraværspersent for kommunen i perioden 2016-2023:

Figur 13. Sykefraværspersent 2016-2023

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Overhalla	9,5	8,8	8,5	10,2	9	9	9,7	10,4

Figur 14. Sykefravær turnuspersonale i %

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Overhalla	11,3	10,9	10,3	13	13	11,2	12,1	14,9

## 6.2.2 Sykefraværsoppfølging

Rutiner for sykefraværsoppfølging ligger lagret under Støtteprosesser/HMS/sykmeldte på Compilo. Rutinen er sist revidert i 2015.

Kommunedirektøren sier at det jobbes godt med sykefraværsoppfølging i kommunen. Lederne har god innsikt i fraværet og har tett oppfølging. Nærværsløse har nylig vært tema på ledersamling.

Kommunalsjefen mener at omorganiseringen ikke synes å ha påvirket sykefraværet. Det er en del servicearbeidere med høyt fravær, og dette mener hun for så vidt kan være koblet til nye

oppgaver. Arbeidspress, spesielt med hensyn til pleieoppgaver kan og ha innvirkning på det høye sykefraværet.

### **Sykeheimen**

Enhetsleder sier at hun bruker hyppigere treffpunkt enn det som er beskrevet i rutinene for sykefraværsoppfølging. De har fått avklaring på enkelte langtidssykmeldte i slutten av 2023 og jobber konsekvent med nærværarbeidet. Det var en målsetting for enhetsleder da hun startet, at det skulle jobbes systematisk med oppfølging og avklaring og ha godt samarbeid med bedriftshelsetjenesten. Hun sier det har vært en stor jobb med hensyn til å få til holdningsendring hos ansatte. Det er gjennomført konsekvente oppfølgingsmøter, avklaring av arbeidsevne og hva den sykmeldte kan bidra med. Hun mener det er viktig at sykmeldte deltar på arbeidsplassen selv om de er sykemeldt. Dette fungerer godt for veldig mange, altså refleksjon over eget fravær. De som sliter med slitasjeskader har stort sett gått av med pensjon. For alle ansatte gis det opplæring i hjelpemidler, eks forflytningshjelpemidler. Forflytningsplaner for hver pasient gir god veiledning i hvordan forflytting av pasienter skal foregå. Økonomi blir mer og mer framtrødende i tiden som kommer, og vil bli tema i personalmøter der man må informere om hvordan fravær slår inn i tjenesteproduksjonen.

### **Hjemmetjenesten**

Enhetsleder og verneombud hjemmetjenesten fortalte at våren 2023 var utfordrende med sykefravær på 16,5 prosent og at de aldri har opplevd så høyt sykefravær før. Fraværet omfattet bla kroniske lidelser, alvorlig sykdom og svangerskap. Det er lite arbeidsgiver kan legge til rette med i disse tilfellene. Enhetsleder forsøker hele tiden å holde seg innenfor budsjettammen i innleie av vikarer, men forsvarlighetsprinsippet må alltid ivaretas og i perioder kreves det økt innleie ut fra pasientgruppen. Behovet varierer sterkt i hjemmetjenesten og hun vurderer innleie nøye hver gang.

### **6.2.3 Tillitsvalgte og verneombuds medvirkning i HMS-arbeidet**

Verneombudet på sykeheimen har ikke vært involvert i oppfølging av sykefravær, men får noe oversikt over sykefraværet gjennom deltakelse i SU. Hun sier det leies inn vikarer ved behov og at det er krevende å følge opp med innleie. Bedriftshelsetjenesten har ikke vært inne mens hun har vært verneombud. Verneombudet har ikke deltatt i kartlegging av risikofaktorer i sykefraværarbeidet. Hun kjenner til at enhetsleder har kartlagt noe i forkant av

medarbeidersamtaler. Det oppleves at det er et bedre arbeidsmiljø nå og hun håper på endring nå med langvaktene.

Verneombudet hjemmetjenesten har ingen spesiell rolle med tanke på sykefraværsoppfølging, men hun forsøker å være våken som en god kollega. Hun mener verneombudsrollen er viktig i arbeidsmiljøet. Hun opplever at ting blir tatt på alvor og fulgt opp. Vernerundene var skriftlige hvor ansatte fikk gi en tilbakemelding til lokaler, biler, mobillading og andre forhold. Hun sier at enhetsleder er veldig på for å sette ting i stand og oppleves å stille krav i tillegg til å ordne opp i ting. Verneombudet sier at forebygging av sykefravær tas opp i personalmøter, hvor de drøfter hva som kan gjøres av tilrettelegging. Det er mer hjelpemidler tilgjengelig nå, slik at man kan forebygge noe av dette for framtiden. Alle får kurs i riktig løfteteknikk og hvordan man skal løfte slik at man ikke påfører seg skader. Det gis forflytningsveiledning av interne forflytningsveiledere, også til alle sommervikarer. Det er god kollegial dialog og de ringer de andre som er på vakt når man selv er ferdig med oppgavene. Hun opplever et meget godt samarbeid med ledelsen. Ingen er redd for å ta opp ting og arbeidsplassen er preget av åpenhet.

Begge tillitsvalgte NSF mener at sykefraværsoppfølgingen er god. Det oppleves at det tilrettelegges godt og at ansatte får tilpasninger som er nødvendig. Tillitsvalgte er ikke påkoblet noen prosesser nå, så da tror de at ansatte har en direkte dialog med arbeidsgiver. Ledelsen er positive og motiverende overfor ansatte, og praktiserer åpen dør for alle. Det gjøres også sosiale ting i forbindelse med jobb som er positivt.

#### **6.2.4 Arbeidsmiljø og medarbeidersamtaler**

Enhetsleder sykeheimen sier i virksomhetsrapport 2. tertial 2023 at det ble sendt ut medarbeiderundersøkelse fra bedriftshelsetjenesten i februar. Den viste godt psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø. Hun skriver videre at arbeidet utover høsten blir å pakke ut svarene i forhold til fysisk arbeidsmiljø og systematisk HMS-arbeid.

Mal for medarbeidersamtaler er utarbeidet og ligger lagret under Støtteprosesser i Compilo.

#### Sykeheimen

Sykeheimen er en kvinnedominert arbeidsplass og enhetsleder ser at arbeidsmiljøet svinger med arbeidsmengde. Det er viktig at man tillater seg å snakke om arbeidsmiljø, helst i mindre arbeidsintensive perioder. Det blir mer «nebbing» når det er travelt. Hun prøver å ansvarliggjøre den enkelte, bla for å ta opp saker direkte med kolleger. Hun sender ut spørsmål

i tilknytning til medarbeidersamtaler, hvor man vurderer både egen helse og arbeidsevne og egen historikk av fravær. Enheten har ikke hatt noen varslings saker.

I virksomhetsrapport for 2. tertial 2023 er følgende 5 mål satt for sykeheimens arbeidsmiljø:

«**Mål:** 1. Overhalla sykeheim har ansatte som opplever trivsel og arbeidsglede.

2. Nyansatte føler at de blir godt mottatt og ivaretatt.

3. Opprettholde lavt sykefravær.

4. Overhalla sykeheim har løsningsfokuserede ansatte som jobber på tvers av gruppene for å oppnå best mulig resultat for den enkelte pasient.

5. Ansatte ved Overhalla sykeheim har medinnflytelse og medansvar for utvikling av egen arbeidssituasjon og kompetanse.

**Resultat:** Medarbeidersamtaler og personalmøter gjennomføres etter plan. Partssamarbeidet fungerer veldig godt, med ofte møter grunnet oppgavedelingsprosessen. Nærværstatistikk: 16%. Nærværsoppfølging gjøres fortløpende. «

Tillitsvalgt NSF har ikke registrert arbeidsmiljøutfordringer pr i dag, men det kan selvfølgelig være travle dager. Det er også lagt til rette for egne profesjonsmøter for å drøfte arbeidshverdagen.

Verneombudet på sykeheimen mener at arbeidsmiljøet absolutt er godt. Arbeidsbelastningen kan i perioder gjøre at man har kortere lunte og at man opplever at trykket er for stort. Hun vet at det jobbes med tilrettelegging for ansatte som er delvis sykemeldt. Hun opplever at det generelt er god flyt i arbeidsoppgavene. Det har blitt enklere å sette riktig kompetanse til riktig oppgave med den nye organiseringen.

Tillitsvalgt FF mener det er vanskelig å si noe om de psykososiale forholdene er gode nok til at folk trives på jobb, da det endrer seg raskt ut ifra hvilke forutsetninger man har når man kommer på jobb (nok bemanning, faste ansatte, god nok oversikt osv.). Generelt mener hun det er ok.

### Hjemmetjenesten

Enhetsleder hjemmetjenesten er nokså trygg på at arbeidsmiljøet ikke utfordrer sykefraværstatistikken. Det er godt arbeidsmiljø i hjemmetjenesten, noe medarbeiderundersøkelsen bekreftet. Innføring av velferdsteknologi har lettet mye, eksempelvis medisindispensere i hjemmetjenesten. Virksomhetsrapporten fra 2 tertial 2023 viser at målene om trivsel gjenspeiles i medarbeiderundersøkelsen, mens sykefraværet fortsatt er høyt. Dette skyldes mange kronikere.

Verneombudet mener det er lite sykefravær som er koblet til arbeidsmiljø/arbeidsplass. Enhetsleder gjør alt hun kan for å legge til rette for medarbeidere med helseutfordringer.

Resultater fra spørreundersøkelsen viser at 46 prosent (11 ansatte) svarer at de har hatt årlige medarbeidersamtaler. 33 prosent (8 ansatte) svarer at de har hatt medarbeidersamtaler annethvert år. 17 prosent (4 ansatte) har hatt medarbeidersamtale sjeldnere.

## 6.3 Vurdering

### 6.3.1 Kommunens mål for sykefraværet er at det skal være lavest mulig

Det har vært jobbet med dette i Nærværsprosjektet over tid. Sykefraværsprosenten i 2023 ble samlet sett for kommunen på 10,4 prosent, en økning fra året før. Nærværskonseptet er videreført med arbeidsmetoder og oppfølgingstiltak som bl.a. har som målsetting å øke nærværet og fremme arbeidsmiljøet.

### 6.3.1 Kommunen har rutiner for forebygging og oppfølging av sykefravær

Rutiner for sykefraværsoppfølging er utarbeidet og er lagret i Compilo.

Kommunens oppfølging av Nærværsprosjektet medfører gjennomføring av oppfølgingsmøter, avklaring av restarbeidsevne og samarbeid med bedriftshelsetjenesten.

### 6.3.1 Kommunen sørger for tillitsvalgtes og verneombudets medvirkning i HMS-arbeidet

Tillitsvalgte mener at sykefraværsoppfølgingen er god. Det oppleves at det tilrettelegges godt og at ansatte får tilpasninger som er nødvendig. Ledelsen er positive og motiverende overfor ansatte, og praktiserer åpen dør for alle.

Verneombudene er ikke involvert i kartlegging av risikofaktorer og oppfølging av sykefravær, men de får noe oversikt over sykefraværet gjennom deltakelse i SU. De opplever et meget

godt samarbeid med ledelsen. Ingen er redd for å ta opp ting og arbeidsplassen er preget av åpenhet.

