

Møteinnkalling - Kontrollutvalget i Orkland kommune

Arkivsak: 24/356
Møtedato/tid: 10.06.2024 kl. 11:00
Møtested: Rådhuset, formannskapssalen

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

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

Varamedlemmer møter etter nærmere innkalling.

Trondheim, 07.06.2024

Linn Annett Brå Østgaard (sign.)
Leder av kontrollutvalget

Eva J. Bekkavik
seniorrådgiver
Konsek Trøndelag

Kopi:

Varamedlemmer, ordfører, kommunedirektør, daglig leder Orklandbadet KF og Revisjon
Midt-Norge SA

Sakliste

Saksnr.	Sakstittel
36/24	Forvaltningsrevisjon av kommunal bolig - prosjektplan
37/24	Forvaltningsrevisjon av vannforsyning og avløp - kommunedirektørens oppfølging av kommunestyrets vedtak
38/24	Kontrollutvalgets uttalelse om Orklandbadet KF sitt årsregnskap og årsberetning 2023
39/24	Kontrollutvalgets uttalelse om kommunekassens årsregnskap, konsolidert årsregnskap og årsberetning 2023
40/24	Rutiner og informasjon til brukere og pårørende ved flytting av beboere i kommunale boliger - orientering til kontrollutvalget
41/24	Opplæring til politisk nivå - orientering til kontrollutvalget
42/24	Forvaltningsrevisjon internkontroll - kommunedirektørens oppfølging av kommunestyrets vedtak
43/24	Innspill til kontrollarbeidet
44/24	Godkjenning av protokoll fra dagens møte

Forvaltningsrevisjon av kommunal bolig - prosjektplan

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Orkland kommune

Møtedato

10.06.2024

Saknr

36/24

Saksbehandler Eva J. Bekkavik

Arkivkode FE-217, TI-&58

Arkivsaknr 24/132 - 3

Forslag til vedtak

Kontrollutvalget slutter seg til problemstillingene, leveringstidspunkt og ressursrammen revisjonen har foreslått i prosjektplanen.

Vedlegg

Prosjektplan

Saksopplysninger

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

På kontrollutvalgets møte 28.02.2024 i sak 3/24, bestilte utvalget en forvaltningsrevisjon av kommunal bolig.

Kontrollutvalget fattet følgende vedtak:

1. Kontrollutvalget viser til plan for forvaltningsrevisjon 2020–2024 og bestiller en forvaltningsrevisjon av kommunal bolig.
2. Prosjektplan med ressursramme og tidspunkt for ferdig rapport oversendes kontrollutvalgets sekretariat innen 02.05.2024 og legges frem på kontrollutvalgets møte 29.05.2024.
3. Kontrollutvalget gir sekretariatet fullmakt til å følge opp prosjektet på vegne av utvalget.

Revisjonen har foreslått følgende problemstillinger:

1. Har Orkland kommune en boligsosial handlingsplan som er egnet til å ivareta kommunens ansvar på området og blir tiltak gjennomført i tråd med planen?
2. Skjer tildelingen av kommunale boliger i tråd med kommunens kriterier?
3. Har Orkland kommune system som kan sikre tilfredsstillende vedlikehold av kommunale boliger?

Forvaltningsrevisjonen gjennomføres med et timeforbruk på inntil 350 timer. Revisor vil ta et oppstartsmøte med administrasjonen i juni 2024 og datainnhenting vil være ferdig januar 2025. Ferdig rapport oversendes kontrollutvalgets sekretariat innen 30.04.2025

En forvaltningsrevisor fra Revisjons Midt-Norge SA vil orientere om problemstillinger og gjennomføring av forvaltningsrevisjonen på møtet 10. juni. Kontrollutvalget må da benytte anledningen til å stille spørsmål, samt å gi innspill til eventuelle endringer og/eller tillegg.

Avgrensning

Forvaltningsrevisjonen avgrenses til perioden fra og med ny boligsosial handlingsplan i kommunen i 2022, den vil ikke omhandle tildeling av heldøgns omsorgsboliger (HDO-boliger), og avgrenses til å gjelde tildeling av boliger til søkere under 67 år.

Metode

For å svare ut problemstillingene har revisor planlagt å bruke intervju og en dokumentgjennomgang.

Vurdering

Sekretariatet er av den oppfatning at revisors forslag til problemstillinger stort sett fanger opp spørsmålene/innfallsvinklene i plan for forvaltningsrevisjon 2020-2024. Leveringstidspunkt passer fint med tanke på å få behandlet rapporten på utvalgets siste møte før sommeren 2025.

Konklusjon

Kontrollutvalgets sekretariat anbefaler at kontrollutvalget slutter seg til problemstillingene, leveringstidspunkt og ressursrammen revisjonen har foreslått i prosjektplanen.

1 FAKTA OM OPPDRAGET

FORMÅL

Formålet med forvaltningsrevisjonen er å undersøke om kommunen ivaretar sitt ansvar på det boligsosiale området i tråd med nasjonale føringer og kommunens egne bestemmelser.

PROBLEMSTILLINGER

1. Har Orkland kommune en boligsosial handlingsplan som er egnet til å ivareta kommunens ansvar på området og blir tiltak gjennomført i tråd med planen?
2. Skjer tildelingen av kommunale boliger i tråd med kommunens kriterier?
3. Har Orkland kommune system som kan sikre tilfredsstillende vedlikehold av kommunale boliger?

TIDS- OG RESSURSBRUK

Timeforbruk: 350 timer

Rapport til sekretær: april 2025

OPPDRAGSANSVARLIG REVISOR

Marie Husøy Sæther

marie.saether@revisjonmidtnorge.no

Tlf. 90174229

2 MANDAT

I dette kapittelet redegjøres det for bestillingen.

2.1 Bestilling

Kontrollutvalget i Orkland kommune vedtok den 28. februar 2024, sak 03/24, å bestille en forvaltningsrevisjon av kommunal bolig. Tema for bestillingen er i tråd med Plan for forvaltningsrevisjon 2020-2024. Det henvises til nevnte plan for forslag til vinklinger for prosjektet, hvor det står:

«Hvilke mål og strategier er vedtatt for forvaltning av hele kommunens bygningsmasse? Hvordan er forvaltningen av utleieboliger når det gjelder standard, vedlikehold, arealutnyttelse og tildeling av utleieboliger (nok boliger til de som trenger det, strategi for det boligsosiale arbeidet – handlingsplan, saksbehandling og system for tildeling av boliger – tidfestede kontrakter)?»

2.2 Bakgrunnsinformasjon

Å bo trygt og godt er viktig for at man skal kunne ta utdanning, danne familie, være i arbeid og ta vare på helsen. Boligen er også en ramme for et sosialt liv og gir tilhørighet til nærmiljø og lokalsamfunn.¹ For de fleste løses dette i det private bolig- og finansieringsmarkedet, men for noen kan det være utfordrende å skaffe seg og opprettholde bolig på egen hånd.

Regjeringen har som mål at alle skal bo trygt og godt og at ingen skal være bostedsløse. Dette er tema i *Nasjonal strategi for den sosiale boligpolitikken (2021-2024)* fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet, «Alle trenger et trygt hjem».

I regjeringens strategidokument presiseres det at kommunene har en nøkkelrolle i det boligsosiale arbeidet og har hovedansvaret for å hjelpe vanskeligstilte på boligmarkedet. Det er også kommunene som skal legge til rette for en lokal boligpolitikk med rom for alle. Dette er et komplekst område med store lokale variasjoner, og kommunene har valgt å organisere arbeidet ulikt. I overnevnte strategi, er det videre foreslått som tiltak fra regjeringens side at kommunens ansvar i dette skal tydeliggjøres i ny boligsosial lov. Særlig vil dette medføre at kommunens ansvar for boligsosial planlegging skjerpes.

Ny lov om kommunens ansvar på det boligsosiale feltet ble vedtatt desember 2022 og trådte i kraft juli 2023². Loven viderefører i hovedsak plikter som kommunen har gjennom

¹ Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020) «Bolig for velferd».

² Lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet - LOV-2022-12-20-121

medvirkningsansvaret i sosialtjenesteloven § 15 og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-7, men presiserer og til dels skjerper ansvaret. De skjerpede kravene gjelder plikten til å ha oversikt over boligbehovet for vanskeligstilte, ta boligsosiale hensyn i planleggingen og noe strengere krav til saksbehandlingen.³

Sosialtjenesteloven § 15 skriver at «Kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen skal medvirke til å skaffe boliger til vanskeligstilte personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet.» I boligsosialloven § 4 er vanskeligstilte på boligmarkedet definert slik: «Med vanskeligstilte på boligmarkedet menes i denne loven personer som ikke kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, og derfor trenger bistand til å skaffe eller beholde en egnet bolig.»

Boligsosialloven § 5, om kommunens ansvar for organisering og planlegging, skriver at: «Kommunen skal i sitt arbeid på det boligsosiale feltet sørge for samarbeid på tvers av sektorer og samordning av sine tjenester.»

Videre, står det i samme paragraf at «kommunen skal ha oversikt over behovet for både ordinære og tilpassede boliger for vanskeligstilte på boligmarkedet. Oversikten skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi etter plan- og bygningsloven § 10-1. En drøfting av kommunens boligsosiale arbeid bør inngå i strategien. Kommunen skal etter plan- og bygningsloven kapittel 11 fastsette overordnede mål og strategier for det boligsosiale arbeidet.»

Videre er kommunens plikt til å gi individuelt tilpasset bistand til vanskeligstilte på boligmarkedet presisert i § 6 i samme lov.

Strategier, mål og tiltak blir ofte nedfelt i en boligsosial handlingsplan. I Orkland kommune ble Boligsosial handlingsplan vedtatt i april 2022⁴. Oppfølging av boligsosial handlingsplan er blant annet beskrevet i kommunedirektørens forslag til handlingsplan i økonomiplanen for 2024-2028. Det er beskrevet fem tiltak i handlingsplanen. Ett av tiltakene vil ifølge planen kreve prioriteringer i budsjetter (utredning og bygging av småhus), mens det ikke er beskrevet slike krav for de andre fire tiltakene.

Kommunens egne tildelingskriterier og saksbehandlingsrutiner ved tildeling av kommunale boliger er gjort tilgjengelig for innbyggerne på kommunens websider⁵.

³ [Ny lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet | Statsforvalteren.no \(statsforvalteren.no\)](https://statsforvalteren.no/ny-lov-om-kommunenes-ansvar-pa-det-boligsosiale-feltet)

⁴ Sak 26/22

⁵ www.orkland.kommune.no

En viktig del av kommunens boligsosiale ansvar, er å sørge for egnede boliger til utleie. Slik er kommunens vedlikehold av bygningsmassen et viktig element i dette.

Det er ved flere anledninger påpekt mangelfullt vedlikehold og store oppgraderingsbehov knyttet til kommunale bygg i Norge. I rapporten «Vedlikehold i kommunesektoren»⁶, ble det estimert et betydelig etterslep i vedlikeholdet av den kommunale bygningsmassen i landet. Videre, ble betydningen av å utarbeide en helhetlig eiendomsstrategi med tydelige mål understreket, og mål for vedlikehold av bygninger ble anbefalt som et vesentlig element i en slik strategi. Også i KS sin veileder «Bedre eiendomsforvaltning og vedlikehold» blir det framhevet at et planmessig og godt løpende vedlikehold er lønnsomt⁷.

Ifølge kommunens boligsosiale handlingsplan har kommunen omtrent 500 boenheter. I forbindelse med opprettelsen av Orkland kommune i 2020⁸ ble det gjennomført en gjennomgang av boligmassen i kommunen med tanke på å kartlegge omfang og tilstand. Handlingsplanen oppsummerer gjennomgangen med at det er et stort vedlikeholdsbehov på kommunens boligmasse.

2.3 Kommunens organisering

Kommunens organisering av tjenesteområdet er gjort kjent på kommunens webside⁹.

Kommunedirektør er øverste administrative leder i Orkland kommune. Koordineringen av kommunens tilbud av kommunal bolig er lagt til Tildelingskontoret. Tildelingskontoret sorterer under Helse- og mestringstjenestene, på nivået under kommunedirektør. Under Helse- og mestringstjenestene ligger også NAV-kontoret.

Tildelingskontoret har det overordnede ansvaret i kommunen for å koordinere tjenestene til innbyggere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, herunder kommunal bolig. Søknad om å leie kommunal bolig i Orkland kommune sendes til og behandles av tildelingskontoret.

Tekniske tjenester har ansvaret for drift og vedlikehold av de kommunale byggene, og er organisert under kommunalsjefområdet Samfunn.

⁶ Multiconsult & PricewaterhouseCoopers 2008: Vedlikehold i kommunesektoren

⁷ Kommunenes Sentralforbund 2009 (revidert 2011 og 2013): Bedre eiendomsforvaltning og vedlikehold – en veileder for folkevalgte og rådmenn

⁸ Orkland kommune ble opprettet 1. januar 2020 ved sammenslåing av Orkanger, Meldal, Agdenes og deler av Snillfjord kommune.

⁹ www.orkland.kommune.no

3 PROSJEKTDESIGN

Dette kapittelet redegjør for revisors forslag til løsning av oppdraget.

3.1 Problemstillinger

1. Har Orkland kommune en boligsosial handlingsplan som er egnet til å ivareta kommunens ansvar på området og blir tiltak gjennomført i tråd med planen?
2. Skjer tildelingen av kommunale boliger i tråd med kommunens kriterier?
3. Har Orkland kommune system som kan sikre tilfredsstillende vedlikehold av kommunale boliger?

3.2 Avgrensinger

Forvaltningsrevisjonen avgrenses til perioden fra og med ny boligsosial handlingsplan i kommunen i 2022. Ny boligsosial lov trådte i kraft juli 2023, men da dette kun har medført moderate endringer i kommunens lovpålagte ansvar, ser vi ikke grunn til å avgrense prosjektet til senere enn 2022.

Prosjektet vil ikke omhandle tildeling av heldøgns omsorgsboliger (HDO-boliger), og avgrenses til å gjelde tildeling av boliger til søkere under 67 år.

3.3 Aktuelle kilder til revisjonskriterier

Revisjonskriterier er krav eller normer som kommunen vurderes opp mot. Kriteriene hentes eller utledes fra lover, forskrifter, veiledere, kommunens egne rutiner og reglement mv. Aktuelle kilder til kriterier i denne forvaltningsrevisjonen er listet under. Listen er ikke endelig eller uttømmende.

- Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)
- Lov om kommunens ansvar på det boligsosiale feltet (boligsosialloven)
- Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven)
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov om husleieavtaler (husleieloven)
- Veiledere innen eiendomsforvaltning fra Kommunenes sentralforbund og Norges Kommunaltekniske Forening
- Boligsosial handlingsplan, Orkland kommune
- Kommunens egne kriterier for tildeling av kommunal bolig

3.4 Aktuelle metoder for innsamling av data

Data som grunnlag for å besvare problemstillingene vil primært hentes fra dokumentgjennomgang og intervju. Dokumentgjennomgang vil gi en oversikt over kommunens systematiske arbeid på det aktuelle området. Intervju vil bidra til å få frem relevante fakta, og i tillegg gi et innblikk i intervjuobjektens egne vurderinger av hvordan systemene fungerer i praksis.

Aktuelle dokumenter til gjennomgang vil omfatte kommunens kriterier, rutiner og retningslinjer for tildeling av kommunal bolig. Slike dokumenter vil kunne si noe om kommunens organisering av tjenesteområdet, men også være selvstendige kilder til revisjonskriterier. Videre vil dokumentasjon relatert til kommunens arbeid med vedlikehold av kommunale boliger være relevant for gjennomgang. Dette vil omfatte kommunale planer på området, tilstandsvurderinger, rapporter, rutinebeskrivelser, delegeringsreglement og andre interne styrende dokument.

Vi vil gjennomføre intervju med ansatte i kommunen som har ansvar og oppgaver innen tildeling av kommunal bolig og vedlikehold av kommunale boliger.

Det kan også være aktuelt å benytte seg av andre metoder for innsamling av data.

4 PROSJEKTORGANISERING

4.1 Prosjektteam

Oppdragsansvarlig revisor	Marie Husøy Sæther
Prosjektmedarbeider	Anne Grete Wold
Kvalitetssikrer	Merete Myklebust Montero
Kvalitetssikrer	Marit Ingunn Holmvik

4.2 Milepælsplan

Bestillingsdato	28. februar 2024
Prosjektplan til sekretær	27. mai 2024
Oppstartsmøte	Juni 2024
Datainnsamling ferdig	Januar 2025
Rapport til uttalelse	Mars 2025
Rapport til sekretær	April 2025

Trondheim, 27.mai.2024

Marie Husøy Sæther

Oppdragsansvarlig revisor

VEDLEGG 1: UAVHENGIGHETSERKLÆRING

PwRevisjon Midt-Norge	
Prosjekt nr: FR1298	Kommune: Orkland kommune
Vurdering av uavhengighet - revisors egen vurdering i forbindelse med forvaltningsrevisjonsprosjekt: Kommunal bolig	
Hovedreferanse: Kommuneloven § 24-4 Forskrift om kontrollutvalg og revisjon kapittel 3 RS 200 – Formål og generelle prinsipper for revisjon av regnskaper pkt. 4 RS 220 – Villkår for revisjonsoppdrag pkt. 4, 12-13 RS 300 – Planlegging av revisjon av regnskaper pkt. 6 Standard for forvaltningsrevisjon RSK 001 pkt. 8	
Ansettelsesforhold:	Undertegnede har ikke ansettelsesforhold / andre stillinger enn Revisjon Midt-Norge SA
Medlem i styrende Organer	Undertegnede er ikke medlem av styrende organ / noen virksomhet som ovenfor nevnte kommune deltar i.
Delta eller inneha funksjoner i annen virksomhet, som kan føre til interessekonflikt eller svekket tillit	Undertegnede deltar ikke i eller innehar funksjoner i annen virksomhet som kan føre til interessekonflikt eller svekket tillit
Nærstående	Undertegnede har ikke nærstående som har tilknytning til ovenfor nevnte kommune som har betydning for uavhengighet og objektivitet.
Rådgivnings- eller andre tjenester som er egnet til å påvirke revisors habilitet	<p>Før slike tjenester utføres foretas en vurdering av rådgivningens eller tjenestens art i forhold til revisors uavhengighet og objektivitet. Dersom vurderingen konkluderer med at utførelse av slik tjeneste kommer i konflikt med bestemmelsen i forskriften § 18, skal revisor ikke utføre tjenesten. Hvert enkelt tilfelle må vurderes særskilt.</p> <p>Revisor besvarer løpende spørsmål/henvendelser som er å betrakte som veiledning og bistand og ikke revisjon. Paragrafen sier at også slike veiledninger må sies med varsomhet og på en måte som ikke binder opp revisors senere revisjons- og kontrollvurderinger.</p> <p>Undertegnede har ikke ytet rådgivnings- eller andre tjenester ovenfor ovenfor nevnte kommune som kommer i konflikt med denne bestemmelsen.</p>
Tjenesten under kommunens egne ledelses- og kontrolloppgaver	Undertegnede har ikke ytet tjenester ovenfor ovenfor nevnte kommune som hører inn under kommunens egne ledelses- og kontrolloppgaver.
Opptre som fullmektig for den revisjonspliktige	Undertegnede opptre ikke som fullmektig for ovenfor nevnte kommune.
Andre særegne forhold	Undertegnede kjenner ikke til andre særegne forhold som er egnet til å svekke tilliten til uavhengighet og objektivitet.

Trondheim 21.05.2024

Marie Husøy Sæther
Oppdragsansvarlig revisor

Dokumentet er signert digitalt av:

• MARIE HUSØY SÆTHER, 21.05.2024

Forseglet av



Posten Norge

Revisjon

Hovedkontor: Brugata 2, Steinkjer

Tlf. 907 30 300 - www.revisjonmidtnorge.no

Forvaltningsrevisjon av vannforsyning og avløp - kommunedirektørens oppfølging av kommunestyrets vedtak

Behandles i utvalg	Møtedato	Saknr
Kontrollutvalget i Orkland kommune	10.06.2024	37/24

Saksbehandler	Eva J. Bekkavik
Arkivkode	FE-217, TI-&58
Arkivsaknr	21/271 - 18

Forslag til vedtak

Saken legges frem uten forslag til vedtak.

Vedlegg

Forvaltningsrevisjon av vannforsyning og avløp - ny tilbakemelding til kontrollutvalget
Tilbakemelding 31.03.2023 - forvaltningsrevisjon vann og avløp
Kommunedirektørens presentasjon i sak 16-23 - oppfølging av kommunestyrets vedtak

Saksopplysninger

På kontrollutvalgets møte 20. september 2022 (sak 23/22) ble rapport fra forvaltningsrevisjon av vann og avløp behandlet.

Nedenfor kommer et kort utdrag fra forvaltningsrevisjonsrapporten:

Revisjon Midt-Norge SA formulerte følgende problemstillinger for prosjektet:

Er kommunens vannforsyning av tilstrekkelig kvalitet?

- Drikkevannskvalitet og informasjon om dette til innbyggerne
- Distribusjonssystem
- Internkontrollsystem
- Tilstrekkelig drikkevann
- Sikkerhet rundt drikkevannskilder

Er kommunens avløpssystem av tilstrekkelig kvalitet?

- Oversikt over avløpsanlegg, samt behov for vedlikehold og oppgradering
- Rensekrav
- Distribusjonssystem iht. behov
- Sikres det at private avløpsanlegg er i samsvar med krav i spredt bebygd strøk langs vann og elver?

Revisjonens konklusjon

Er kommunens vannforsyning av tilstrekkelig kvalitet?

Revisor konkluderer med at kommunens drikkeforsyning i hovedsak er av tilstrekkelig kvalitet. Det er imidlertid behov for tilstrekkelig med drikkevann for å sikre framtidens behov. Det er også behov for å gjøre tiltak for å redusere lekkasjer på ledningsnettet. Reduksjon av lekkasjer vil kunne avdempe behovet for å øke kapasiteten på drikkevann noe. Det er gode muligheter for innbyggerne til å skaffe seg informasjon om drikkevannet på kommunens hjemmeside. Dersom det er behov for å gi innbyggeren mer akutt informasjon, eksempelvis kokevarsel, er det etablert systemer for å gi ut slik informasjon på SMS. Det er noe forbedringspotensial i internkontrollen, ved å etablere eksempelvis rutiner og planer for gjennomføring av drift og vedlikehold.

Er kommunens avløpssystem av tilstrekkelig kvalitet?

Kommunens avløpssystem er i hovedsak av tilstrekkelig kvalitet, men det er underdimensjonert. Det er forbedringspotensial i å sikre at avløpsanleggene driftes innenfor tillatelsen som er gitt.

Orkland kommune sikrer ikke i tilstrekkelig grad at private avløpsanlegg er i samsvar med krav i spredt bebygd strøk langs vann og elver.