Verneombudsrollen er viktig i arbeidsmiljøet, at ting blir tatt på alvor og fulgt opp. Det gjennomføres vernerunder hvor ansatte får gi tilbakemelding.

### 6.3.1 Ledelsen gjennomfører årlige medarbeidersamtaler

Medarbeidersamtaler gjennomføres etter plan med de fleste ansatte. Det ble sendt ut medarbeiderundersøkelse i februar 2023.

## 6.4 Konklusjon

Kommunen arbeider med å redusere sykefraværet gjennom Nærværprosjektet, men har ikke kommet i mål med dette ennå, ettersom sykefraværet samlet sett for kommunen har økt i 2023.

Ved sykeheimen og hjemmetjenesten har ledelsen fokus på tilrettelegging for sykmeldte arbeidstakere og de har godt samarbeid med bedriftshelsetjenesten. Tillitsvalgte opplever at dette arbeidet er godt gjennomført. Det er gjennomført medarbeiderundersøkelse i 2023, som viste godt psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø på sykeheimen og i hjemmetjenesten. Dette bekreftes i intervju med verneombudene.

Revisor konkluderer med at omorganiseringen i pleie- og omsorgstjenesten så langt ikke synes å ha påvirket sykefraværet i positiv retning. Økningen i sykefraværet viser seg ofte å ha årsaker som arbeidsgiver ikke kan påvirke og som ikke skyldes arbeidsplassen. Arbeidsmiljøet synes å ha fått en positiv utvikling, ved at det har blitt enklere å sette riktig kompetanse til riktig oppgave med den nye organiseringen.



# 7 BRUKERMEDVIRKNING

## 7.1 Delproblemstilling

Hvordan sikres brukermedvirkning i pleie- og omsorg?

## 7.2 Revisjonskriterier

- Kommunen skal utforme tjenestetilbudet i samarbeid med pasient eller bruker
- Kommunen skal innhente og vurdere erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende

Utledningen av revisjonskriteriene finnes i vedlegg 1.

## 7.3 Funn

For å sikre brukermedvirkning har kommunen ulike tiltak. Noen tiltak er på systemnivå og andre er på individnivå. Dette kapitlet beskriver de viktigste grepene som er gjort for å ivareta brukermedvirkningen innen helse og omsorg.

På kommunens hjemmesider er det en egen side under helse og omsorg for pårørende. På siden er definert hvem som er pårørende, teksten kan også bli lest opp. Det er lenker til sider som omhandler voksne som pårørende, barn og unge som pårørende, stønader til pårørende, avlastning for pårørende og verge, vergemål og fremtidsfullmakt.

På hjemmesidene informeres det om at kommunen har tatt i bruk flere hjelpemidler innen velferdsteknologi, blant andre trygghetsalarm, elektronisk medisindispenser, KOMP, digitalt tilsyn med flere. Målet med velferdsteknologi er å skape en tryggere og enklere hverdag for brukere, pårørende og omsorgspersonell. Revisor har ikke sett nærmere på kommunens innføring av velferdsteknologi.

## 7.4 Utforme tjenestetilbudet i samarbeid med pasient eller bruker

### Innkomstsamtale

#### Sykeheimen

Tillitsvalgte forteller at det gjennomføres inkomstsamtaler på sykeheimen, men det gjøres ikke første dag, da er det mye annen informasjon som kartlegging av pasientstatus og IPLOS<sup>5</sup>-vurdering.

Verneombudet på sykeheimen har inntrykk av at rutinen for inkomstsamtale følges, og følges opp. Det fungerte ikke bra i starten av omorganiseringen, men etter jul er det gjort en god jobb på dette, og hun mener dette fungerer greit nå.

Intervju med pårørende viser at for den ene pasienten ble inkomstsamtale gjennomført i etterkant av innleggelsen med pasientens ektefelle. Pårørende mener de gjennomgikk de fleste punktene da og noen av punktene i senere samtaler med primærkontakten. Den andre pasienten hadde hjemmetjenester og avlastningsopphold før langtidsplass, det er usikkert om samtale ble gjennomført.

### Hjemmetjenesten

I hjemmetjenesten starter tjenesten ofte med et møte og hjelp til å fylle ut søknad. Deretter gjennomføres en mer fullstendig IPLOS-kartlegging og eventuell justering av søknad før det fattes enkeltvedtak om tjenester. Det gir tilgang til tjenester ganske raskt. Enkeltvedtak settes med evalueringsdato for årlig evaluering. Enkelte vedtak evalueres og endres også utenom årlig evaluering dersom pasientens behov endres av betydning.

## **Primærkontakt**

### Sykeheimen

Sykeheimen har egen rutine for primær/sekundærkontakt. I rutinen står det at både ved langtids- og demensavdeling er ca 80% av ansatte primær/sekundærkontakt og at alle pasienter med langtidsopphold har en slik kontakt. Det er en helsefagarbeider som er primærkontakt, og en sykepleier som sekundær. Primærkontaktens oppgaver er blant annet

- være brukerens og pårørendes nærmeste kontakt,
- fungere som bindeledd mellom bruker, pårørende og tjenesten,
- følge opp at tiltakene i Profil er oppdatert kontinuerlig,

---

<sup>5</sup> Vurderingsverktøyet IPLOS (Individbasert Pleie- og OmsorgsStatistikk) brukes for å gjøre en funksjonsvurdering av brukerne, om deres aktiviteter i dagliglivet, kroppsfunksjoner og noen kognitive funksjoner, om personens ressurser og funksjon på registreringstidspunktet og grad av behov for bistand og helsehjelp.

- sammen med bruker, pårørende/hjelpeverge se til at bruker har nødvendig utstyr, for eksempel klær, personlige artikler og hjelpemidler mm.

Enhetsleder skriver i virksomhetsrapport for 2. tertial 2023 at pasientenes tiltak evalueres fortløpende etter behov, i samråd med pasient og pårørende. Alle pasienter har primærkontakt som holder løpende dialog med pårørende – samt at de får tilbud om 2 samtaler pr år.

Verneombudet på sykeheimen tror pasientene er berørt av omorganiseringen, eksempelvis ved at det blir flere ansatte å forholde seg til. Alle pasienter skal få tildelt en primærkontakt, men det er ikke slik at primærkontakt nødvendigvis arbeider mye med den aktuelle brukeren/pasienten.

### Hjemmetjenesten

Alle brukere i hjemmetjenesten har primærkontakter. Enheten har egne rutiner og retningslinjer for primærkontakter og egne sjekklister som skal sikre at det er oppdaterte opplysninger i journal, tiltaksbeskrivelse opp mot pasientens behov og at nødvendige evalueringer og tiltak følges opp. Pårørende-dialog er også en del av primærkontaktens oppgaver.

Hjemmetjenesten benytter arbeidslister på Ipad i det daglige arbeidet. Arbeidslistene er koblet opp i tjenestebildet i journalsystemet. Det sikrer at bruker til enhver tid er på ansattes arbeidslister og at man til enhver tid har oversikt over brukers behov og avtalte tjeneste. Medisindispenser er koblet til et varslingsystem, slik at den som har vakt får alarm dersom brukeren ikke tar medisinen sin. Vakten tar da kontakt med brukeren, pr telefon eller besøk, for å avdekke hvorfor medisinen ikke er tatt.

I virksomhetsrapport for 2. tertial 2023 skriver enhetsleder under brukermedvirkning blant annet at de har som mål at brukerne har påvirkning på sine tjenester og at innbyggerne har god tilgang til informasjon om kommunale tjenester.

### **Brukerundersøkelser**

Ifølge kommunalsjefen er det ikke gjennomført brukerundersøkelse for pleie og omsorg de siste årene.

## 7.5 Innhente og vurdere erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende

### Brukerråd

På sykeheimen er det etablert brukerråd, som har to møter pr år. Det er ikke eget bruker- eller pårørendeutvalg for hjemmetjenester. Enhetsleder er leder av brukerrådet. Hun kaller inn til møter og ber om innspill på saker. Hun sier det har vært gitt mye informasjon til brukerrådet i perioden med omorganisering og at de får informasjon om status. Hun ser at brukerrepresentanten og pårørenderepresentanten gir nyttige perspektiver.

Enhetslederen sier at generelt viser tilbakemelding fra pårørende at de får den informasjonen de har behov for, gjennom pasientens primærkontakt. Sykeheimen var tidligere sertifisert som livsgledesykehjem. Verneombudet tror at de også nå har god praksis, men at de ikke gjør papirarbeidet. Hun mener pasientene er dårligere nå, og at dette spiller inn på hva de kan gjøre av aktiviteter.

De pårørende som er intervjuet er ikke kjent med at det er brukerråd på sykeheimen og hvordan det fungerer. Pårørende sier at de ikke har fått informasjon om omorganiseringen, men den ene har fått informasjon om langvaksordningen via primærkontakten, som selv går langvakter og er positiv. Pårørende mener at primærkontakt på langvakt kan treffes hele dagen er fint, både for bruker og pårørende. Pårørende sier at det generelt er det forskjell på hvordan ansatte integrerer med brukerne og hvem som sitter mer på vaktrommet. Dette er ulikt i forhold til hvem som er på jobb, generell forskjell, personavhengig.

Medlem av brukerråd og leder eldreråd uttrykker i intervju at kommunikasjonen i brukerrådet ikke er god. Han mener at brukerråd blir primært informasjonsmøter, veldig enveis og lite konkrete svar. Aktivitetsstua er nedlagt og frivilligheten skal ta over aktiviteten. Han er usikker på om dette følges opp av ansatte og om ting blir gjennomført. Sykeheimens venner setter i gang aktiviteter, men de savner en plan for hva som skal skje av aktiviteter på sykeheimen. Han mener at politikerne ikke kan leve med at aktivitet for eldre er basert på dugnad, det blir for skjørt. Dette må være planlagt og forutsigbart. Han sier at brukerrådet ble informert om omorganiseringen og informasjon ble brakt tilbake til eldrerådet. Pårørende har ikke signalisert noen misnøye og ansatte gir uttrykk for at omorganiseringen er god, med fokus på bruk av ansattes kompetanse. Aktiviteter og fysisk behandling er vel de svake punktene.

## Årlige bruker-/pårørendesamtaler

Det er utarbeidet en mal for 1.gangs pårørendesamtale for sykeheimen. Denne ligger lagret i Compilo. Samtalen har som formål å

- Sikre god kommunikasjon mellom pårørende/pasient og primærkontakt.
- Sikre at pårørende og pasient skal føle seg godt ivaretatt
- Sikre at avklaringer blir gjort.
- Sikre at pårørende til pasienter med demens får god informasjon om sykdommen

Ifølge enhetsleder sykeheimen tilbys det pårørendesamtaler to ganger pr år. I tillegg er det jevnlig dialog med pårørende ved besøk gjennom hele året.