Revisors anbefaling

Kommunen bør:

- Få på plass rutiner og planer på de områdene hvor dette mangler, samt oppdatere de ved behov
- Gjøre tiltak som reduserer lekkasjer på ledningsnettet
- Beskrive drifts- og vedlikeholdsbehov for alle anlegg
- Vurdere å utarbeide en overordnet plan for vedlikehold og fornying
- Oppdatere beredskapsplan for vann
- Vurdere om utskiftingstakten på ledningene er tilstrekkelig
- Sikre at avløpsanleggene har tilstrekkelig kapasitet
- Vurdere om rutiner for oppfølging av avløpsanlegg og etterlevelse av tillatelser innen avløp er tilstrekkelig
- Sikre at de har tilstrekkelig oversikt over private avløpsanlegg i sine system
- Gjennomføre tilsyn med private avløpsanlegg
- Sikre at alle anlegg inspiseres jevnlig

Politisk behandling

Kommunestyret hadde forvaltningsrevisjonsrapporten opp til behandling i sitt møte 26.10.2022 i sak 75/22 og gjorde følgende vedtak:

1. Kommunestyret tar forvaltningsrevisjonsrapport om vann og avløp til orientering
2. Kommunestyret ber kommunedirektøren om å:
 - Få på plass rutiner og planer på de områdene hvor dette mangler, samt oppdatere de ved behov
 - Gjøre tiltak som reduserer lekkasjer på ledningsnettet
 - Beskrive drifts- og vedlikeholdsbehov for alle anlegg
 - Utarbeide en overordnet plan for vedlikehold og fornying
 - Oppdatere beredskapsplan for vann • Sikre at utskiftingstakten på ledningene er tilstrekkelig
 - Sikre at avløpsanleggene har tilstrekkelig kapasitet
 - Sikre at rutiner for oppfølging av avløpsanlegg og etterlevelse av tillatelser innen avløp er tilstrekkelig
 - Sikre at kommunen har tilstrekkelig oversikt over private avløpsanlegg i sine system
 - Gjennomføre tilsyn med private avløpsanlegg
 - Sikre at alle anlegg inspiseres jevnlig
3. Kommunestyret ber kommunedirektøren gi kontrollutvalget skriftlig tilbakemelding om hvordan kommunestyrets vedtak er fulgt opp innen 31.03.2023.

Kommunedirektørens oppfølging

Kommunedirektøren ga kontrollutvalget en tilbakemelding om oppfølging av kommunestyrets vedtak punkt 2 i brev av 31.03.2023. I tillegg så orienterte enhetsleder teknisk og avdelingsleder vann og avløp på kontrollutvalgets møte 16. mai 2023 (sak 16/23).

Sekretariatets vurdering i sak 16/23:

Kommunedirektøren er godt i gang med å følge opp kommunestyrets vedtak punkt 2. Programvaren Gemini Portal hvor rutiner og driftsinstrukser skal legges inn digitalt forventes levert før sommeren 2023. Arbeidet med å overføre IK-håndbok og HMS-rutiner for vann- og avløp til kommunens kvalitetssikringssystem Compilo er igangsatt.

En oversikt over utarbeidelse og revidering av planer er lagt inn i tilbakemeldingen til kontrollutvalget, her fremkommer det planlagte frister for ferdigstillelse av rutinene. Beredskapsplan for vann er planlagt utarbeidet i løpet av 1. halvår 2024. Plan for utskifting av eldre ledningsnett er planlagt utarbeidet i løpet av 2023 og 2024. Plan for lekkasje, kontroll og fornying er planlagt utarbeidet innen sommeren 2024. Tiltaksprogram for

Opprydding av spredte avløp er vedtatt av Hovedutvalg forvaltning i sak 28/23 (møte 19.04.2023).

Sekretariatet er av den oppfatning at kommunedirektøren er godt i gang med å følge opp kommunestyrets vedtak punkt 2, men det er noen planer og oppgaver som skal gjøres i løpet av 2023 og 2024.

Kontrollutvalgets vedtak i sak 16/23

1. Kontrollutvalget tar kommunedirektørens tilbakemelding til orientering.
2. Kontrollutvalget ber kommunedirektøren om en ny tilbakemelding om status på oppfølging av kommunestyrets vedtak punkt 2 på sitt siste møte før sommeren 2024.

Kontrollutvalgets sekretariat har i brev av 12. april 2024 bedt kommunedirektøren om å gi kontrollutvalget en ny orientering på utvalgets siste møte før sommeren 2024.

Konklusjon

Med bakgrunn i informasjonen som vil bli gitt i møtet så må kontrollutvalget diskutere om de fortsatt ønsker å følge opp forvaltningsrevisjonen eller om de anser kommunestyrets vedtak som fulgt opp.

Saken legges derfor frem uten forslag til vedtak.

Orkland Kommune
Postboks 83
7301 Orkanger

Vår saksbehandler: Eva J. Bekkavik, tlf. 468 51 950
E-post: eva.bekkavik@konsek.no
Deres ref.:
Vår ref.: 21/271-19
Oppgis ved alle henvendelser
Vår dato: 12.04.2024

Forvaltningsrevisjon av vannforsyning og avløp - ny tilbakemelding til kontrollutvalget

Enhetsleder teknisk og avdelingsleder vann og avløp orienterte på kontrollutvalgets møte 16. mai 2023 (sak 16/23) om kommunedirektørens oppfølging av kommunestyrets vedtak i sak 75/22 Forvaltningsrevisjonsrapport – vann og avløp.

Kontrollutvalget vedtok følgende i sak 16/23:

1. Kontrollutvalget tar kommunedirektørens tilbakemelding til orientering.
2. Kontrollutvalget ber kommunedirektøren om en ny tilbakemelding om status på oppfølging av kommunestyrets vedtak punkt 2 på sitt siste møte før sommeren 2024.

Under henvisning til kontrollutvalgets vedtak i sak 16/2023, ber vi herved om at kommunedirektøren i Orkland kommune orienterer på kontrollutvalgets møte 29.05.2024.

Med hilsen
Konsek Trøndelag IKS

Eva J. Bekkavik
seniorrådgiver

Dette brevet er elektronisk godkjent og har derfor ikke signatur.

Kopi til:
Kommunedirektør
Kontrollutvalgets leder



KONSEK TRØNDELAG IKS
Postboks 2564
7735 STEINKJER

Tilbakemelding - forvaltningsrevisjon vann og avløp

Det vises til Forvaltningsrevisjonsrapport fra Revisjon Midt Norge datert 09.09.22, og kommunestyrets vedtak i sak 75/22, hvor kommunestyret ber kommunedirektøren gi kontrollutvalget skriftlig tilbakemelding om hvordan kommunestyrets vedtak er fulgt opp innen 31.03.23.

Nedenfor følger punktvis tilbakemelding på de 11 kulepunktene i vedtaket:

1 Kommunen bør få på plass rutiner og planer der det mangler, samt oppdatere de ved behov

1.1 Rutiner:

Det foreligger rutiner og driftsinstrukser for daglig drift og i forhold til hvordan ulike typer hendelser skal håndteres.

En har pr. i dag er dokumenter tilknyttet dette lagret i Teams, uten at det er noe helhetlig system. En har derfor bestilt en oppgradering av Gemini Portal, hvor driftsinstrukser, sjekklister etc. kan føres digitalt. Programvare forventes levert før sommer 2023, og at en lastet opp rutinebeskrivelser og sjekklister i løpet av 2023. Det tas en gjennomgang av dokumentene ved overføring, slik at de tilpasses den enkelte driftsstasjon.

Det er videre igangsatt arbeid med å overføre IK-håndbok, HMS-rutiner for vann- og avløp til kommunens kvalitetssikringssystem Compilo. Dette for at slike instruksjoner skal være tilgjengelig på alle nivå i organisasjonen.

1.2 Planer:

En har gjennomgått de planene som vi pr. i dag har og er nødvendig å få på plass. Her følger status:

Type	Status	Planlagt ferdigstilt
Temaplan for vann og vannmiljø	Vedtatt i 2022. Tiltaksliste revideres årlig i forbindelse med budsjett/økonomipløan. Plandokument hvert 4 år.	2023
ROS-analyse for vannforsyning	ROS fra tidligere kommuner er gjeldende. Ble i 2022 igangsatt arbeid med ny ROS for Orkdal vv, som skal benyttes som mal for øvrige anlegg.	Utgangen av 2023

IK-håndbok vann	Felles IK håndbok utarbeidet i 2020 – oppdatert 2023. Varslingslister er utarbeidet i Teams. Definert som varslingsgruppe i Gemini Portal, ajourføres min. 1 g. pr år.	Årlig gjennomgang
Beredskapsplan	Beredsksplaner for vann foreligger fra de gamle kommunene. Ny beredskapsplan vil utarbeides med grunnlag i de kritiske elementer som framkommer av ROS-analyse.	2024.
Drifts- og vedlikeholdsplaner for vann	Det er utarbeidet driftsplaner for 3 av 6 vannverk. Manglende planer for de 3 siste er under arbeid. Årlig gjennomgang	Årlig gjennomgang
Plan for lekkasje kontroll og fornying.	Basert på kommunens ledningskart, lekkasjeregistreringer og anbefalinger i Norsk vanns rapport 196/13 anser vi behov for å utarbeide en plan for lekkasjekontroll og fornying av ledningsnett	Innen sommer 2024
Prøvetakingsplan for drikkevann	Prøvetaking av drikkevann utføres i hht. drikkevannsforskriftens bestemmelser og fartekartleggingsanalyser	Årlig
IK-håndbok avløp	IK håndbok ble sist revidert i 2021. Gjennomgås i 2023.	Utgangen av 2023.
Drifts og vedlikeholdsplan avløp	Det foreligger driftsplaner for GORA, pumpestasjoner og øvrige renseanlegg. Planene gjennomgås årlig og legges inn i Gemini Portal og kommer så opp som oppgave til operatørene	Gjennomgang minimum 1 g. pr. år.
Plan for kontroll av innlekk av fremmedvann	Samkjøring av data fra SD anlegg, strømforbruk og nedbørsmengder gir mulighet for lettere avdekking av fremmedvann. I forbindelse med problemområder blir det t plan for gjennomføring av søk i de enkelte områder.	Arbeid er igangsatt.
Prøvetakingsplan avløp	Det utarbeides årlig prøvetakingsplaner for avløpsvann inn og ut fra renseanlegg for dokumentasjon av rensegrad. Videre har kommunen krav til å gjennomføre miljøundersøkelser i Orkdalsfjorden hvert 6 år. Prøvetakingsplan utarbeides i hht. krav i forskrift og utslippstillatelse.	Årlig Hvert 6. år

2. Kommunen bør gjøre tiltak som reduserer lekkasjer på ledningsnettet

Dette er et arbeid som pågår kontinuerlig. Endringer i vannforbruk i områder blir registrert på kommunes SD-anlegg, og ved større hendelser blir det gitt melding via SMS til driftsoperatør/vakt telefon når det oppstå.

Kommunen har over tid hatt fokus på å monteres vannmålere i ledningsnett for å registrere vannforbruk i ulike soner, og lette søk etter lekkasjer. Montering av vannmålere vurderes derfor også ved rehabilitering og nyanlegg. Vannmålere er tilknyttet SD-anlegg, og en SMS-melding vil kunne gå til driftsoperatør ved unormal økning i vannforbruk.

For områder med generelt høyt vannforbruk, har en gått til anskaffelse av 2 ultralydmålere og en hydrofor, som skal bidra til å lokalisere lekkasjer på ledningsstrekke. Det er ønskelig at det blir etablert et eget «lekkasjesøk-team», som rykker ut når det registreres høyt forbruk.

Videre vil en overgang til smarte vannmålere i husstandene etter hvert gi oss mulighet til å registrere lekkasjer tilknyttet eiendommer og stikkledninger, som også vil være med å redusere lekkasje.

Når lekkasjer avdekkes på kommunalt vannledningsnett blir slike prioritert utbedret. Ved lekkasjer på privat ledningsnett blir eier kontaktet, eventuelt skriftlig med frist for utbedring.

3. Kommunen bør beskrive drift- og vedlikeholdsbehov for alle anlegg

Vedlikeholdsbehov for bygningsmassen tilknyttet VA-anleggene registreres og ajourføres på Teams, jfr. Pkt. 1.1.