På sykeheimen ble det tidligere også gjennomført et pårørendemøte pr år, men dette ble avsluttet i pandemien. Medlem i brukerrådet sier at han deltok i felles pårørendemøter da de ble arrangert. Dette lærte han mye av og han mener at det var fornuftige møter. Innholdet i pårørendeinvolvementer og hvordan den fungerer i dag, kjenner han ikke til. Han sier at et økende antall pårørende er utenbygdsboende.

Ordningen med pårørendesamtale fungerer fint for den ene pårørende, hun sier hun har samtaler med primærkontakten som informerer godt. Hun mener de får den informasjonen de har behov for gjennom primærkontakten og at det virker som pasienten har det bra. Han har ikke fått tilbud om KOMP etter at han kom på demensavdelingen. Det har vært tilfelle med lite ansatte på jobb i helg, som har medført at pasient brakk lårhalsen og ble liggende på gulvet en stund før han ble funnet. Pårørende mener de viktige tingene blir gjort og ansatte gjør sitt beste. Ansatte har mye å gjøre og det er nok ikke lett å ha tid til å snakke med pasientene.

Den andre pårørende har ikke hatt pårørendesamtale på flere år og hun vet ikke hvem som er primærkontakten. Hun snakker med de ansatte som er der når hun er der annenhver dag, men vet ikke hvem som er primærkontakt. Hun snakker også av og til med avdelingsleder. Pårørende er misfornøyd med at pasienten ikke har fått fysioterapi etter at han fikk fast plass på sykeheimen. Han fikk tilbud om fysioterapi da han var på avlastning og var rørlig på hele høyreside lenge, men på grunn av mangel på fysioterapi har han mistet rørlighet. Pårørende mener det er negativt at dagsenteret er lagt ned og at kun lovpålagte oppgaver blir igjen. Det blir ikke det samme med frivillige, aktivitetene må organiseres av ansatte. Pårørende og pasient klager ikke på pleien, pasienten får godt stell, ansatte er hyggelige og de har ikke noe å klage på, men ønsker klarere linjer. Pårørende sier at det har vært tilfeller der pasienten har falt i gulvet og pårørende ikke har fått vite om det i etterkant.

## 7.6 Vurdering:

### 7.6.1 Kommunen innhenter og vurderer erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende i noen grad

Kommunen har ikke gjennomført brukerundersøkelser i pleie- og omsorg de siste år.

Det er opprettet brukerråd på sykeheimen. Informasjon fra intervju med pårørende viser at det er manglende informasjon til pårørende om brukerråd. Informasjon om hvem som er pasientens primærkontakt blir ikke alltid gitt til pårørende og årlige pårørendesamtaler blir ikke alltid gjennomført.

### 7.6.1 Kommunen utformer tjenestetilbudet i samarbeid med pasient eller bruker i noen grad

Det gjennomføres inkomstsamtaler med pasienter på sykeheimen.

Intervju med pårørende viser at det er tilfeller av manglende fysioterapibehandling på sykeheimen. Både pårørende og representant i brukerrådet på sykeheimen klager på at dagsenteraktiviteten er lagt ned og at aktiviteter nå skal organiseres av frivillige. De mener at denne ordningen blir lite oversiktlig og tilfeldig dersom den ikke koordineres av ansatte. Kommunen annonserer med at brukere på sykeheimen får tilbud om KOMP, men dette blir ikke tilbudt alle pasienter på sykeheimen.

Det er gitt lite informasjon om omorganisering og langvakter til pårørende.

# 8 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

## 8.1 Konklusjon

**Har Overhalla kommune tilfredsstillende system for ledelse og kvalitetsforbedring i pleie- og omsorgstjenesten?**

Har Overhalla kommune oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav?

Ved at det ble utarbeidet ROS-analyse for helse og omsorg og helsemessig og sosial beredskapsplan i 2019, samt at jevnlig risikovurderinger gjennomføres, konkluderer revisor med at Overhalla kommune ivaretar plikten til å ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav. ROS-analysen dannet grunnlaget for at det ble utarbeidet tiltakskort for hendelser/situasjoner som vurderes som særlig krevende for helse og omsorg og det er gjennomført risikovurderinger for tjenestene innen sykeheim og hjemmetjeneste og utarbeidet helsemessig og sosial beredskapsplan.

Er det tilrettelagt for melding og oppfølging av HMS-avvik i pleie- og omsorg?

Revisor konkluderer med at det er tilrettelagt for å melde HMS-avvik i pleie- og omsorg. Ledelsen har oversikt over meldte HMS-avvik og avvikene blir fulgt opp i henhold til prosedyrer. Erfaring fra avvikoppfølging brukes mest til læring og forbedring i hjemmetjenesten.

Hvordan sikrer Overhalla kommune tilstrekkelig bemanning i pleie- og omsorgstjenestene?

Den omfattende omorganiseringen av arbeidsoppgaver på sykeheimen og innføring av årsturnus med langvakter har, ifølge ledelse, ansatte, tillitsvalgte og verneombud medført at tjenesten har fått inn mer kompetanse på helg. Oppgavedelingsprosessen har medført at sykepleiere og helsefagarbeidere får frigjort tid til å utføre profesjonsoppgaver og at ufaglærte servicearbeidere ivaretar praktiske oppgaver. Når rapporten skrives er evalueringsprosessen ikke gjennomført, slik at vurdering av om tjenesten har tilstrekkelig bemanning til å utføre sine lovpålagte oppgaver, ikke kan gjøres.

### Har omorganiseringen i pleie- og omsorgstjenesten påvirket sykefraværet og arbeidsmiljøet

Kommunen arbeider med å redusere sykefraværet gjennom Nærværsprosjektet, men har ikke kommet i mål med dette ennå, ettersom sykefraværet samlet sett for kommunen har økt i 2023. Ved sykeheimen og hjemmetjenesten har ledelsen fokus på tilrettelegging for sykmeldte arbeidstakere og de har godt samarbeid med bedriftshelsetjenesten. Tillitsvalgte opplever at dette arbeidet er godt gjennomført. Det er gjennomført medarbeiderundersøkelse i 2023, som viste godt psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø på sykeheimen og i hjemmetjenesten, noe som bekreftes i intervju med verneombudene. Arbeidsmiljøet synes å ha fått en positiv utvikling, ved at det har blitt enklere å sette riktig kompetanse til riktig oppgave med den nye organiseringen.

Revisor konkluderer med at omorganiseringen i pleie- og omsorgstjenesten synes så langt ikke å ha påvirket sykefraværet i positiv retning. Økningen i sykefraværet viser seg ofte å ha årsaker som arbeidsgiver ikke kan påvirke og som ikke skyldes arbeidsplassen.

### Har ledelsen i pleie- og omsorgstjenestene oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring? Tilrettelegger ledelsen for å rekruttere tilstrekkelig fagkompetanse?

Revisor konkluderer med at ledelsen i pleie- og omsorgstjenestene har oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring og tilrettelegger for å rekruttere tilstrekkelig fagkompetanse ved å omorganisere tjenestene og med dette rendyrke arbeidsoppgavene for sykepleiere og helsefagarbeidere, noe som kan gjøre kommunen mer attraktiv for nyutdannede.

### Hvordan sikres brukermedvirkning i pleie- og omsorg?

Revisor konkluderer med at kommunen innhenter og vurderer erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende i noen grad, men at det ikke er gjennomført brukerundersøkelser i pleie- og omsorg de siste år.

Det er opprettet brukerråd på sykeheimen. Informasjon fra intervju med pårørende viser at det er manglende informasjon til pårørende om brukerråd og informasjon om hvem som er pasientens primærkontakt blir ikke alltid gitt til pårørende, samt at årlige pårørendesamtaler ikke alltid blir gjennomført.



Kommunen utformer tjenestetilbudet i samarbeid med pasient eller bruker i noen grad. Det gjennomføres inntakssamtaler med pasienter på sykeheimen.

Intervju med pårørende viser at det er tilfeller av manglende fysioterapibehandling på sykeheimen. Både pårørende og representant i brukerrådet på sykeheimen klager på at dagsenteraktiviteten er lagt ned og at aktiviteter nå skal organiseres av frivillige. De mener at denne ordningen blir lite oversiktlig og tilfeldig dersom den ikke koordineres av ansatte. Kommunen annonserer med at brukere på sykeheimen får tilbud om KOMP, men dette blir ikke tilbudt alle pasienter på sykeheimen. Det er gitt lite informasjon om omorganisering og langvakter til pårørende.

## 8.2 Anbefalinger

- Ledelsen bør gjennomføre brukerundersøkelser innen pleie- og omsorg
- Ledelsen bør sørge for at tjenestetilbudet i større grad utformes i samarbeid med bruker og pårørende
- Ledelsen bør sikre at kommunikasjonen med pårørende blir gjennomført ihht plan

# KILDER

- Lov om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven), LOV-2000-06-23-56
- Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv etter lov om helsemessig og sosial beredskap, FOR-2001-07-23-881
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten, FOR-2016-10-28-1250
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv (arbeidsmiljøloven), LOV-2005-06-17-62
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) , LOV 2011-06-24-30
- ROS-analyse Overhalla kommune
- ROS-analyse helse og omsorg
- Helsemessig og sosial beredskapsplan for Overhalla
- Rapporter fra kvalitetssystemet Compilo
- Virksomhetsrapport 2. tertial 2023
- Årsberetning 2023 for Overhalla kommune
- NOU 2023-4 Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste

## 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 er revisjonskriteriene utledet fra:

- **Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)**
- **Lov om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven)**
- **Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv etter lov om helsemessig og sosial beredskap**
- **Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten**
- **Veileder til forskrift om Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten**
- **Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv (arbeidsmiljøloven)**
- **Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)**

### ROS-ANALYSE HELSE OG RISIKOVURDERINGER INNEN HELSE OG OMSORG

Kommunedirektørens ansvar for internkontrollen er beskrevet i kommunelovens §25. I paragrafens tredje ledd, bokstav b pålegges kommunedirektøren å ha nødvendige rutiner og prosedyrer.

Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv etter lov om helsemessig og sosial beredskap pålegger kommunene i §3 å skaffe oversikt over hendelser som kan føre til ekstraordinære belastninger ved å utarbeide en overordnet risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS). Avdekket risiko og sårbarhet reduseres gjennom forebyggende og skadebegrensende tiltak. Beredskapsplaner skal sikre en tilstrekkelig produksjon av tjenester ved mulige hendelser knyttet til avdekket risiko og sårbarhet i samsvar med §4 til §9, herunder planforutsetninger, krav om operativ ledelse og informasjonsberedskap, krav til samordning av

beredskapsplaner, krav om kompetanse, opplæring og øvelser, forsyningssikkerhet, plikt til å sørge for beredskapslager av personlig utstyr og registrering av personell.

Lov om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven) skal sørge for at helsevesenet har de rettighetene de trenger for å verne befolkningens liv og helse under kriser og krig. Loven gir helsevesenet både rettigheter og plikter. Loven pålegger bla kommunene å utarbeide en beredskapsplan for de helse- og omsorgstjenestene eller sosialtjenestene de skal sørge for et tilbud av eller er ansvarlig for og kommunene skal utarbeide beredskapsplan for sine oppgaver etter folkehelseloven kapittel 3.

I Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestens §3 heter det «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.»