Ved behov for rehabilitering av ledningsanlegg/kummer o.l registreres dette inn i Gemini Portal. Prosjekter som krever umiddelbare tiltak igangsettes med bruk av midler avsatt i driftsbudsjett, eller posten "Div. Ledningsanlegg" i investeringsbudsjettet for større tiltak. Større arbeider med fornying meldes inn i forbindelse med budsjettarbeid som nye drifts- eller investeringsprosjekter.

En anser ikke behov for en egen plan for drifts- og vedlikeholdsbehov, men at en vurderer tiltak der det ut fra registrerte hendelser, anleggenes alder og materialbruk løpende gjør prioriteringer i forhold til drifts- og vedlikeholdsbehovet. En plan for drifts- og vedlikeholdsbehov må ses i sammenheng med driftsplanene og en plan for vedlikehold og fornying av ledningsnett (pkt. 4)

4. Kommunen bør utarbeide en overordnet plan for vedlikehold og fornying

Norsk vanns Rapport 196/2013 *Veiledning i tilstandskartlegging og fornyelse av VA-transportssystemer* benyttes for å lage en oversikt over sårbare ledninger ut fra alder og materiale. Vi har registrert dette i vårt digitale ledningskartsystem, og kan sammen med registrerte driftshendelser ser vi behov for å lage en overordnet plan for vedlikehold og fornying av ledningsnettet i årene framover.

5. Kommunen bør oppdatere beredskapsplan for vann

Som vist i tabell under punkt 1 planlegges beredskapsplan revidert med basis i det som framkommer av kritiske hendelser gjennom en ROS-analyse. Arbeid med denne plan forventes å kunne utarbeides i løpet av 1. halvår 2024. Inntil videre ajourføres beredskapsplanene fra tidligere kommuner, som er tilgjengelig for driftsoperatørene i Teams.

6. Kommunen bør vurdere om utskiftingstakten på ledninger er tilstrekkelig

Generelt bør utskiftingstakten for vann- og avløpsledninger være minimum 2 % årlig. I 2023 og 24 er det avsatt ekstra midler for å lage en plan for utskifting av eldre ledningsnett.

7. Kommunen bør sikre at avløpsanleggene har tilstrekkelig kapasitet

Dette er punkt som er omhandlet i temaplan for vann- og vannmiljø vedtatt i 2022, og som det er igangsatt arbeid med. Her er avløpsanleggene i Vassbygda og Kjøra ferdigstilt, og det er utarbeidet forprosjekt for Grefstad RA. For Gammelosen RA og Løkken RA er det igangsatt arbeid med skisseprosjekter. Endringer i avløpsdirektivet gjør at GORA og Løkken RA kan få strengere krav enn det som var antatt ved vedtak av temaplanen.

8. Kommunen bør vurdere om rutiner og oppfølging av avløpsanlegg og etterlevelse av tillatelser innen avløp er tilstrekkelig.

VA-avdelingen drifter anlegg og tar prøver i hht. forurensningsforskriftens og gitte utslippstillatelser. Videre tas det prøver for aktuelle parametere som dokumenterer renseeffekt.

For alle anlegg som omfattes av forurensningsforskriften kap. 13 og 14 rapporteres det videre årlig til forurensningsmyndigheten, som også fører tilsyn med at anleggene driftes i hht. gitte tillatelser. Det er påvist at flere anlegg ikke tilfredsstiller renskravene.

Det foreligger planer for oppgradering av renseanlegg, og en har derfor valgt å tillate mindre tilknytninger på tross av at dagens anlegg ikke har kapasitet til å rense avløpsvannet tilfredsstillende.

For større utbygginger som en kan forvente blir ferdigstilt og tatt i bruk før nytt renseanlegg er på plass, må vi gjøre konkret vurdering i det enkelte tilfelle.

9. Kommunen bør sikre at de har tilstrekkelig oversikt over private avløpsanlegg i sine system

For å sikre god oversikt og saksbehandling på fagfeltet spredt avløp / private avløpsanlegg, har kommunen har gjort avtale om innkjøp av programvaren Gemini Privat Utslipp. Programvaren Gemini privat benyttes også på vann og avløp, og modulen Utslipp er spesialdesignet for oppfølging av spredte avløp / private avløpsanlegg. Søknadsbehandling og påleggs kan heldigitaliseres i programvaren, og programvaren ivaretar og arkiverer all informasjon om avløpsanleggene, med alle komponenter og kartdata. Programvaren har også løsning for å legge inn tidspunkt for kontroll/inspeksjon/tilsyn av avløpsanlegg, med påfølgende varsling i systemet. ReMidt IKS har oversikt over alle slamtanker i kommunen som de tømmer. Disse dataene planlegges å overføres programvaren, slik at kommunen får oversikt over slamtankene i sitt system.

10. Kommunen bør gjennomføre tilsyn med private avløpsanlegg

For å systematisere gjennomføring av tilsyn, kontroll og inspeksjon, er enhet Plan og byggesak i gang med utarbeidelse av et tiltaksprogram for opprydding av de spredte avløpene / private avløpsanleggene. Det planlegges å legge fram tiltaksprogrammet for behandling i politisk utvalg (Hovedutvalg forvaltning) i april 2023. Tiltaksprogrammet legger opp til å rydde opp i forurensning fra de private avløpsanleggene område for område, og det vil bli anbefalt at man starter i områder med sårbare resipienter med brukerinteresser, som nedbørfelt til drikkevann (overflatevann / grunnvann) og offentlige badeplasser. Videre vil det bli foreslått å rydde opp i nedbørfelt til resipienter vurdert med «moderat» økologisk tilstand eller dårligere, hvor opprydding av forurensning fra private avløpsanlegg forventes å bidra til bedring av kvaliteten. Det planlagte tilsynet vil hovedsakelig bli utført ved dokumenttilsyn, men også ved fysisk befarig og kontroll. I tiltaksprogrammet vil det også legges inn forslag til framtidig jevnlig kontroll/inspeksjon når nye avløpsanlegg, både private og kommunale avløpsanlegg, etableres i kommunen.

11. Kommunen bør sikre at alle anlegg inspiseres jevnlig:

For å få gjennomført planlagt opprydding er det fra 1.1.2023 opprettet en ny stilling ved enhet Plan og byggesak. Stillingen skal i sin helhet benyttes på fagområdet spredt avløp / private avløpsanlegg, som omfatter søknadsbehandling for utslipp, dokumenttilsyn og fysisk tilsyn, påleggssaker og andre saker tilhørende fagfeltet. Stillingen også ha ansvar for tilsyn av kommunale avløpsanlegg, med utslippstillatelse hjemlet i kap. 13 i forurensningsforskriften. Stillingen kompletterer eksisterende stillinger på fagfeltet. For å bygge et fagmiljø er det gjort endringer ved enheten for å samle arbeidsoppgavene på spredte avløp / private avløpsanlegg. Arbeidsoppgavene tilhørende spredte avløp / private avløpsanlegg (kap. 12 – anlegg), samt tilsyn av kommunale anlegg (kap. 13 – anlegg) vil ligge fast til 2 stillingshjemler, i tillegg til at andre saksbehandlere på enheten også har kompetanse til å bidra i perioder med høy arbeidsbelastning.

Vår dato

31.03.2023

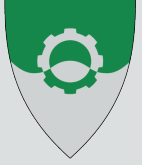
Vår referanse

22/01413-9

Med hilsen
Orkland kommune

Roar Santi Grindvold
roar.grindvold@orkland.kommune.no

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur.



Forvaltningsrevisjon vann og avløp

Gjennomgang av administrasjonens tilbakemelding til
Revisjon Midt-Norge, brev av 31.03.23

Forvaltningsrevisjonsrapport - vann og avløp

Kommunestyre har behandlet saken i møte 26.10.2022 sak 75/22

Behandling i Kommunestyre 26.10.2022:

Oppdragsansvarlig revisor Sunniva Tusvik Sæter orienterte om revisjonsrapporten.

Votering

Kontrollutvalgets innstilling – enstemmig

Kommunestyres vedtak

1. Kommunestyret tar forvaltningsrevisjonsrapport om vann og avløp til orientering
2. Kommunestyret ber kommunedirektøren om å:
 - Få på plass rutiner og planer på de områdene hvor dette mangler, samt oppdatere de ved behov
 - Gjøre tiltak som reduserer lekkasjer på ledningsnettet
 - Beskrive drifts- og vedlikeholdsbehov for alle anlegg
 - Utarbeide en overordnet plan for vedlikehold og fornying
 - Oppdatere beredskapsplan for vann
 - Sikre at utskiftingstakten på ledningene er tilstrekkelig
 - Sikre at avløpsanleggene har tilstrekkelig kapasitet
 - Sikre at rutiner for oppfølging av avløpsanlegg og etterlevelse av tillatelser innen avløp er tilstrekkelig
 - Sikre at kommunen har tilstrekkelig oversikt over private avløpsanlegg i sine system
 - Gjennomføre tilsyn med private avløpsanlegg
 - Sikre at alle anlegg inspiseres jevnlig
3. Kommunestyret ber kommunedirektøren gi kontrollutvalget skriftlig tilbakemelding om hvordan kommunestyrets vedtak er fulgt opp innen 31.03.2023.

1. Kommunen bør få på plass rutiner og planer der det mangler, samt oppdatere de ved behov

1.1 Rutiner

- Ligger i dag i Teams
 - Mappestruktur – dokumenter i word, PDF mm.
- Bestilt oppgradering av Gemini Portal – for digital tilgjengelighet og registrering.
- Antatt at en vil trenge 2023 for å få alle stasjoner oppe i systemet.
- IK-håndbok, HMS-rutiner vil bli lastes opp i kvalitetssikringsystem Compillo, påbegynt pr dato.

1.2 Planer

- Gjennomgang av planer kommunen har og har behov for.
- Redegjort for status, samt når de skal foreligge og evt revideres.

2. Kommunen bør gjøre tiltak som reduserer lekkasjer på ledningsnett

- Pågår kontinuerlig ved registrert endringer i vannforbruk, akutt eller over tid.
- Flere vannmålere i ledningsnett vurderes for å registrere lekkasjeområder raskere
- Lekkasjeteam med ultralydmålere og hydrofor bidrar til å lokalisere lekkasjer.
- Innføring av smarte vannmålere i husstand kan på sikt gi oversikt over lekkasjer i områder/stikkledninger.
- Utbedring av lekkasjer utføres fortløpende på eget nett.
- På private ledninger må eier kontaktes og gis skriftlig varsling/pålegg etter forvaltningslovens bestemmelser.

3. Kommunen bør beskrive drifts- og vedlikeholdsbehov for alle anlegg

- Vedlikeholdsbehov og utført vedlikehold på bygningsmassen registreres i Teams.
 - Mappestruktur for hvert bygg hvor FDV-dokumenter legges
 - Excel regneark med oversikt over planlagt og utført arbeider.
- Behov for ledningsrehabilitering og kumskifte registreres i Gemini Portal.
- Hendelser som krever umiddelbare tiltak – blir søkt utbedret umiddelbart
- Større utbedringer meldes inn i forbindelse med budsjettprosess
- For øvrig løpende vurdering hvor følgende blir tillagt vekt:
 - Tidligere hendelser
 - Ledningens alder
 - Materialtyper

4. Kommunen bør utarbeide en overordnet plan for vedlikehold og fornying

- I Gemini har kommunen registrert ledningsmateriell, anleggsår og tidligere hendelser i nettet.
- Ser behov for å lage en overordnet plan for vedlikehold og fornying, med fokus bl.a. på
 - Eldre vannledninger i støpjern, og PVC fra før ca. 1978 bør prioriteres
 - Eldre avløpsledninger i betong o.l.
 - Separering av ledningsnett

5. Kommunen bør oppdatere beredskapsplanen for vann

- Pågår ROS-analyser for å avdekke kritiske hendelser for vannverkene, fra nedslagsfelt/vannkilde og fram til stikkledninger til forbruker. Dvs hele vannforsyningssystemet.
- Resultater vil danne grunnlag for beredskapsplan
- Beredskapsplanene må følges opp i daglig drift, eventuelt større tiltak i budsjett/handlingsplaner.

6. Kommunen bør vurdere om utskiftingstakten på ledninger er tilstrekkelig

- Generelt bør utskiftingstakten være minimum 2 % årlig.
- Det er avsatt midler for å lage egen plan mht. utskifting av ledningsnett i 2023/24.

7. Kommunen bør sikre at avløpsanleggene har tilstrekkelig kapasitet

- Omtalt i hovedplan for vann og vannmiljø vedtatt i 2022.
- Vassbygda og Kjøra ferdigstilt, jf ny hovedplan.
- Skisseprosjekter for Løkken og Gammelosen (GORA) igangsatt.
- Forprosjekt for oppgradering av Grefstad RA utarbeidet. Er i prosjekteringsfase.

Endring i avløpsdirektivet kan medføre strengere krav enn det som var forutsatt da temaplan ble utarbeidet.

8. Kommunen bør vurdere om rutiner og oppfølging av avløpsanleggene og etterlevelse av tillatelser innen avløp er tilstrekkelig.

- VA-avd. drifter anleggene og tar prøver i hht. utslippstillatelse og bestemmelser i forurensningsforskriften
- Det rapporteres årlig til forurensningsmyndigheten. Forurensningsmyndighet er Kommune og Statsforvalter avhengig av anleggsstørrelse.
- Det er planlagt oppgradering og/eller nye anlegg – en har derfor valgt å tillate mindre tilknytninger på tross av at dagens anlegg ikke har kapasitet til tilfredsstillende rensing.
- For større utbygginger må det gjøres en konkret vurdering mht. tilknytning inntil nytt renseanlegg er på plass.

9. Kommunen bør sikre at de har tilstrekkelig oversikt over private avløpsanlegg i sine systemer

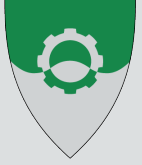
- Gemini Privat Utslipp anskaffet for oppfølging av spredt avløp/private avløpsanlegg.
 - Digital forvaltning
 - Arkivering av dokumentasjon om anlegg
 - Løsning for kontroll/inspeksjon/tilsyn og varslings.
 - Remidts IKS har oversikt over alle slamtanker som skal tømmes.
 - Danner grunnlag for registreringer i kommunens system

10. Kommunen bør gjennomføre tilsyn med private avløpsanlegg

- Tiltaksprogram under arbeid – politisk behandling i april 2023.
- Opprydding i forurensning fra private anlegg i område for område.
 - Prioritere sårbare område med brukerinteresser
 - Deretter område med «moderat» eller «dårlig» økologisk tilstand – hvor tiltak forventes å gi bedring.
- Framtidig jevnlig kontroll/inspeksjon av nye anlegg, både private og kommunale.

11. Kommunen bør sikre at alle anleggene inspiseres jevnlig

- Fra 01.01.23 er det 2 personer som arbeider med kap. 12 og 13 anlegg.
- Økt ressurs for gjennomføring av oppryddingsprosjekter.
- Stilling skal også håndtere søknadsbehandling, dokumenttilsyn og fysisk tilsyn, påleggssaker mm.
- Øvrige saksbehandlere på enheten har også kompetanse til å kunne bidra i perioder med høy arbeidsbelastning.



Det jobbes kontinuerlig med de forhold som nå er gjennomgått, og Kommunedirektøren kommer tilbake med oppdatert status innen sommeren 2024(om dette blir vedtaket i dagens Kontrollutvalg).



**ORKLAND
KOMMUNE**

Kontrollutvalgets uttalelse om Orklandbadet KF sitt årsregnskap og årsberetning 2023

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Orkland kommune

Møtedato

10.06.2024

Saknr

38/24

Saksbehandler Eva J. Bekkavik

Arkivkode FE-216

Arkivsaknr 23/281 - 9

Forslag til vedtak

1. Kontrollutvalget vedtar forslag til uttalelse om Orklandbadet KF sitt årsregnskap og årsberetning for 2023.
2. Kontrollutvalgets uttalelse sendes kommunestyret, med kopi til formannskapet.

Vedlegg

Kontrollutvalgets uttalelse om Orklandbadet KF sitt årsregnskap og årsberetning 2023

Revisjonsberetning 2023 - Orklandbadet KF

Nummerert brev nr. 8 - Orklandbadet KF

Foreløpig revisjonsberetning 2023 - Orklandbadet KF

Utrykt vedlegg

Årsregnskap og årsberetning 2023

Saksopplysninger

Kontrollutvalget skal i denne saken vedta en uttalelse om Orklandbadet KF sitt årsregnskap. Uttalelsen skal gjøre formannskapet og kommunestyret oppmerksom på forhold som har betydning for om årsregnskap og årsberetning kan godkjennes.

Uttalelsen sendes kommunestyret med kopi til formannskapet. Formannskapet må ha uttalelsen så tidlig at det kan ta hensyn til den når det behandler innstilling om godkjenning av årsregnskap og årsberetning til kommunestyret.

Kontrollutvalgets uttalelse

Kontrollutvalgets uttalelse er basert på Orklandbadet KF sitt årsregnskap og årsberetning, samt revisors beretning.

Kontrollutvalget bekrefter i uttalelsen at regnskapet er revidert på betryggende måte og i samsvar med lov, forskrift og god kommunal revisjonsskikk. Det går dessuten fram av uttalelsen at årsberetningen omfatter alle forhold som kreves i kommuneloven.

Årsregnskap

Orklandbadet KF sitt årsregnskap skal gi kommunestyret grunnlag for styring og kontroll av den samlede økonomiske utviklingen. Årsregnskapet er utformet i samsvar med gjeldende lov, forskrift og god kommunal regnskapsskikk.

Årsregnskapet ble avlagt 08.03.2024, men årsregnskapet ble fullstendig signert 05.06.2024. Jf. kommuneloven § 14-6 så skal årsregnskap avlegges senest 22. februar. Årsregnskapet viser netto driftsresultat på kr 1.779.193,67

Årsberetning

Kommunale foretak skal utarbeide en årsberetning for foretakets samlede virksomhet. Årsberetningen er avlagt 05.06.2024. Jf. kommuneloven § 14-6 så skal årsberetningen avlegges senest 31. mars. Årsberetningen inneholder opplysninger om regnskapet og redegjørelser som loven krever.

Revisjonsberetningen

Foretakets årsregnskap og årsberetning er revidert av Revisjon Midt-Norge SA. Revisor bekrefter at årsregnskapet og årsberetningen inneholder opplysningene som kreves i lov og

forskrift. Revisor bekrefter også at årsberetningen gir dekkende opplysninger om vesentlige beløpsmessige avvik fra årsbudsjettet, og om vesentlige avvik fra kommunestyrets premisser for bruken av bevilgningene.

Foreløpig revisjonsberetningen er datert den 15.04.2024, og er avgitt som negativ beretning, se forklaring under overskriften «Nummererte brev».

Den endelige revisjonsberetningen er dater 05.06.2024, og er avgitt som en ren beretning.

Nummererte brev

Ifølge kommuneloven § 24-7 plikter revisor å påpeke en del nærmere angitte forhold i nummerert brev. Dette gjelder vesentlige forhold, som for eksempel forhold som kan medføre feilinformasjon i årsregnskapet eller mangler i rutiner for økonomisk intern kontroll.

Kontrollutvalget har mottatt nummerert brev nr. 8 fra revisor med informasjon om at revisor ikke har vært i stand til å få revidert regnskapet innen fristen for avleggelse av revisors beretning som var satt til 15.04.2024. Grunnen til dette var at styret i Orklandbadet KF ikke har avgitt årsregnskap og årsberetning for regnskapsåret 2023 innen de frister som følger av kommuneloven.

Vurdering

Kontrollutvalget står fritt til å bestemme innholdet i uttalelsen. Sekretariatet vil likevel påpeke at formålet med uttalelsen primært er å gi innspill til kommunestyret og formannskapetets behandling av årsregnskap og årsberetning for 2023. Det vil si at uttalelsen bare bør omtale forhold som har betydning for om årsregnskapet og årsberetningen kan godkjennes.

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å gi en uttalelse i samsvar med vedlagt forslag. Kontrollutvalget har likevel anledning til å gi flere kommentarer til årsregnskap og årsberetning.

**Til
Kommunestyret**

Kontrollutvalgets uttalelse om Orklandbadet KF sitt årsregnskap og årsberetning for 2023

Kontrollutvalget har i ekstraordinært møte 10.06.2024, behandlet Orklandbadet KF sitt årsregnskap og årsberetning for 2023. Årsregnskapet viser netto driftsresultat på kr.1.779.193,67.

I revisjonsberetning, datert 05.06.2024, bekrefter revisor at regnskapet og årsberetningen er avlagt i tråd med lov, forskrift og god kommunal regnskapsskikk.

Kontrollutvalget har fått orienteringer fra daglig leder i Orklandbadet KF og oppdragsansvarlig regnskapsrevisor.

Kontrollutvalget har vært løpende orientert om revisors arbeid gjennom året og i forbindelse med årsoppgjøret. Kontrollutvalget har ikke blitt kjent med forhold som har betydning for kommunestyrets godkjenning av årsregnskap og årsberetning for 2023.

Kontrollutvalget vil likevel påpeke:

Revisor har i nummerert brev nr. 8 informert kontrollutvalget om at revisor ikke har vært i stand til å få revidert regnskapet innen fristen for avleggelse av revisors beretning som er satt til 15.04.2024, fordi avlevering av årsregnskap og årsberetning har vært for sen.

Årsregnskap og årsberetning for årene 2020 -2022 ble også avlagt for sent, kontrollutvalget forutsetter at foretakets styre avleverer årsregnskap og årsberetning innen lovpålagte frister heretter.

Kontrollutvalget anbefaler at foretakets årsregnskap og årsberetning for 2023 godkjennes.

Orkanger 10.06.2024
Kontrollutvalget

Kopi: Formannskapet

Til kommunestyret i Orkland kommune

UAVHENGIG REVISORS BERETNING

Uttalelse om revisjonen av årsregnskapet

Konklusjon

Vi har revidert årsregnskapet for Orklandbadet KF for som viser et netto driftsresultat på kr 1.779.193,67. Årsregnskapet består av balanse per 31. desember 2023, bevilgningsoversikter drift og investering, økonomisk oversikt drift og oversikt over samlet budsjettavvik og årsoppgjørdisposisjoner for regnskapsåret avsluttet per denne datoen og noter til årsregnskapet, herunder et sammendrag av viktige regnskapsprinsipper.

Etter vår mening

- Oppfyller årsregnskapet gjeldende lovkrav, og
- Gir årsregnskapet i det alt vesentlige en dekkende fremstilling av den finansielle stillingen til foretaket per 31. desember 2023, og av resultatet for regnskapsåret avsluttet per denne datoen i samsvar med kommunelovens regler og god kommunal regnskapsskikk i Norge.

Grunnlag for konklusjonen

Vi har gjennomført revisjonen i samsvar med lov, forskrift og god kommunal revisjonsskikk i Norge og International Standards on Auditing (ISA-ene). Våre oppgaver og plikter i henhold til disse standardene er beskrevet i *Revisors oppgaver og plikter ved revisjon av årsregnskapet*. Vi er uavhengige av foretaket slik det kreves i lov og forskrift, og har overholdt våre øvrige etiske forpliktelser i samsvar med disse kravene. Innhentet revisjonsbevis er etter vår vurdering tilstrekkelig og hensiktsmessig som grunnlag for vår konklusjon.