Plikten til å **planlegge** virksomhetens oppgaver er beskrevet i §6 a-g. Herunder stilles det blant annet krav om å

- c) Ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere og planlegg hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten.
- d) 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.
- e) Planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt.

#### **Utlede revisjonskriterier:**

- Kommunen skal ha gjennomført helhetlig ROS-analyse
- Ledelsen skal ha gjennomført ROS-analyse for helse og omsorg
- Ledelsen skal ha utarbeidet nødvendige rutiner, prosedyrer og instruksjoner for helse og omsorg

## AVVIKSMELDING OG OPPFØLGING

I henhold til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §6 pkt g) skal kommunen 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.

§7 pkt c pålegger virksomheten å utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

§ 8 omhandler plikt til å evaluere virksomhetens aktiviteter og omfatter blant annet gjennomgang av avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges. I §9 omhandler plikt til å korrigere virksomhetens aktiviteter for å forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

### Utlede revisjonskriterier:

- Ledelsen skal sørge for rutiner for melding av HMS-avvik
- Ledelsen skal ha oversikt over meldte HMS-avvik
- Ledelsen skal sørge for rutiner for oppfølging av HMS-avvik
- Erfaringer fra avviksoppfølgingen bør brukes til læring og forbedring

## KOMPETANSE OG REKRUTTERING

§6 pkt f) i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten omhandler plikt til å ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring.

Øverste leders ansvar for å sikre at medarbeiderne har kunnskap og ferdigheter til å utføre oppgavene sine utdypes slik i forskriftens veileder:

«Øverste leder skal sikre at det finnes en oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring. Det stilles særlige krav til organisering og oppgavefordeling. Blant annet skal virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester organiseres slik at helsepersonellet blir i stand

til å overholde sine lovpålagte plikter, jf. helsepersonelloven § 16. For å kunne oppfylle forpliktelsen til å gi helsepersonell rammebetingelser som gjør det mulig å opptre i samsvar med helsepersonellovens krav, må øverste leder ha oversikt over helsepersonellens kompetanse og behov for opplæring. 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.

En avgjørende faktor for å lykkes med å forbedre helse- og omsorgstjenestene er at ledere og medarbeidere har kompetanse i forbedringsarbeidet. Forbedringskunnskap er et eget fag som må læres. Derfor bør også dette kunnskapsområdet innarbeides i kompetansekartlegginger og planer.»

#### **Utlede revisjonskriterier:**

- Ledelsen skal ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring
- Ledelsen skal legge til rette for rekruttering av tilstrekkelig fagkompetanse

## **SYKEFRAVÆR OG ARBEIDSMILJØ**

Arbeidsgiver har det overordnede ansvaret for at arbeidsmiljøet på arbeidsplassen er i samsvar med lov og regelverk. Arbeidsgiver skal i henhold til arbeidsmiljølovens § 3-1 sørge for systematisk HMS-arbeid (internkontroll) på alle plan i virksomheten, i samarbeid med arbeidstakerne og deres tillitsvalgte. Herunder sørge for systematisk arbeid med forebygging og oppfølging av sykefravær og sørge for løpende kontroll med arbeidsmiljøet og arbeidstakernes helse når risikoforholdene i virksomheten tilsier det. Arbeidsgiver skal påse at arbeidsmiljøet er forsvarlig og ikke for fysisk eller psykisk belastende for den enkelte arbeidstaker (aml § 4-1).

Verneombudet representerer de ansatte overfor arbeidsgiver i arbeidsmiljøspørsmål (aml § 6-2) og skal blant annet se til at arbeidsmiljølovens krav blir oppfylt og gi råd under planlegging og gjennomføring av tiltak på arbeidsplassen. Verneombudet er også den personen som arbeidstakerne skal oppsøke dersom arbeidsmiljøspørsmål ikke løses på lavere nivå (arbeidstaker og nærmeste leder).

Medarbeidersamtale er et av flere ledelsesverktøy som benyttes i arbeidet for å nå

overordnede målsettinger for virksomheten og de ansatte. Samtalen skal omfatte temaer som arbeidsoppgaver, mål og resultater, kompetanse, samspill leder/medarbeider og arbeidsmiljø. Medarbeidersamtaler bør gjennomføres årlig, og avtalte tiltak må iverksettes.

**Utlede revisjonskriterier:**

- Kommunen bør sette mål for sitt sykefravær
- Kommunen skal ha rutiner for forebygging og oppfølging av sykefravær
- Kommunen bør gjennomføre medarbeiderundersøkelser
- Kommunen skal sørge for tillitsvalgtes og verneombuds medvirkning i HMS-arbeidet
- Ledelsen bør gjennomføre årlige medarbeidersamtaler

**BRUKERMEDVIRKNING**

Helse- og omsorgstjenestelovens §4-1 understreker at pasienter og brukere skal gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, og at kommunens organisering skal legge til rette for dette.

I henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §7 e) innebærer plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter blant annet å sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.

I veilederen til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten til §7 e) heter det at

«Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende blir innhentet og tas i bruk.

I kravet ligger at det må skaffes informasjon om hvordan pasienter, brukere og pårørende opplever tilbudet og de tjenestene de mottar, og hva de mener bør forbedres. Pasienter, brukere og pårørende skal aktivt involveres i forbedringsarbeidet.

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

Eksempler på relevante interne dokumenter:

- rutiner for innhenting og bruk av pasient-, bruker- og pårørendeerfaringer, herunder erfaringer fra det enkelte opphold/besøk/undersøkelse
- rapporter fra kartlegginger eller undersøkelser om brukererfaringer
- rutiner for å inkludere pasienter, brukere eller pårørende i forbedringsgrupper
- plan for å etablere brukerråd eller brukerutvalg
- plan for å inkludere pasienter, brukere eller pårørende i styret eller utvalg på øverste nivå administrativt og/eller politisk
- rutiner for å gå i pasientens fotspor»

**Utlede revisjonskriterier:**

- Kommunen skal innhente og vurdere erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende
- Kommunen skal utforme tjenestetilbudet i samarbeid med pasient eller bruker



# VEDLEGG 2 – UTTALELSE

Hei

Uttalelse vedr rapport;

Kommunedirektøren har lest rapporten fra forvaltningsrevisjon pleie og omsorg og er enig i de vurderinger og konklusjoner som presenteres.

*Med vennlig hilsen*

***Bente Eidesmo***

Kommunalsjef helse og omsorg

Overhalla kommune

*Mobil: 97958279*

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



Hovedkontor: Brugata 2, Steinkjer

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

# Forenklet etterlevelseskontroll - offentlige anskaffelser - nr.brev nr. 1

---

<b>Behandles i utvalg</b> Kontrollutvalget i Overhalla kommune	<b>Møtedato</b> 09.09.2024	<b>Saknr</b> 22/24
<b>Saksbehandler</b> Einar Sandlund		
<b>Arkivkode</b> FE-216		
<b>Arkivsaknr</b> 23/288 - 8		

---

## Forslag til vedtak

1. Kontrollutvalget tar saken til foreløpig orientering.
2. Kommunedirektøren bes om skriftlig redegjørelse til kontrollutvalget innen 31.01.25 på tiltak for å sikre at regelverket i forhold til de gitte avvik følges opp

## Vedlegg

Revisors uttalelse forenklet etterlevelseskontroll 2023 - offentlige anskaffelser  
Nummerert brev nr. 1 forenklet etterlevelseskontroll 2023 -offentlige anskaffelser

## Saksopplysninger

Revisor har utført et attestasjonsoppdrag som skal gi moderat sikkerhet i forbindelse med kommunens etterlevelse av bestemmelser og vedtak for økonomiforvaltningen på etterlevelse av reglene for offentlige anskaffelser over kr 100.000,- og under EØS-terskelverdi, jfr. vedlegg.

Det er brukt slike valgte kriterier:

- At det er gjennomført tilbuds-/anbuds konkurranse der dette er aktuelt*
- At det er utarbeidet kravspesifikasjon for anskaffelsen*
- At det er utarbeidet protokoll for anskaffelsen der dette er aktuelt*
- At det er innhentet skatte/mva-attest for anskaffelser over kr 500 000*

Revisor har kontrollert 10 enkeltanskaffelser innenfor nevnte kriterier. For 4 av de kontrollerte enkeltanskaffelsene har revisjonen ikke mottatt dokumentasjon på gjennomført konkurranse. For 6 av enkeltanskaffelsene har revisor grunn til å tro at kriteriene i det vesentligste er etterlevd.

Revisors konklusjon med forbehold basert på de utførte handlingene og innhentede bevis kan de ikke konkludere med at de ovennevnte kriteriene i det alt vesentlige er etterlevd for 4 av de 10 undersøkte anskaffelsene. For 6 anskaffelse er de ikke blitt oppmerksomme på noe som gir grunn til å tro at kommunen ikke i det alt vesentlige har etterlevd de kontrollerte kriteriene.

Revisor har på grunnlag av funn avgitt en uttalelse med modifisert konklusjon, og har vært pliktig å avgi nummerert brev, nr. 1, til kontrollutvalget, jfr. vedlegg.

## Vurdering

Sekretariatet viser til den forenklete etterlevelseskontroll, samt nr. brev nr. 1. Kontrollen viser at av 10 undersøkte enkeltanskaffelser har revisor på 4 ikke mottatt dokumentasjon som kan indikere gjennomført konkurranse. For 6 siste har ikke revisjonen oppgitt grunn til å tro at bestemmelsene ikke er etterlevd.

Sekretariatet vil peke på at undersøkelsen viser at 4 av 10 anskaffelser mellom kr. 100000.- og under EØS-terskelverdi har avvik. Kontrollutvalget anbefales å ta saken til foreløpig orientering og å be kommunedirektøren om skriftlig redegjørelse innen 31.01.25 på tiltak for å sikre at regelverket i forhold til de gitte avvik følges opp.

**Til kontrollutvalget i Overhalla kommune****UAVHENGIG REVISORS ATTESTASJONSUTTAELSE OM ETTERLEVELSE AV BESTEMMELSER OG VEDTAK FOR ØKONOMIFORVALTNINGEN**

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

Vi har i vår risiko- og vesentlighetsvurdering kommet frem til at vi for 2023 foretar kontroll på etterlevelse av offentlige anskaffelser over kr 100 000 og under EØS – terskelverdi.

**Valgte kriterier**

- At det er gjennomført tilbuds-/anbuds konkurranse der dette er aktuelt
- At det er utarbeidet kravspesifikasjon for anskaffelsen
- At det er utarbeidet protokoll for anskaffelsen der dette er aktuelt
- At det er innhentet skatte/mva-attest for anskaffelser over kr 500 000

**Ledelsens ansvar for etterlevelse av bestemmelser og vedtak for økonomiforvaltningen**

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

**Vår uavhengighet og kvalitetskontroll**

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

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

**Våre oppgaver og plikter**

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

Revisjon Midt-Norge SA

Brugata 2  
7715 Steinkjer post@revisjonmidtnorge.no  
 907 30 300

www.revisjonmidtnorge.no

Kontonummer: 4270.18.38658  
Org.nr: 919 902 310 MVA

Dokumentet er signert digitalt av:

- MONICA NORDVIK LARSEN, 28.06.2024

Forseglet av



Posten Norge

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

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

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

#### **Grunnlag for konklusjon med forbehold**

Vi har kontrollert ti utvalgte anskaffelser i 2023 mot valgte kriterier. For fire av anskaffelsene har vi ikke mottatt tilstrekkelig dokumentasjon som tilsier at en eller flere av kriteriene er oppfylt.