Årsberetningen og annen øvrig informasjon

Ledelsen er ansvarlig for informasjon i årsberetningen og den øvrige informasjonen som er publisert sammen med årsregnskapet. Øvrig informasjon omfatter den lovbestemte årsberetningen og annen informasjon i foretakets årsrapport. Vår konklusjon om årsregnskapet ovenfor dekker verken informasjonen i årsberetningen eller annen øvrig informasjon.

I forbindelse med revisjonen av årsregnskapet er det vår oppgave å lese årsberetningen og annen øvrig informasjon. Formålet er å vurdere hvorvidt det foreligger vesentlig inkonsistens mellom årsberetningen, annen øvrig informasjon og årsregnskapet og den kunnskap vi har opparbeidet oss under revisjonen av årsregnskapet, eller hvorvidt informasjon i årsberetningen og annen øvrig informasjon ellers fremstår som vesentlig feil. Vi har plikt til å rapportere dersom årsberetningen eller annen øvrig informasjon fremstår som vesentlig feil. Vi uttaler oss om årsberetning og annen øvrig informasjon datert 05.06.2024 og har ingenting å rapportere i så henseende.

Basert på kunnskapen vi har opparbeidet oss i revisjonen, mener vi at årsberetningen

- inneholder de opplysninger som skal gis i henhold til gjeldende lovkrav og
- at opplysningene om økonomi i årsberetningen stemmer overens med årsregnskapet.

Vi henviser for øvrig til avsnittet «Uttalelse om redegjørelse for vesentlige budsjettavvik» under uttalelse om øvrige lovmessige krav.

Revisjon Midt-Norge SA

Brugata 2
7715 Steinkjer

✉ post@revisjonmidt norge.no
☎ 907 30 300

www.revisjonmidt norge.no
Kontonummer: 4270.18.38658
Org.nr: 919 902 310 MVA

Dokumentet er signert digitalt av:

- MONICA NORDVIK LARSEN, 05.06.2024

Forseglet av



Posten Norge

Styret og daglig lederes ansvar for årsregnskapet

Styret og daglig leder er ansvarlig for å utarbeide årsregnskapet og for at det gir en dekkende fremstilling i samsvar med kommunelovens bestemmelser og god kommunal regnskapsskikk i Norge. Ledelsen er også ansvarlig for slik intern kontroll som anses nødvendig for å kunne utarbeide et årsregnskap som ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller utilsiktede feil.

Revisors oppgaver og plikter ved revisjonen av årsregnskapet

Vårt mål med revisjonen er å oppnå betryggende sikkerhet for at årsregnskapet som helhet ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller utilsiktede feil, og å avgi en revisjonsberetning som inneholder vår konklusjon. Betyggende sikkerhet er en høy grad av sikkerhet, men ingen garanti for at en revisjon utført i samsvar med lov, forskrift og god kommunal revisjonsskikk i Norge, herunder ISA-ene, alltid vil avdekke vesentlig feilinformasjon som eksisterer. Feilinformasjon kan oppstå som følge av misligheter eller utilsiktede feil. Feilinformasjon er å anse som vesentlig dersom den enkeltvis eller samlet med rimelighet kan forventes å påvirke økonomiske beslutninger som brukerne foretar basert på årsregnskapet.

For videre beskrivelse av revisors oppgaver vises det til:
www.nkrf.no/revisjonsberetninger – revisjonsberetning nr. 3

Uttalelse om øvrige lovmessige krav

Konklusjon om registrering og dokumentasjon

Basert på vår revisjon av årsregnskapet som beskrevet ovenfor, og kontrollhandlinger vi har funnet nødvendig i henhold til internasjonal standard for attestasjonsoppdrag (ISAE)3000 «Attestasjonsoppdrag som ikke er revisjon eller forenklet revisorkontroll av historisk finansiell informasjon», mener vi at ledelsen har oppfylt sin plikt til å sørge for ordentlig og oversiktlig registrering og dokumentasjon av foretakets regnskapsopplysninger i samsvar med lov og god bokføringskikk i Norge.

Uttalelse om redegjørelse for vesentlige budsjettavvik

Vi har utført et attestasjonsoppdrag som skal gi moderat sikkerhet, i forbindelse med Orklandbadet KFs redegjørelse for vesentlige budsjettavvik, enten det skyldes beløpsmessige avvik eller avvik fra kommunestyrets premisser for bruken av bevilgningene.

Konklusjon

Basert på de utførte handlingene og innhentede bevis er vi ikke kjent med forhold som gir grunn til å tro at årsberetningen ikke gir dekkende opplysninger om vesentlige budsjettavvik.

For videre beskrivelse av revisors oppgaver vises det til:
www.nkrf.no/revisjonsberetninger – revisjonsberetning nr. 3

Andre forhold

Denne beretningen erstatter tidligere avgitt beretning, datert 15.04.2024, som ble avgitt ved utløpet av forskriftens frist for å avlegge revisjonsberetningen.

Brekstad, 5. juni 2024

Monica Nordvik Larsen
Oppdragsansvarlig revisor
Statsautorisert revisor

Dokumentet er elektronisk godkjent

*Kopi:
Kontrollutvalget
Formannskapet
Kommunedirektør
Styret v/daglig leder*

Revisjon Midt-Norge SA
Brugata 2
7715 Steinkjer

✉ post@revisjonmidt norge.no
☎ 907 30 300

www.revisjonmidt norge.no
Kontonummer: 4270.18.38658
Org.nr: 919 902 310 MVA

Dokumentet er signert digitalt av:

- MONICA NORDVIK LARSEN, 05.06.2024





15.04.2024

Kontrollutvalget i Orkland kommune**Brev nr. 8****NEGATIV REVISJONSBERETNING**

Vi mottok årsregnskap for Orklandbadet KF 2023 den 08.03.2024 og årsberetningen den 26.03.24. Mottatt årsberetningen er ikke signert av styret.

I henhold til kommunelovens § 24-8 skal revisor uten unødig opphold, avlegge revisjonsberetningen senest 15. april. På grunn av sent avlagt årsregnskap, har vi ikke vært i stand til å utføre nødvendig revisjon i samsvar med lov, forskrift og god kommunal revisjonsskikk innen fristen for å avggi revisjonsberetning.

Vi kan derfor ikke uttale oss om årsregnskapet og har vært nødt til å avggi en negativ beretning.

Med vennlig hilsen

Monica Nordvik Larsen
Oppdragsansvarlig revisor
Statsautorisert revisor

Direkte ☎ 90 80 97 33 eller ✉ monica.larsen@revisjonmidt norge.no

Dokumentet er elektronisk godkjent

Kopi:
Formannskapet
Kommunedirektøren
Styret v/daglig leder

Revisjon Midt-Norge SA
Brugata 2
7715 Steinkjer

✉ post@revisjonmidt norge.no
☎ 907 30 300

www.revisjonmidt norge.no
Kontonummer: 4270.18.38658
Org.nr: 919 902 310 MVA

Dokumentet er signert digitalt av:

- MONICA NORDVIK LARSEN, 15.04.2024

Forseglet av



Posten Norge



Til kommunestyret i Orkland kommune

UAVHENGIG REVISORS BERETNING

Styret har ikke avgitt årsregnskap for Orklandbadet KF for regnskapsåret 2023 innen den frist som følger av kommuneloven. Vi har følgelig ikke vært i stand til å utføre revisjonen i samsvar med lov, forskrift og god kommunal revisjonsskikk innen fristen for å avgi revisjonsberetning 15. april, jf. kommuneloven § 24-8.

Denne revisjonsberetningen vil bli trukket tilbake når vi har fått tid til å gjennomføre de revisjonshandlinger vi finner nødvendige for å bekrefte årsregnskapet.

Brekstad, 15. april 2024

Monica Nordvik Larsen
Oppdragsansvarlig revisor
Statsautorisert revisor

Dokumentet er elektronisk godkjent

Kopi:
Kontrollutvalget
Formannskapet
Kommunedirektøren
Styret v/daglig leder

Revisjon Midt-Norge SA
Brugata 2
7715 Steinkjer

✉ post@revisjonmidt norge.no
☎ 907 30 300

www.revisjonmidt norge.no
Kontonummer: 4270.18.38658
Org.nr: 919 902 310 MVA

Dokumentet er signert digitalt av:

- MONICA NORDVIK LARSEN, 15.04.2024



Kontrollutvalgets uttalelse om kommunekassens årsregnskap, konsolidert årsregnskap og årsberetning 2023

Behandles i utvalg	Møtedato	Saknr
Kontrollutvalget i Orkland kommune	10.06.2024	39/24

Saksbehandler	Eva J. Bekkavik
Arkivkode	FE-216
Arkivsaknr	23/281 - 10

Forslag til vedtak

1. Kontrollutvalget vedtar forslag til uttalelse om kommunekassens årsregnskap, konsolidert årsregnskap og årsberetning for 2023.
2. Kontrollutvalgets uttalelse sendes kommunestyret, med kopi til formannskapet.

Vedlegg

Kontrollutvalgets uttalelse om kommunekassens årsregnskap, konsolidert årsregnskap og årsberetning 2023
Revisjonsberetning 2023 - Orkland kommune
Nummerert brev nr. 7 - Orkland kommune
Foreløpig revisjonsberetning 2023 - Orkland kommune

Utrykt vedlegg

Årsregnskap kommunekassen og konsolidert 2023
Årsberetning 2023

Saksopplysninger

Kontrollutvalget skal i denne saken vedta en uttalelse om kommunekassens årsregnskap, konsolidert årsregnskap og kommunens årsberetning for 2023. Uttalelsen skal gjøre formannskapet og kommunestyret oppmerksom på forhold som har betydning for om årsregnskap og årsberetning kan godkjennes.

Uttalelsen skal sendes til kommunestyret med kopi til formannskapet. Formannskapet må ha uttalelsen så tidlig at det kan ta hensyn til den når det behandler innstilling om godkjenning av årsregnskap og årsberetning til kommunestyret.

Kontrollutvalgets uttalelse

Kontrollutvalgets uttalelse er basert på kommunekassens årsregnskap, konsolidert årsregnskap og kommunens årsberetning for 2023, og revisjonsberetningen.

Kontrollutvalget bekrefter i uttalelsen at regnskapet er revidert på betryggende måte og i samsvar med lov, forskrift og god kommunal revisjonsskikk. Det går dessuten fram av uttalelsen at årsberetningen omfatter alle forhold som kreves i kommuneloven.

Kommunekassens årsregnskap og konsolidert årsregnskap

Kommunekassens årsregnskap og konsolidert årsregnskap som viser regnskapet for kommunens samlede virksomhet (kommunekassen, og kommunens foretak) skal gi kommunestyret grunnlag for styring og kontroll av den samlede økonomiske utviklingen.

Årsregnskapene er utformet i samsvar med gjeldende lov, forskrift og god kommunal regnskapsskikk og er avlagt/datert 04.06.2024 (Jf. kommuneloven § 14-6 så skal årsregnskap avlegges senest 22. februar.). Årsregnskapet for kommunekassen viser et netto driftsresultat på 53.395,263 kroner. Konsolidert årsregnskap viser et netto driftsresultat på 55.174.458 kroner.

Kommunedirektøren vil orientere kontrollutvalget om kommunekassens årsregnskap, konsolidert årsregnskap og årsberetning for 2023 i møtet.

Kommunens årsberetning

Kommuner skal utarbeide en årsberetning for kommunens samlede virksomhet. Årsberetningen er avlagt/datert 04.06.2024 (Jf. kommuneloven § 14-7 så skal årsberetning avgis senest 31. mars) og inneholder opplysninger om regnskapet og redegjørelser i tråd med lov og forskrift.

De grunnleggende kravene til økonomiforvaltningen er at den skal bidra til at den økonomiske handleevnen blir ivare tatt over tid, at planene er realistiske, at finans- og gjeldsforvaltningen ikke innebærer vesentlig risiko og at betalingsforpliktelsene kan innfris ved forfall.