#### **Konklusjon med forbehold**

Basert på de utførte handlingene og innhentede bevis kan vi ikke konkludere med at de ovennevnte kriteriene i det alt vesentlige er etterlevd for fire av de ti utvalgte anskaffelsene.

For de øvrige seks kontrollerte anskaffelsene er vi ikke blitt oppmerksomme på noe som gir oss grunn til å tro at Overhalla kommune ikke i det alt vesentlige har etterlevd de kontrollerte kriteriene.

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

Brekstad, 28. juni 2024

Monica Nordvik Larsen  
Oppdragsansvarlig revisor  
Statsautorisert revisor

[Dokumentet er elektronisk godkjent.](#)

Kopi: Kommunedirektør

---

Revisjon Midt-Norge SA

Brugata 2  
7715 Steinkjer

✉ [post@revisjonmidt norge.no](mailto:post@revisjonmidt norge.no)  
☎ 907 30 300

[www.revisjonmidt norge.no](http://www.revisjonmidt norge.no)

Kontonummer: 4270.18.38658  
Org.nr: 919 902 310 MVA

Dokumentet er signert digitalt av:

- MONICA NORDVIK LARSEN, 28.06.2024

Forseglet av



Posten Norge

**Kontrollutvalget i Overhalla kommune****Brev nr. 1****NUMMERERT BREV NR 1: Forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen**

Avvik som fører til en modifisert konklusjon i uttalelse til forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen, skal etter «God kommunal revisjonsskikk RSK 301» kommuniseres til kontrollutvalget i nummerert brev.

**Forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen 2023**

I vår forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen for 2023 valgte vi å se på etterlevelse av krav i lov og forskrift om anskaffelser for Overhalla kommune. Utvalgte anskaffelser under terskelverdi og over kr 100 000 og følgende kriterier ble valgt:

1. At det er gjennomført konkurranse der dette er aktuelt
2. At det er utarbeidet kravspesifikasjon for anskaffelsen
3. At det er utarbeidet protokoll for anskaffelsen der dette er aktuelt
4. At det er innhentet skatte/mva – attest for anskaffelser over kr 500 000

**Funn etter kontroll:**

Vi har kontrollert ti anskaffelser innenfor ovennevnte kriterier. For fire av de kontrollerte anskaffelsene har vi ikke mottatt dokumentasjon som tilsier at det er gjennomført konkurranse. For de øvrige seks kontrollerte anskaffelsene er vi ikke blitt oppmerksomme på noe som gir oss grunn til å tro at Overhalla kommune ikke i det alt vesentlige har etterlevd de kontrollerte kriteriene.

På grunnlag av funn har vi avgitt en uttalelse til forenklet etterlevelseskontroll med modifisert konklusjon, og er pliktig til å avgi nummerert brev til kontrollutvalget.

Brekstad, 28. juni 2024

Monica Nordvik Larsen

Oppdragsansvarlig revisor  
Statsautorisert revisor

*Dokumentet er elektronisk godkjent.*

Kopi: Kommunedirektør

---

Revisjon Midt-Norge SA

Brugata 2  
7715 Steinkjer

✉ [post@revisjonmidtnorge.no](mailto:post@revisjonmidtnorge.no)  
☎ 907 30 300

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

Kontonummer: 4270.18.38658  
Org.nr: 919 902 310 MVA

Dokumentet er signert digitalt av:

- MONICA NORDVIK LARSEN, 28.06.2024

Forseglet av



Posten Norge

# Budsjett 2025 og økonomiplan 2025-2028 - kontrollarbeidet

---

**Behandles i utvalg**

Kontrollutvalget i Overhalla kommune

**Møtedato**

09.09.2024

**Saknr**

23/24

**Saksbehandler** Einar Sandlund

**Arkivkode** FE-033

**Arkivsaknr** 23/356 - 12

---

**Forslag til vedtak**

1. Kontrollutvalget vedtar forslaget til økonomiplan for 2025 – 2028 med budsjett for 2025, som har en ramme på kr 1.130.000.-.
2. Budsjettforslaget tar ikke høyde for ekstraordinære ressursbehov i kontrollsammenheng.
3. Forslaget oversendes kommunestyret for endelig behandling, jf.r § 2 i forskrift om kontrollutvalg og revisjon

**Vedlegg**

Overhalla KU detaljbudsjett 2025

**Saksopplysninger**

Kontrollutvalget skal ifølge forskrift om kontrollutvalg og revisjon lage forslag til budsjett for kontrollarbeidet i kommunen. Kontrollutvalgets forslag skal følge formannskapetets budsjettinnstilling til kommunestyret.

Budsjettforslaget består av tre hoveddeler; kontrollutvalgets virksomhet, kjøp av revisjonstjenester og kjøp av sekretariatstjenester. Budsjettforslaget er satt opp med utgangspunkt i fjorårets budsjett og kommunens reglement for godtgjøring til politikere.

**Kontrollutvalgets virksomhet**

Denne delen av budsjettet bygger på disse forutsetningene:

- *Kontrollutvalget består av fem medlemmer som skal ha møtegodtgjøring*
- *Utvalget avvikler vanligvis 5 møter per år*
- *Utvalgets faste medlemmer har abonnement på fagbladet Kontroll og revisjon*
- *Medlemmene skal ha muligheter til å delta på kurs og holde seg faglig oppdatert*
- *Utgiftene som ikke er regulert av godtgjøringsreglementet øker med 3 prosent i 2025 og 3 prosent årlig i økonomiplanperioden*

**Kontrollutvalgets sekretariat**

Kommunen er deleier i Konsek Trøndelag IKS og kjøper sekretariatstjenester for kontrollutvalget hos selskapet. Representantskapet i selskapet vedtar budsjett og økonomiplan. Budsjettet for neste år blir først vedtatt på representantskapets møte i November 2024. Sekretariatet har anslått en budsjettøkning på 4,7 prosent fra årets budsjett og 3% for senere år. Vi tar forbehold om at representantskapet kan gjøre endringer i budsjettet.

**Kjøp av revisjonstjenester**

Kommunen er deleier i Revisjon Midt-Norge SA og kjøper sine revisjonstjenester fra selskapet. Budsjettet og økonomiplan 2025-2028 vedtas av årsmøtet i november. Sekretariatet har i budsjettforslaget og økonomiplanen anslått en økning på 4,7 prosent fra årets budsjett og 3,6% for senere år. Vi tar forbehold om at årsmøtet kan gjøre endringer i budsjettet.

### Budsjettramme 2025 og økonomiplan 2025 -2028

Den totale rammen for kontrollarbeidet, inkludert kjøp av revisjons- og sekretariatstjenester er kr 1. 130.000.- og er fordelt slik på kontrollutvalgets egen virksomhet, sekretariat og revisjon:

<b>Budsjett og Økonomiplan 2025 - 2028</b>				
	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>	<b>2028</b>
<b>Drift, kontrollutvalget</b>	119.000	123.000	127.000	131.000
<b>Kjøp av sekretariatstjenester</b>	287.000	296.000	305.000	314.000
<b>Kjøp av revisjonstjenester</b>	724.000	750.000	777.000	805.000
<b>Sum</b>	<b>1.130.000</b>	<b>1.169.000</b>	<b>1.209.000</b>	<b>1.250.000</b>

Detaljert budsjett for 2025 følger vedlagt til kontrollutvalget.

### Vurdering

Kontrollutvalgets sekretariat foreslår en budsjettramme for kontrollarbeidet på kr XXXXX.- for 2025. Dette gir et nøkternt budsjett samtidig som vi mener at det gir et realistisk bilde av de forventede utgiftene.

Kontrollutvalget står fritt til å gjøre endringer innenfor budsjettrammen. Sekretariatet har i forslag til vedtak lagt til grunn at kontrollutvalget sender budsjettforslaget uendret til kommunestyret.



**Detaljbudsjett 2025 – kontrollarbeidet i Overhalla kommune**

<b>Beskrivelse</b>	<b>2025</b>
Ledergodtgjørelse	20 000
Møtegodtgjørelse	34 000
Erstatning for tapt arbeidsfortjeneste	13 000
Arbeidsgiveravgift	3 000
Faglitteratur/tidsskrifter	4 000
Beverting	2 000
Kursavgifter og oppholdsutgifter	30.000
Kjøregodtgjørelse	3 000
Reiseutgifter	10 000
Kjøp av tjenester fra KonSek Trøndelag IKS	287.000
Kjøp av tjenester fra Revisjon Midt-Norge SA	724.000
<b>Sum kontrollarbeidet (funksjon 110)</b>	<b>1.130.000</b>

## Referatsaker september 2024

---

**Behandles i utvalg**

Kontrollutvalget i Overhalla kommune

**Møtedato**

09.09.2024

**Saknr**

24/24

**Saksbehandler** Einar Sandlund

**Arkivkode** FE-033, TI-&17

**Arkivsaknr** 24/461 - 4

---

**Forslag til vedtak**

Referatene tas til orientering

**Vedlegg**

Innbyggerpanel er et folkevalgt organ

Er du folkevalgt og mulig inhabil i arealsaker

Flå-politikere bør legge fram sine kundelister

I dispensasjonssaker er politikerne rettsanvendere

Inhabilitetsreglene er ikke bare et spørsmål om finjuss

Regnskap kontrollarbeidet pr. 19.08.24

**Saksopplysninger**

Det kan bli fremlagt ytterligere referater i møtet.

**Vurdering**

Referatene anbefales tatt til orientering

# Innbyggerpanel er et folkevalgt organ

Kommunal Rapport 05.06.2024, Sivilombudet

Innbyggerpaneler må åpne møter og saksdokumenter etter at Sivilombudet har sett nærmere på ordningen.

I forrige uke konkluderte Sivilombudet med at innbyggerpanelet i Røros er et folkevalgt organ. Det innebærer at innbyggerpanelet må følge bestemmelsene om møte- og dokumentoffentlighet.

Sivilombudet har nå bedt Kommunal- og distriktsdepartementet om å klargjøre for landets øvrige kommuner hvilke regler som gjelder for innbyggerpanel.

– Vi må forholde oss til den konklusjonen som kommer, og vil rette oss etter den. Det sier noe om hvor komplisert regelverket kan være. Det vil være bra å få klarlagt regelverket, sier Røros-ordfører Isak Veierud Busch (Ap).

## Nei, nei, ja

Bakgrunnen for saken er at nyhetsleder Vegard Venli i [Aftenposten](#) fikk avslag på innsyn i den digitale plattformen som innbyggerpanelet i Røros kommuniserer i. Statsforvalteren i Trøndelag støttet kommunens nei til innsyn, og begrunnet det blant annet med at innbyggerpanelet *ikke* var et folkevalgt organ.

Nå har altså Sivilombudet kommet til motsatt konklusjon:

- Et innbyggerpanel er et folkevalgt organ etter kommuneloven. Det må følge reglene for møteoffentlighet og dokumentinnsyn.
- Ingen av dokumentene i den digitale plattformen innbyggerpanelet i Røros bruker, er saksframlegg med vedlegg. De inneholder ikke fakta eller kunnskap som blir en del av saksgrunnlaget, og kan derfor unntas etter offentlighetsloven.
- Sivilombudet ber Statsforvalteren i Trøndelag likevel vurdere om noe av det som foregår i plattformen skulle vært lagt fram i åpent møte. I så fall vil det være innsynsrett i dem.

## Mer demokrati

Røros-ordføreren sier at innbyggerpanelet har vært et forsøk på å skape mer demokrati. Så langt har panelet jobbet med å gi råd om utviklingen av et offentlig rom i Røros. Ordføreren sier at forslaget som kom fra panelet, var gjennomarbeidet. Ut over det har han ikke hatt noen befatning med panelet.

– *Tror du konklusjonen om at innbyggerpanelet er et folkevalgt organ vil ha noe å si for interessen for å delta?*

– Det tror jeg nok. Terskelen for å delta vil være annerledes, dersom du risikerer at det du sier, blir gjengitt her og der. Deltakelse i innbyggerpanelet har vært veldig lavterskel. Jeg håper jo at de som sitter der, synes det har vært så interessant at de ønsker å fortsette, sier Busch.

Kommunal- og distriktsdepartementets kommunikasjonsavdeling skriver i en e-post at departementet mottok Sivilombudets uttalelse mandag. Departementet har ikke hatt anledning til å gå inn i spørsmålene uttalelsen reiser eller vurdere ombudets henstilling.

## **Om innbyggerpanel**

Et innbyggerpanel er en samling av innbyggere som har sagt ja til å komme med råd og innspill til politikerne i sin kommune.

- Panelet kan være satt sammen av tilfeldig utplukk (loddrekning) eller selvrekrutterende.
- Formålet er å fremme dialog og innhente innbyggernes synspunkter.
- Et innbyggerpanel kan være knyttet til en bestemt sak (for eksempel kommuneplanen) eller det kan sitte for en avgrenset tidsperiode.
- Mange kommuner har opprettet innbyggerpanel, deriblant Bærum, Stavanger, Kvinesdal, Kinn, Tysvær, Tromsø.

# Er du folkevalgt og mulig inhabil i arealsaker? Dette er rådene

Kommunal Rapport 27.06.2024, Marte Danbolt, Elin Svendsen, Robert Fauli

Bruk styrevervregisteret og hold deg unna utbyggere, er blant rådene fra KS.

– Den enkelte folkevalgte har selv en plikt til å vurdere sin egen habilitet. Dersom man er i tvil, eller tenker at man kan være inhabil, anbefaler KS at vedkommende tidlig tar kontakt med ordfører eller andre i henhold til kommunens rutiner, slik at det blir anledning til å gjøre en juridisk vurdering på forhånd, sier fagsjef for KS Folkevalgtprogram, Dag-Henrik Sandbakken.

Skulle det være tvil om habilitetsvurderingen, har Sandbakken følgende råd:

– Da kan det være klokt å innhente juridiske råd i forkant av møtet, for eksempel hos KS Advokatene.

## Roller og verv

En kartlegging Kommunal Rapport har gjort av over 300 lokalpolitikere i landets største 40 fjellhyttekommuner, viser at nærings- og grunneierinteresser er tungt representert blant politikere.

Mens lokalpolitikere som Kommunal Rapport har snakket med, forsikrer om at kommunene har en ryddig og streng praksis når det gjelder habilitet, mener Norges Hytteforbund at folkevalgte med økonomiske interesser må bli flinkere til å melde seg inhabile i arealsaker.

Sandbakken nevner særlig ett verktøy som kan sikre mer åpenhet rundt økonomiske interesser: KS styrevervregister.

– Styrevervregisteret viser informasjon om folkevalgtes og ledende ansattes roller, verv og eierinteresser. Det innhentes informasjon fra Brønnøysundregistrene og fra Skatteetatens aksjonærregister. Styrevervregisteret er gratis og åpent tilgjengelig for alle. I tillegg kan den enkelte selv legge inn informasjon om andre relevante forhold, sier Sandbakken.

## Folkemøter og andre møter

Noen kommuner opererer også med et eget økonomiregister hvor det er vedtatt at folkevalgte og eventuelt også ledere skal registrere styreverv, gaver og/eller økonomiske interesser.

– Avhengig av hva kommunens regelverk sier, kan det for eksempel være verv i offentlige og/eller private selskaper, verv i interesse- og frivillige organisasjoner som mottar økonomisk støtte fra kommunen/fylkeskommunen, bierverv, eller næringsinteresser som aksjer i selskaper og fast eiendom, forteller Sandbakken.

– *Bør folkevalgte med mulige økonomiske interesser i arealsaker delta på møter med for eksempel utbyggere?*

– Nei, dersom det er avklart at en representant er, eller kan være inhabil, bør ikke vedkommende delta i slike møter dersom det er en del av saksbehandlingen. Åpne folkemøter eller lignende, som ikke er en del av kommunens saksbehandling, vil være noe annet.

## Lovlighetskontroll

Ifølge Sandbakken handler habilitet om tillit. Habilitet er derfor et viktig tema i KS Folkevalgtprogram.

Han minner om at avgjørelser om habilitet kan være gjenstand for lovlighetskontroll.

– KS anbefaler også at partigruppene vedtar habilitetsregler for gruppa tilsvarende de som følger av forvaltningsloven og kommuneloven, sier Sandbakken.

**Mulig inhabil? Slik går du fram:**

1. Habilitet må vurderes fra gang til gang. Om du er i tvil om du er habil, så må du gi beskjed til ordfører så snart som mulig. Ordføreren ber så administrasjonen vurdere med utgangspunkt i den informasjonen du har gitt.
2. I selve møtet skal representanten be om ordet så snart ordfører/møteleder har åpnet saken, og før realitetene i saken kommer opp til debatt. Representanten skal da redegjøre for alle faktiske forhold som har betydning for habilitetsvurderingen.
3. Når det er gjort, skal vedkommende representant fratre møtet, og eventuell vararepresentant skal tiltre.
4. Det folkevalgte organet skal deretter drøfte habilitetsspørsmålet, uten å gå inn i realitetene i selve saken. Det er det folkevalgte organet som avgjør habilitetsspørsmålet.
5. Dersom vedkommende blir erklært inhabil, kan *ikke* vedkommende tiltre før saken er ferdig besluttet. Dersom vedkommende blir erklært habil, tiltre vedkommende slik at hen kan delta i realitetsbehandlingen.

# Flå-politikere bør legge fram sine kundelister

Kommunal Rapport 25.06.2024, Marte Danbolt, Elin Svendsen, Robert Fauli

Lederen og nestlederen i planutvalget i Flå bør følge Sylvi Listhaugs eksempel, mener jussprofessor.

– Politikere som er involvert i virksomhet på det saksområdet de er med på å behandle, bør legge fram sine kundelister, som grunnlag for å vurdere deres habilitet, mener professor emeritus i offentlig rett Jan Fridthjof Bernt.

Han mener leder og nestleder i Flås planutvalg bør gjøre som nåværende Frp-leder Sylvi Listhaug, da hun ble utnevnt som landbruksminister i Erna Solbergs regjering i 2013: Listhaug ga departementet en liste over kundene hun hadde hatt som konsulent i PR-byrået First House, slik at det skulle kunne vurdere hennes habilitet i ulike saker.

Pressen fikk først avslag på krav om innsyn. Etter klage til Sivilombudet fikk den en oversikt over hennes offentlige oppdragsgivere.

Ifølge Bernt er det fortsatt ikke avklart om offentligheten har rett til fullt innsyn i slike kundelister.

– Men etter min mening er det i alle fall et rimelig krav at personer som er involvert i virksomhet på det saksområdet de er med på å behandle, legger fram slike kundelister for administrasjonen. Slik kan denne passe på at det ikke oppstår inhabilitetsproblemer, sier han.

## Problematisk

Næringsinteresser er tungt representert i planutvalgene i flere av de største fjellhyttekommunene, viser en kartlegging Kommunal Rapport har utført.

En av disse kommunene er Flå. Som omtalt i Kommunal Rapport 25. juni driver både utvalgets leder og nestleder privat konsulentvirksomhet innen saksfeltet utvalget har ansvaret for.

Tor Egil Buøen etablerte i 2020 Buøen Råd og Strategi AS, som gir råd i plan- og reguleringssaker. Østdahl startet privat konsulentvirksomhet innen byggeteknikk i fjor vår, da han pensjonerte seg som teknisk sjef i kommunen.

Begge må passe på sin habilitet i saker knyttet til deres kunder. Østdahl er også inhabil i alle saker han tidligere har forberedt eller behandlet som teknisk sjef.

I fjor høst ble de valgt til henholdsvis leder og nestleder i kommunens nye planutvalg.

– Dette synes jeg kan være ganske problematisk, selv om det går an juridisk. Kommunestyret bør vurdere om det er ønskelig å holde seg med utvalgsleder og nestleder som det ikke sjelden kan bli inhabilitetsproblemer rundt, eller som i alle fall representerer eller er tungt involvert i denne typen særinteresser, sier Bernt til Kommunal Rapport.

## Forsvarer valget

Flås ordfører Merete Høntorp Gandrud (Ap) mener deres valg av utvalgsledelse er uproblematisk.

– På tidspunktet Buøen og Østdahl ble valgt inn som leder og nestleder av utvalget, var all aktivitet de drev med kjent for alle i kommunestyret. De har bakgrunn som tidligere ordfører

og teknisk sjef, så de kjenner godt til inhabilitetsutfordringene og tar de på det høyeste alvor. Ved tvil om inhabilitet drøftes det med kommunestyret for hver enkelt sak, framholder hun.

Ifølge ordføreren er kommunedirektøren «kjent med kundelisten til Buøen».

– Østdahl har andre typer kunder, men har nok ikke noe imot å levere kundeliste for å lettere kunne vurdere habilitet, skriver hun i en e-post til Kommunal Rapport, med kopi til både Buøen og Østdahl.

### **En god idé**

Buøen har overfor Kommunal Rapport tidligere avvist spørsmålet om å legge fram kundelisten til hans konsulentselskap. Han ga da uttrykk for at det heller ikke var relevant å legge den fram for administrasjonen, da det ikke var den, men utvalget, som foretok habilitetsvurderingen.

Administrasjonen har ingen rolle i dette, framholdt Buøen da.

Nå har han endret syn, bekrefter han i en e-post.

– Jeg hadde egentlig aldri tenkt på at administrasjonen kunne ha kundelisten min. Etter å ha drøftet det med kommunedirektøren, ble vi enige om at det kunne være en god idé, og jeg har satt opp kundeliste som kommunedirektør og ordfører har fått. Jeg passer selvfølgelig også selv på å melde meg inhabil/be om habilitetsvurdering i de sakene jeg mener jeg kan være inhabil, skriver han.