Kommunestyret har vedtatt økonomiske handlingsregler for Orkland kommune, det kommer frem av årsberetningen at:

- Netto driftsresultat skal minimum være 1,75%, for 2023 så ble netto driftsresultat 2,7%
- Egenfinansiering av investeringer skal være minimum 20% av brutto investeringer, for 2023 så ble resultatet 16,68%
- Langsiktig gjeld (eks. pensjonsforpliktelser) skal være maks 100% av brutto driftsinntekter, for 2023 så ble resultatet 129,9%%
- Disposisjonsfond (fri egenkapital drift) skal være 5-10% av brutto driftsinntekter, pr. 2023 så er frie fond på 23,3%

Økonomisk handlingsregel kulepunkt 2 og 3 er ikke oppfylt for regnskapsåret 2023.

Revisjonsberetningen

Revisor bekrefter at årsregnskap og årsberetning inneholder opplysningene som kreves i lov og forskrift. Revisor bekrefter også at årsberetningen gir dekkende opplysninger om vesentlige beløpsmessige avvik fra årsbudsjettet, og om vesentlige avvik fra kommunestyrets premisser for bruken av bevilgningene.

Foreløpig revisjonsberetningen er datert den 15.04.2024, og er avgitt som negativ beretning, se forklaring under overskriften «Nummererte brev».

Den endelige revisjonsberetningen er dater 05.06.2024, og er avgitt som en ren beretning.

Oppdragsansvarlig revisor vil orientere om arbeidet med revideringen av kommunekassens årsregnskap, konsolidert årsregnskap og årsberetning for 2023.

Nummererte brev

Ifølge kommuneloven § 24-7 plikter revisor å påpeke en del nærmere angitte forhold i nummerert brev. Dette gjelder vesentlige forhold, som for eksempel forhold som kan medføre feilinformasjon i årsregnskapet eller mangler i rutiner for økonomisk intern kontroll.

Kontrollutvalget har mottatt nummerert brev nr. 7 og 8 fra revisor med informasjon om at revisor ikke har vært i stand til å få revidert regnskapene innen fristen for avleggelse av revisors beretning som var satt til 15.04.2024. Grunnen til dette var at kommunedirektøren ikke har avlagt årsregnskap for Orkland kommune, samt konsolidert årsregnskap for regnskapsåret 2023, og styret i Orklandbadet KF har ikke avgitt årsregnskap og signert årsberetning for regnskapsåret 2023, innen de frister som følger av kommuneloven.

Vurdering

Kontrollutvalget står fritt til å bestemme innholdet i uttalelsen. Sekretariatet vil likevel påpeke at formålet med uttalelsen primært er å gi innspill til kommunestyret og formannskapet

behandling av årsregnskap og årsberetning for 2023. Det vil si at uttalelsen bare bør omtale forhold som har betydning for om årsregnskapet og årsberetningen kan godkjennes.

Sekretariatet anbefaler kontrollutvalget å gi en uttalelse i samsvar med vedlagt forslag. Kontrollutvalget har likevel anledning til å gi flere kommentarer til årsregnskap og årsberetning.

**Til
Kommunestyret**

Kontrollutvalgets uttalelse om kommunekassens årsregnskap, konsolidert årsregnskap og kommunens årsberetning for 2023

Kontrollutvalget har i ekstraordinært møte 10.06.2024, behandlet kommunekassens årsregnskap, konsolidert årsregnskap samt kommunens årsberetning for 2023. Kommunekassens årsregnskap viser et driftsresultat på kr 53.395.263, og et netto driftsresultat i det konsoliderte årsregnskapet på kr. 55.174.458.

I revisjonsberetning, datert 05.06.2024, bekrefter revisor at regnskapene og årsberetningen er avlagt i tråd med lov, forskrift og god kommunal regnskapsskikk.

Kommunestyret har vedtatt økonomiske handlingsregler for Orkland kommune, det kommer frem av årsberetningen at:

- Netto driftsresultat skal minimum være 1,75%, for 2023 så ble netto driftsresultat 2,7%
- Egenfinansiering av investeringer skal være minimum 20% av brutto investeringer, for 2023 så ble resultatet 16,68%
- Langsiktig gjeld (eks. pensjonsforpliktelser) skal være maks 100% av brutto driftsinntekter, for 2023 så ble resultatet 129,9%%
- Disposisjonsfond (fri egenkapital drift) skal være 5-10% av brutto driftsinntekter, pr. 2023 så er frie fond på 23,3%

Økonomisk handlingsregel kulepunkt 2 og 3 er ikke oppfylt for regnskapsåret 2023.

Kontrollutvalget har fått muntlige orienteringer fra kommunedirektøren og fra oppdragsansvarlig regnskapsrevisor.

Kontrollutvalget har vært løpende orientert om revisors arbeid gjennom året og i forbindelse med årsoppgjøret. Kontrollutvalget har ikke blitt kjent med forhold som har betydning for kommunestyrets godkjenning av årsregnskapene og årsberetning for 2023.

Kontrollutvalget vil likevel påpeke:

Revisor har i nummerert brev nr. 7 og 8 informert kontrollutvalget om at revisor ikke har vært i stand til å få revidert regnskapene innen fristen for avleggelse av revisors beretning (15.04.2024), fordi avlevering av årsregnskaper og årsberetning har vært for sen.

Årsregnskap og årsberetning for årene 2020 -2022 ble også avlagt for sent, kontrollutvalget forutsetter at kommunedirektøren avleverer årsregnskaper og årsberetning innen lovpålagte frister heretter.

Kontrollutvalget anbefaler at kommunekassens og det konsoliderte årsregnskapet samt kommunens årsberetning for 2023 godkjennes.

Orkanger 10.06.2024
Kontrollutvalget

Kopi: Formannskapet

Til kommunestyret i Orkland kommune

UAVHENGIG REVISORS BERETNING

Uttalelse om revisjonen av årsregnskapet

Konklusjon

Vi har revidert årsregnskap for Orkland kommune som viser et netto driftsresultat på kr 53.395.264 i kommunekassen, og et netto driftsresultat i det konsoliderte årsregnskapet på kr. 55.174.458. Årsregnskapet består av:

- kommunekassens årsregnskap som består av balansen per 31. desember 2023, bevilgningsoversikter drift og investering, økonomisk oversikt drift og oversikt over samlet budsjettavvik og årsoppgjørdisposisjoner for regnskapsåret avsluttet per denne datoen og noter til årsregnskapet, herunder et sammendrag av viktige regnskapsprinsipper, og
- konsolidert årsregnskap som består av balanse per 31. desember 2023, driftsregnskap og investeringsregnskap, for regnskapsåret avsluttet per denne datoen, og noter, herunder et sammendrag av viktige regnskapsprinsipper.

Etter vår mening:

- oppfyller kommunekassens årsregnskap gjeldende lovkrav og gir i det alt vesentlige en dekkende fremstilling av kommunekassens finansielle stilling per 31. desember 2023, og av resultatet for regnskapsåret avsluttet per denne datoen i samsvar med kommunelovens regler og god kommunal regnskapsskikk i Norge.
- oppfyller det konsoliderte årsregnskapet gjeldende lovkrav og gir i det alt vesentlige en dekkende fremstilling av den finansielle stillingen til Orkland kommune som økonomisk enhet per 31. desember 2023, og av resultatet for regnskapsåret avsluttet per denne datoen i samsvar med kommunelovens regler og god kommunal regnskapsskikk i Norge.

Grunnlag for konklusjonen

Vi har gjennomført revisjonen i samsvar med lov, forskrift og god kommunal revisjonsskikk i Norge og International Standards on Auditing (ISA-ene). Våre oppgaver og plikter i henhold til disse standardene er beskrevet nedenfor under *Revisors oppgaver og plikter ved revisjon av årsregnskapet*. Vi er uavhengige av kommunen slik det kreves i lov og forskrift, og har overholdt våre øvrige etiske forpliktelser i samsvar med disse kravene. Innhentet revisjonsbevis er etter vår vurdering tilstrekkelig og hensiktsmessig som grunnlag for vår konklusjon.

Årsberetningen og annen øvrig informasjon

Kommunedirektøren er ansvarlig for informasjonen i årsberetningen og den øvrige informasjonen som er publisert sammen med årsregnskapet. Øvrig informasjon omfatter den lovbestemte årsberetningen og annen informasjon i kommunens årsrapport. Vår konklusjon om årsregnskapet ovenfor dekker verken informasjon i årsberetningen eller annen øvrig informasjon.

I forbindelse med revisjonen av årsregnskapet er det vår oppgave å lese årsberetningen og annen øvrig informasjon. Formålet er å vurdere hvorvidt det foreligger vesentlig inkonsistens mellom årsberetningen, annen øvrig informasjon og årsregnskapet og den kunnskap vi har opparbeidet oss under revisjonen av årsregnskapet, eller hvorvidt informasjon i årsberetningen og annen øvrig informasjon ellers fremstår som vesentlig feil. Vi har plikt til å rapportere dersom årsberetningen og annen øvrig informasjon

Revisjon Midt-Norge SA

Brugata 2
7715 Steinkjer

✉ post@revisjonmidt norge.no
☎ 907 30 300

www.revisjonmidt norge.no

Kontonummer: 4270.18.38658
Org.nr: 919 902 310 MVA

Dokumentet er signert digitalt av:

- MONICA NORDVIK LARSEN, 05.06.2024



fremstår som vesentlig feil. Vi uttaler oss om årsberetning og annen øvrig informasjon datert 04.06.2024 og har ingenting å rapportere i så henseende.

Basert på kunnskapen vi har opparbeidet oss i revisjonen, mener vi at årsberetningen

- inneholder de opplysninger som skal gis i henhold til gjeldende lovkrav og
- at opplysningene om økonomi i årsberetningen stemmer overens med årsregnskapet.

Vi henviser for øvrig til avsnittet «Uttalelse om redegjørelse for vesentlige budsjettavvik» under uttalelse om øvrige lovmessige krav.

Kommunedirektørens ansvar for årsregnskapet

Kommunedirektøren er ansvarlig for å utarbeide årsregnskapet og for at det gir en dekkende fremstilling i samsvar med kommunelovens bestemmelser god kommunal regnskapsskikk i Norge. Kommunedirektøren er også ansvarlig for slik intern kontroll som vedkommende finner nødvendig for å kunne utarbeide et årsregnskap som ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller utilsiktede feil.

Revisors oppgaver og plikter ved revisjonen av årsregnskapet

Vårt mål med revisjonen er å oppnå betryggende sikkerhet for at årsregnskapet som helhet ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller utilsiktede feil, og å avgi en revisjonsberetning som inneholder vår konklusjon. Betryggende sikkerhet er en høy grad av sikkerhet, men ingen garanti for at en revisjon utført i samsvar med lov, forskrift og god kommunal revisjonsskikk i Norge, herunder ISA-ene, alltid vil avdekke vesentlig feilinformasjon som eksisterer. Feilinformasjon kan oppstå som følge av misligheter eller utilsiktede feil. Feilinformasjon er å anse som vesentlig dersom den enkeltvis eller samlet med rimelighet kan forventes å påvirke økonomiske beslutninger som brukerne foretar basert på årsregnskapet.

For videre beskrivelse av revisors oppgaver og plikter vises det til:

www.nkrf.no/revisjonsberetninger - revisjonsberetning nr. 1

Uttalelse om øvrige lovmessige krav

Konklusjon om registrering og dokumentasjon

Basert på vår revisjon av årsregnskapet som beskrevet ovenfor, og kontrollhandlinger vi har funnet nødvendig i henhold til internasjonal standard for attestasjonsoppdrag (ISAE) 3000 «Attestasjonsoppdrag som ikke er revisjon eller forenklet revisorkontroll av historisk finansiell informasjon», mener vi at ledelsen har oppfylt sin plikt til å sørge for ordentlig og oversiktlig registrering og dokumentasjon av kommunens regnskapsopplysninger i samsvar med lov og god bokføringskikk i Norge.