Leder av planutvalget i Flå, Tor Egil Buøen (Bygdelista), har ombestemt seg og gitt kommunedirektøren kundelisten til konsulentselskapet han driver. – En god idé, sier han nå. Bildet er fra hytteområdet Turufjell.

### **Må få full oversikt**

Ifølge Bernt bør i alle fall kommunens administrasjon få utlevert kundelister som grunnlag for å vurdere habiliteten til utvalgsmedlemmer som driver næringsvirksomhet innen det saksfeltet de behandler.

Opplysninger om konkurransemessige forhold og andre taushetsbelagte opplysninger, skal unntas fra offentlighet.

– Men administrasjonen, som har ansvar for å vurdere habiliteten, må kreve å få fullstendig kundeliste. Hvis den ikke får en slik oversikt, må administrasjonen melde tilbake til kommunestyret, som må ta stilling til om den folkevalgte skal kunne delta ved behandlingen av slike saker.

Ifølge Bernt kan administrasjonen også be Statsforvalteren ta stilling til om kravene til forsvarlig saksbehandling er oppfylt uten tilgang på slik informasjon ved habilitetsvurderingen.

Dette er habilitetsreglene

- Folkevalgte er inhabile hvis de selv, deres nærstående eller selskapet de har en ledende rolle i, er part i saken. Det følger av forvaltningslovens § 6 første ledd.
- Ifølge § 6 andre ledd kan de også være inhabile når andre «særegne forhold» kan svekke tilliten til vedkommende upartiskhet. I slike tilfeller skal det blant annet legges vekt på om saken kan innebære en særlig fordel, tap eller ulempe for vedkommende.

Hvor stor og sikker fordel, tapet eller ulempen må være for å medføre inhabilitet etter § 6 andre ledd, finnes det ingen klare grenser for. Dette må avgjøres i hver enkelt sak.



Men ifølge jussprofessoren skal det relativt mye til før en folkevalgt blir inhabil i plansaker som følge av generelle næringsinteresser.

At en snekker eller butikkeier kan få flere kunder hvis det bygges flere hytter, er ikke nok til å bli satt på gangen når hytteplanene skal behandles.

– Terskelen for inhabilitet etter forvaltningslovens § 6 andre ledd, er ganske høy. For å bli inhabil, må reguleringsvedtaket føre til en forholdsvis konkret, direkte, nærliggende og betydelig konsekvens som er spesiell for vedkommende, framholder Bernt, som er professor emeritus i offentlig rett ved Universitetet i Bergen.

Han sier dette ofte er vanskelige vurderinger.

### **Må vurdere seg selv**

Den folkevalgte har selv plikt til å vurdere sin egen habilitet, og melde fra om mulig inhabilitet til administrasjonen i god tid før møtet.

Ifølge Bernt er dette ikke bare viktig for å kunne innkalle varamedlem. Det er også nødvendig for at administrasjonen skal kunne foreta en juridisk vurdering av vurdering av habilitetsspørsmålet, som utvalget kan bygge på når det skal ta stilling til dette.

Hvis begrunnelsen for inhabilitet ikke framgår i saksframlegget, og dette ikke er taushetsbelagte opplysninger, skal denne framgå av møteprotokollen.

Hvis det framkommer taushetsbelagte opplysninger i begrunnelsen, må akkurat disse slettes i den offentlige møteprotokollen.

### **Fortsatt inhabil?**

I Flå har planutvalgets leder til nå meldt seg inhabil i alle saker knyttet til hytteutbyggingen i Høgevarde-området, fordi han har vært konsulent for utbyggingsselskapet.

Han har opplyst at han ikke har hatt oppdrag for selskapet etter 1. oktober i fjor. Da planutvalget behandlet to Høgevarde-saker i mai, vedtok det «under tvil» at Buøen fortsatt er inhabil.

For å få en avklaring, har kommunedirektøren bedt Statsforvalteren vurdere hans habilitet. Svaret er at de i så fall må be om en lovlighetskontroll. Løsningen kan bli å vedta dette ved neste behandling, ifølge Gandrud.

– Kommunedirektøren er usikker på om man blir inhabil i en sak fordi man tidligere har gjort oppdrag for den som er part. Det er viktig at man ikke er med i behandlingen og kjennes inhabil dersom man er det. Det er også viktig at man ikke kjennes inhabil for «sikkerhets skyld», mener ordføreren.

### **Kommunal Rapports kartlegging**

- Kommunal Rapport har kartlagt nærings- og grunneierinteressene til de politikerne som antas å ha størst innflytelse på arealpolitikken i de 40 største fjellhyttekommunene.
- Ved hjelp av proff.no har vi kartlagt hvorvidt politikerne har eierinteresser og/eller ledende roller i selskaper, som kan forventes å få økt sin omsetning av hyttebygging og hytteturisme. Dette kan for eksempel være virksomheter innen handel, overnatting, investering/utvikling/salg/utleie av fast eiendom, regulering/bygg/anlegg, jakt/fiske/friluftsliv, transport og andre tjenester rettet mot hyttefolket.
- Vi har sjekket næringsinteressene til ordfører, samt leder og nestleder i kommunens planutvalg i alle de 40 største fjellhyttekommunene. (Totalt 120 ledende politikere).

- I 20 av kommunene har vi også sett nærmere på øvrige medlemmer av planutvalget (totalt 110 andre utvalgsmedlemmer).
- I kommuner uten planutvalg har vi sett på formannskapetets medlemmer.
- Eierandeler på mindre enn 10 prosent er ikke medregnet. Med «ledende rolle» mener vi daglig leder, styreleder og styremedlem.
- Via selskapet Ambita har Kommunal Rapport innhentet eiendomsopplysninger om totalt 314 politikere i de 40 største fjellhyttekommunene. Dette gjelder ordførerne og samtlige medlemmer av planutvalgene (eventuelt formannskap).

# I dispensasjonssaker er politikerne rettsanvendere

Kommunal Rapport 01.07.2024, kronikk av Fredrik Holth og Nikolai K. Winge, Holth &Winge

Det er ikke rom for alternative innstillinger til vedtak i dispensasjonssaker.

Stortinget vedtok i 2008 en plan- og bygningslov som klart innskjerpet kommunenes anledning til å gi dispensasjoner. Lovgiver understreket at dispensasjon skal være et snevert unntak som kommunene kun skal gi der de strenge vilkårene i loven er oppfylt.

*Planendringer er, i motsetning til dispensasjon, et spørsmål som kan avgjøres politisk.*

Hensikten var å tydeliggjøre den klare intensjonen om at ny og endret arealbruk skal styres gjennom arealplaner, vedtatt på grunnlag av et forsvarlig kunnskapsgrunnlag og med bred medvirkning fra offentlige og private aktører.

I dispensasjonssaker avgrenses vurderingen til et enkelt tiltak på en enkelt eiendom. Dersom det over tid gis mange dispensasjoner, vil dette kunne undergrave planer som informasjons- og beslutningsgrunnlag, og dermed de demokratiske prosesser som plan- og bygningsloven bygger opp under.

For å sikre at loven ble håndhevet i tråd med intensjonen, gjorde lovgiver et helt sentralt grep: Vurderingen av dispensasjonssøknader skal først og fremst bero på juss – ikke politikk.

Stortinget markerte dermed at det ikke er rom for lokalpolitiske prioriteringer og utøvelse av lokalt selvstyre når det gjelder vurderingen av lovens vilkår.

Dispensasjonsbestemmelsen har ikke fungert i tråd med lovgivers intensjon. Tall fra SSB viser at det fremdeles søkes om og innvilges en rekke dispensasjoner.

Det er også gjennomført flere undersøkelser av dispensasjonspraksis som viser at de fleste søknader innvilges, og at majoriteten av vedtakene bygger på feil eller mangelfull forståelse av loven.

Årsakene til dette er sammensatte, og i et rettssosiologisk perspektiv er det alltid av interesse å undersøke hvorfor lovgivning ikke får den ønskede effekt.

Dette kan skyldes at loven ikke aksepteres eller respekteres av de som er satt til å utøve myndigheten, at rettsanvender ikke har tilstrekkelig kunnskap om bestemmelsen og det systemet den inngår i, eller at det ikke finnes velfungerende kontrollmekanismer og sanksjonssystemer. Samtlige faktorer er betegnende for den dispensasjonspraksisen vi finner i kommunene.

I vårt møte med lokalpolitikere opplever vi ofte en stor frustrasjon over hvor vanskelig det er å gi dispensasjon. Det vises til at administrasjonen er for streng når det konkluderes med at lovens vilkår for dispensasjon ikke er oppfylt.

Lokalpolitikere har på sin side en mer pragmatisk tilnærming, og de inntar gjerne en ombudsrolle for sine innbyggers ønsker og behov.

Vi har respekt for ønsket om å være ombud for innbyggernes ve og vel, samt forståelse for frustrasjonen ved et strengt regelverk.

Samtidig må lokalpolitikere være bevisste på når loven gir rom for en slik tilnærming. Dispensasjonssaker er ikke en arena hvor ombudsrollen er ment å stå sentralt. Her er politikerne rettsanvendere.

Frustrasjonen hos lokalpolitikerne leder i mange tilfeller til at de søker etter løsninger. Løsningen i enkelte kommuner er å innføre en praksis hvor lokalpolitikerne ber administrasjonen presentere et saksfremlegg med to alternative innstillinger i dispensasjonssaker. Den ene innstillingen konkluderer med at de rettslige vilkårene for å gi dispensasjon er oppfylt. Den andre konkluderer med at de rettslige vilkårene ikke er oppfylt.

På denne måten skaffer lokalpolitikerne seg et handlingsrom i behandlingen av dispensasjonssaker. De velger det alternativet som etter deres skjønn passer best.

Stort sett faller politikerne ned på alternativet hvor vilkårene for dispensasjon anses for å være oppfylt. Dermed kan de innvilge dispensasjon og vise til at saken er forsvarlig utredet av administrasjonen.

Vi mener denne praksisen ligger utenfor det handlingsrommet lovgivningen gir, og at politikerne har andre alternativer i møtet med det som oppleves som et rigid og komplisert regelverk.

Når det gjelder vurderinger som krever særskilt fagkompetanse, er det vanlig at lokalpolitikerne ønsker saken utredet og vurdert før den skal opp til behandling. Etter kommuneloven har kommunedirektøren plikt til blant annet å utrede rettslige spørsmål.

Når det er tale om å utøve et rettsanvendelsesskjønn i en sak, innebærer det at faktum i den konkrete saken må klargjøres, innholdet i rettsregelen det er tale om må fastlegges, og rettsregelen må anvendes på det faktum som er lagt til grunn. Dette vil lede til én konklusjon hos rettsanvenderen.

Når vi forklarer dette til kommunene, blir vi ofte møtt med argumentet om at «det er jo utøvelse av et skjønn», «det finnes jo ikke noe fasitsvar» eller at «en annen kan jo komme til motsatt konklusjon». Alt dette er korrekt.

Samtidig kan ikke én og samme rettsanvender komme til ulik konklusjon i én og samme sak. Dersom det opereres med to alternative innstillinger, må det innebære at kommunedirektøren enten (eller i kombinasjon):

- opererer med to ulike beskrivelser av faktum
- opererer med to ulike tolkninger av loven, eller
- opererer med to ulike måter å anvende loven på det konkrete faktum.

I de tilfeller der politikerne krever alternative utredninger på rettslige spørsmål, må nødvendigvis det ene alternativet (som har en annen konklusjon enn det andre) være uriktig /ulovlig.

Kommuner som har innført en slik praksis, har gjort et juridisk spørsmål om til en politisk vurdering. I tillegg til å undergrave systemet, svekker en slik praksis rettssikkerheten til både søkeren selv og andre som kan bli negativt berørt av vedtaket.

I saker som gjelder dispensasjon fra lovbestemmelser, har naturlig nok lokalpolitikerne et begrenset handlingsrom. De fleste dispensasjonssakene gjelder imidlertid ikke dispensasjon fra lovbestemmelser, men fra kommunenes egne arealplaner. Paradoksalt nok er det dermed kommunens egne regler politikerne ofte finner for rigide og kompliserte.

Dersom politikerne mener regelverket er rigid eller komplisert, bør de derfor ta en titt på arealplanene det søkes dispensasjon fra, og vurdere om de bør endres. De aller fleste kommuner har svært mange søknader om dispensasjon fra arealplaner som planfaglig,

rettslig og politisk sett er utdaterte. I disse sakene har lokalpolitikerne et klart alternativ til dispensasjon.

Planendringer er, i motsetning til dispensasjon, et spørsmål som kan avgjøres politisk. Og i arbeidet med hva som er gode planfaglige løsninger, kan politikerne selvsagt be administrasjonen om så mange alternativer de ønsker.

Det aller beste med denne alternative løsningen er at det gir mer effektiv byggesaksbehandling, sikrer likebehandling av innbyggerne og en arealutnyttelse i tråd med det dagens lokalpolitikere ønsker. Dette er vel det en kan kalle et lokalpolitisk kinderegg?

# Inhabilitetsreglene er ikke bare et spørsmål om finjuss

Kommunal Rapport 12.08.2024, Jan Fridthjof Bernt, professor emeritus ved Universitetet i Bergen.

Det er usikkert hvem som kan få ansvaret for å utarbeide forslag til vedtak når kommunedirektøren er inhabil. Det er ikke bare et spørsmål om finjuridisk tolkning, men om tillit til forvaltningens integritet

**SPØRSMÅL:** Eg les med stor interesse diskusjonen om kva konsekvensen er av at kommunedirektør er ugild i enkelte saker, og kva som då skal gjerast. I [eit svar 9. juli](#) skriv Bernt at ordførar bør vurdere å nytte settedirektør. Departementet har i [tolking av kommunelova](#) sagt at det på generelt grunnlag ikkje eksisterer ein slik heimel: Kva tenker Bernt kring dette?

**SVAR:** Inhabilitetsreglene i forvaltningsloven gjelder for den enkelte tilsatte ([§ 6 innledningen](#)) og andre «som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan» ([§ 10](#)). En kommune kan ikke i sin helhet bli inhabil.

Men når lederen for en forvaltningsgren er inhabil, «smitter» inhabiliteten på dem som er underordnet hen i samme organ. Underordningsforholdet blir da en selvstendig inhabilitetsgrunn for alle disse.

Men i motsetning til det som gjelder ved andre inhabilitetsgrunner, gjelder denne inhabilitetsgrunnen bare for den som treffer «avgjørelse i saken», og ikke for andre tilsatte som bare forbereder – altså tilrettelegger og utreder – saken for noen som skal treffe vedtak i stedet for den inhabile.

Er en etatssjef eller annen underordnet tilsatt inhabil, kan man løse problemet ved at kommunedirektøren treffer vedtak enten om å overføre avgjørelsesmyndigheten til en annen tilsatt, eller rett og slett selv treffer vedtaket.

Dette kan kommunedirektøren gjøre fordi all tildeling av avgjørelsesmyndighet til administrasjonen må oppfattes som delegering til kommunedirektøren, som så kan videredelegere denne avgjørelsesmyndigheten til en av sine underordnede. Hvis saken er vanskelig eller kontroversiell, kan kommunedirektøren i stedet legge den fram for vedkommende folkevalgte organ, og da gjerne med forslag til vedtak.

Vanskelig blir dette først der det er kommunedirektøren selv som er inhabil. Da er det ingen tilsatte som kan treffe avgjørelse i denne saken, heller ikke om overføring av ansvaret for saksutredning eller myndighet til treffe vedtak i denne.

Da må ordføreren, formannskap eller fylkesutvalg, eller kommunestyre eller fylkesting, bestemme hvem som skal ha ansvaret for saksutredningen og for å treffe vedtak i saken. I og med at myndighet til å treffe «avgjørelse» i saken ikke kan legges til noen av kommunens tilsatte når kommunedirektøren er inhabil, må endelig vedtak i saken treffes av kommunestyre eller fylkesting, eller av annet folkevalgt organ etter fullmakt fra dette. Som påpekt av departementet kan slik vedtakskompetanse ikke legges til noen utenfor kommunen eller fylkeskommunen annet enn der dette er fastsatt i lov, i dag i praksis bare ut fra de litt diffuse vilkårene i [kommuneloven § 5-4](#); «lovpålagte oppgaver ... så langt lovgivningen åpner for det», og i «andre saker ... hvis saken ikke har prinsipiell betydning».

Det er lite trolig at noen av disse vilkårene vil være oppfylt i saker der kommunedirektøren – og dermed hele kommuneadministrasjonen – er avskåret fra å treffe avgjørelse. Vedtak i saken må dermed treffes av kommunestyret, fylkestinget eller folkevalgt organ utpekt av dette.

Så langt er jussen etter alt å dømme klar og ukontroversiell. Det som gjenstår – og er mer usikkert – er hvem som kan gis ansvaret for å utarbeide saksforelegg med forslag til vedtak i vedkommende folkevalgt organ.

Det er dette som har vært tema i diskusjonen her i Kommunal Rapport, med utgangspunkt i en uttalelse i «Bernt svarer». Tvilen er her knyttet til avgrensningen av bestemmelsen om avledet inhabilitet for underordnede i [forvaltningsloven § 6](#) tredje avsnitt; for den som treffer «avgjørelse i saken».

Her er det klart at bestemmelsen ikke gjelder deltakelse i den interne administrative saksbehandlingen i organet.

KS-advokatene fremholder i et innlegg at dette må gjelde også for saksforelegg fra kommuneadministrasjonen til folkevalgt organ som skal treffe det endelige vedtaket i saken. Selv legger jeg avgjørende vekt på at et slikt offentlig dokument som oftest skreddersyr premissene for og utformingen av det vedtaket som skal treffes, er uttrykk for «sluttført saksbehandling» fra administrasjonens side. Det bør derfor anses som en selvstendig «avgjørelse» som faller innenfor rammen av inhabilitetsreglene også når inhabiliteten skyldes et underordningsforhold til en kommunedirektør som er part eller på annet grunnlag inhabil i saken.

Med en slik forståelse av loven vil det etter min mening være nødvendig å utpeke noen utenfor kommuneadministrasjonen som ansvarlig for å utforme saksforelegg med forslag til vedtak i det folkevalgte organet som skal treffe dette. Det kan da være nærliggende å søke hjelp fra en annen kommune eller kompetent fagmann et annet sted. På samme måte som ved inhabilitet i det øverste statsapparat bør det her kunne oppnevnes en «settekommunaldirektør» i den aktuelle saken, på linje med «settestatsråd» i statsforvaltningen.

Ved utformingen av saksforelegg og forslag til vedtak vil denne settedirektøren kunne bygge på saksutredning fra det underordnede saksbehandlerapparatet i kommunen, men vil ikke selv kunne treffe vedtak i saken.

Det er med andre ikke tale om noe fast tilsetningsforhold, men om et uavhengig utredningsoppdrag, innenfor de rammer og på de premisser som er formulert av oppnevnte organ, altså kommunestyret eller fylkestinget. Jeg vil mene dette vil være helt kurant fremgangsmåte i slike situasjoner. Det er også et grep som må kunne brukes, selv om man måtte mene at underordnede ikke er inhabile til å utforme saksforelegg etter bestemmelsen i § 6 tredje avsnitt.

Dette er ikke bare et spørsmål om finjuridisk tolking av denne bestemmelsen, men fremfor alt om tillit til forvaltningens integritet og evne til uhildet objektiv saksbehandling.

	Buds(end)	Regnskap
	2024	2024
<b>Prosjekt:</b> Uten		
<b>Ansvar:</b> 0100 Styrings-/kontrollorganer		
<b>Tjeneste:</b> 11000 Revisjon/kontrollarbeid		
10605 Trekkpliktig utgiftsdekning	-	2.250
10802 Ledergodtgjørelse	16.000	-
10803 Møtegodtgjørelse	30.000	29.318
10804 Godtgjørelse for tapt arbeidsfortjeneste	7.000	-
10890 Påløpt lønn og sosiale kostnader	-	-9.000
10990 Arbeidsgiveravgift	2.703	1.610
11001 Faglitteratur/tidsskrifter/aviser	5.000	2.625
11151 Bevertning	2.000	769
11240 Kjøp av tjenester	-	68.500
11501 Kursavgifter og oppholdsutgifter	38.297	9.750
11600 Kjøregodtgjørelse	4.000	-
11702 Reiseutgifter	10.000	-
13700 Kjøp av tjenester	697.000	482.669
13800 Kjøp fra egne foretak/bedrifter	274.000	-
14290 Betalt merverdiavgift	-	120.667
17290 Kompensasjon moms pålagt i driftsregnskapet	-	-120.667
Sum tjeneste: 11000 Revisjon/kontrollarbeid	1.086.000	588.490
Sum ansvar: 0100 Styrings-/kontrollorganer	1.086.000	588.490
Sum prosjekt: Uten	1.086.000	588.490
<b>TOTALT</b>	<b>1.086.000</b>	<b>588.490</b>



## Innspill til kontrollutvalgets arbeid

---

**Behandles i utvalg**

Kontrollutvalget i Overhalla kommune

**Møtedato**

09.09.2024

**Saknr**

25/24

**Saksbehandler** Einar Sandlund

**Arkivkode** FE-033, TI-&17

**Arkivsaknr** 24/461 - 3

---

**Forslag til vedtak**

Saken legges fram 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. I denne saken fattes det ikke konkrete realitetsvedtak(som i øvrige saker).

Eksempel på tema som kan tas opp(listen er ikke uttømmende):

- *Deltagelse på kurs/konferanse*
- *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.*

## Godkjenning av protokoll

---

**Behandles i utvalg**

Kontrollutvalget i Overhalla kommune

**Møtedato**

09.09.2024

**Saknr**

26/24

**Saksbehandler** Einar Sandlund

**Arkivkode** FE-033, TI-&17

**Arkivsaknr** 24/461 - 2

---

**Forslag til vedtak**

Protokollen godkjennes

**Saksopplysninger**

Protokollen gjennomgås i møtet

**Vurdering**

Protokollen anbefales godkjent.