Uttalelse om redegjørelse for vesentlige budsjettavvik

Vi har utført et attestasjonsoppdrag som skal gi moderat sikkerhet, i forbindelse med Orkland kommunes redegjørelse for vesentlige budsjettavvik, enten det skyldes beløpsmessige avvik eller avvik fra kommunestyrets premisser for bruken av bevilgningene.

Konklusjon

Basert på de utførte handlingene og innhentet bevis er vi ikke blitt kjent med forhold som gir grunn til å tro at årsberetningen ikke gir dekkende opplysninger om budsjettavvik.

Se www.nkrf.no/revisjonsberetninger - revisjonsberetning nr. 1

Revisjon Midt-Norge SA

Brugata 2
7715 Steinkjer

✉ post@revisjonmidt norge.no
☎ 907 30 300

www.revisjonmidt norge.no

Kontonummer: 4270.18.38658
Org.nr: 919 902 310 MVA

Dokumentet er signert digitalt av:

- MONICA NORDVIK LARSEN, 05.06.2024

Forseglet av



Posten Norge

Andre forhold

Denne beretning erstatter tidligere avgitt beretning, datert 15.04.2024, som ble avgitt ved utløpet av forskriftens frist for å avlegge revisjonsberetningen.

Brekstad, 5. juni 2024

Monica Nordvik Larsen
Oppdragsansvarlig revisor
Statsautorisert revisor

Dokumentet er elektronisk godkjent

Kopi:
Kontrollutvalget
Formannskapet
Kommunedirektøren

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, 05.06.2024

Forseglet av



Posten Norge



15.04.2024

Kontrollutvalget i Orkland kommune**Brev nr. 7****NEGATIV REVISJONSBERETNING**

Kommunedirektøren avla årsregnskap for 2023 den 08.03.2024 og årsberetningen den 26.03.24.

I henhold til kommunelovens § 24-8 skal revisor uten unødig opphold, avlegge revisjonsberetningen senest 15. april. På grunn av sent avlagt årsregnskap, har vi ikke vært i stand til å utføre nødvendig revisjon i samsvar med lov, forskrift og god kommunal revisjonsskikk innen fristen for å avgjøre revisjonsberetning.

Vi kan derfor ikke uttale oss om årsregnskapet og har vært nødt til å avgjøre en negativ beretning.

Med vennlig hilsen

Monica Nordvik Larsen
Oppdragsansvarlig revisor
Statsautorisert revisor

Direkte ☎ 90 80 97 33 eller ✉ monica.larsen@revisjonmidt norge.no

Dokumentet er elektronisk godkjent

Kopi:
Kommunedirektør
Formannskap

Revisjon Midt-Norge SA
Brugata 2
7715 Steinkjer

✉ post@revisjonmidt norge.no
☎ 907 30 300

www.revisjonmidt norge.no
Kontonummer: 4270.18.38658
Org.nr: 919 902 310 MVA

Dokumentet er signert digitalt av:

- MONICA NORDVIK LARSEN, 15.04.2024





Til kommunestyret i Orkland kommune

UAVHENGIG REVISORS BERETNING

Kommunedirektøren har ikke avgitt årsregnskap for Orkland kommune for regnskapsåret 2023 innen den frist som følger av kommuneloven. Vi har følgelig ikke vært i stand til å utføre revisjonen i samsvar med lov, forskrift og god kommunal revisjonsskikk innen fristen for å avgi revisjonsberetning 15. april, jf. kommuneloven § 24-8.

Denne revisjonsberetningen vil bli trukket tilbake når vi har fått tid til å gjennomføre de revisjonshandlinger vi finner nødvendige for å bekrefte årsregnskapet.

Brekstad, 15. april 2024

Monica Nordvik Larsen
Oppdragsansvarlig revisor
Statsautorisert revisor

Dokumentet er elektronisk godkjent

Kopi: Kontrollutvalget
Formannskap
Kommunedirektør

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, 15.04.2024

Forseglet av



Posten Norge

Rutiner og informasjon til brukere og pårørende ved flytting av beboere i kommunale boliger - orientering til kontrollutvalget

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Orkland kommune

Møtedato

10.06.2024

Saknr

40/24

Saksbehandler Eva J. Bekkavik

Arkivkode FE-033

Arkivsaknr 23/594 - 10

Forslag til vedtak

Kontrollutvalget tar kommunedirektørens redegjørelse til orientering.

Vedlegg

Orientering til kontrollutvalget - rutiner og informasjon til brukere og pårørende ved flytting av beboere i kommunale boliger

Saksopplysninger

På kontrollutvalgets møte 28.02.2024 ble det under sak 12/24 Innspill til kontrollarbeidet, vedtatt å be kommunedirektøren om en orientering om rutiner og informasjon til brukere og pårørende ved flytting av beboere i kommunale boliger.

Kontrollutvalget fattet enstemmig følgende vedtak:

Kontrollutvalget ber kommunedirektøren om en orientering om rutiner og informasjon til brukere og pårørende ved flytting av beboere i kommunale boliger. Orienteringen gis på kontrollutvalgets møte 29.05.2024.

Kontrollutvalgets sekretariat har i brev av 1. mars 2024 bedt kommunedirektøren om å gi kontrollutvalget en orientering om rutiner og informasjon til brukere og pårørende ved flytting av beboere i kommunale boliger.

På grunn av at kontrollutvalgets møte 29. mai ble avholdt på Krokstadøra med to virksomhetsbesøk og i tillegg mange saker til behandling, så ble orienteringen fra kommunedirektøren flyttet fra 29. mai til utvalgets ekstraordinære møte 10. juni. Flyttingen ble avgjort i samråd med kontrollutvalgets leder og kommunedirektøren.

Konklusjon

Kontrollutvalgets sekretariat viser til kommunedirektørens orientering i møtet og anbefaler kontrollutvalget å ta redegjørelsen til orientering.

Orkland Kommune
Postboks 83
7301 Orkanger

Vår saksbehandler: Eva J. Bekkavik, tlf. 468 51 950
E-post: eva.bekkavik@konsek.no
Deres ref.:
Vår ref.: 23/594-6
Oppgis ved alle henvendelser
Vår dato: 01.03.2024

Orientering til kontrollutvalget - rutiner og informasjon til brukere og pårørende ved flytting av beboere i kommunale boliger

På kontrollutvalgets møte 28.02.2024 ble det under sak 12/24 Innspill til kontrollarbeidet, vedtatt å be kommunedirektøren om en orientering om rutiner og informasjon til brukere og pårørende ved flytting av beboere i kommunale boliger.

Kontrollutvalget fattet enstemmig følgende vedtak:

Kontrollutvalget ber kommunedirektøren om en orientering om rutiner og informasjon til brukere og pårørende ved flytting av beboere i kommunale boliger. Orienteringen gis på kontrollutvalgets møte 29.05.2024.

Under henvisning til kontrollutvalgets vedtak i sak 12/24, ber vi herved om at kommunedirektøren i Orkland kommune orienterer på kontrollutvalgets møte 29.05.2024.

Med hilsen
Konsek Trøndelag IKS

Eva J. Bekkavik
seniorrådgiver

Dette brevet er elektronisk godkjent og har derfor ikke signatur.

Kopi til:
Kontrollutvalgets leder
Ordfører

Opplæring til politisk nivå - orientering til kontrollutvalget

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Orkland kommune

Møtedato

10.06.2024

Saknr

41/24

Saksbehandler Eva J. Bekkavik

Arkivkode FE-033

Arkivsaknr 23/594 - 9

Forslag til vedtak

Kontrollutvalget tar kommunedirektørens redegjørelse til orientering.

Vedlegg

Orientering til kontrollutvalget - opplæring til politisk nivå

Saksopplysninger

På kontrollutvalgets møte 28.02.2024 ble det under sak 12/24 Innspill til kontrollarbeidet, vedtatt å be kommunedirektøren om en orientering om opplæring til politisk nivå.

Kontrollutvalget fattet enstemmig følgende vedtak:

Kontrollutvalget ber kommunedirektøren om en orientering om opplæring til politisk nivå når det gjelder habilitet, lukking av møter/møteoffentlighet. Orienteringen gis på kontrollutvalgets møte 29.05.2024.

Kontrollutvalgets sekretariat har i brev av 1. mars 2024 bedt kommunedirektøren om å gi kontrollutvalget en orientering om opplæring til politisk nivå.

På grunn av at kontrollutvalgets møte 29. mai ble avholdt på Krokstadøra med to virksomhetsbesøk og i tillegg mange saker til behandling, så ble orienteringen fra kommunedirektøren flyttet fra 29. mai til utvalgets ekstraordinære møte 10. juni. Flyttingen ble avgjort i samråd med kontrollutvalgets leder og kommunedirektøren.

Konklusjon

Kontrollutvalgets sekretariat viser til kommunedirektørens orientering i møtet og anbefaler kontrollutvalget å ta redegjørelsen til orientering.

Orkland Kommune
Postboks 83
7301 Orkanger

Vår saksbehandler: Eva J. Bekkavik, tlf. 468 51 950
E-post: eva.bekkavik@konsek.no
Deres ref.:
Vår ref.: 23/594-5
Oppgis ved alle henvendelser
Vår dato: 01.03.2024

Orientering til kontrollutvalget - opplæring til politisk nivå

På kontrollutvalgets møte 28.02.2024 ble det under sak 12/24 Innspill til kontrollarbeidet, vedtatt å be kommunedirektøren om en orientering om opplæring til politisk nivå.

Kontrollutvalget fattet enstemmig følgende vedtak:

Kontrollutvalget ber kommunedirektøren om en orientering om opplæring til politisk nivå når det gjelder habilitet, lukking av møter/møteoffentlighet. Orienteringen gis på kontrollutvalgets møte 29.05.2024.

Under henvisning til kontrollutvalgets vedtak i sak 12/24, ber vi herved om at kommunedirektøren i Orkland kommune orienterer på kontrollutvalgets møte 29.05.2024.

Med hilsen
Konsek Trøndelag IKS

Eva J. Bekkavik
seniorrådgiver

Dette brevet er elektronisk godkjent og har derfor ikke signatur.

Kopi til:
Kontrollutvalgets leder
Ordfører

Forvaltningsrevisjon internkontroll - kommunedirektørens oppfølging av kommunestyrets vedtak

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Orkland kommune

Møtedato

10.06.2024

Saknr

42/24

Saksbehandler Eva J. Bekkavik

Arkivkode FE-217, TI-&58

Arkivsaknr 22/221 - 14

Forslag til vedtak

Saken legges frem uten forslag til vedtak.

Vedlegg

Kommunedirektørens oppfølging av kommunestyrets vedtak - forvaltningsrevisjonsrapport internkontroll

Utkast rapportering av Internkontroll og kvalitetsarbeid

Vedtaksoppfølging prosjektplan

Oppdragsbrev internkontroll Orkland kommune

Kvalitetsledelse

ROS-hovedprosesser - tjenesteproduksjon

Utkast rapportering av Internkontroll og kvalitetsarbeid

Virksomhetsplan -psykisk helse og rus 2024

Saksopplysninger

På kontrollutvalgets møte 6. desember 2023 (sak 57/23) ble rapport fra forvaltningsrevisjon av internkontroll behandlet.

Nedenfor kommer et kort utdrag fra forvaltningsrevisjonsrapporten.

Revisjon Midt-Norge SA formulerte følgende problemstillinger for prosjektet:

- Har Orkland kommune et system for internkontroll?
- Gjennomfører Orkland kommune tilstrekkelig grad av kontrollaktiviteter?
- Bruker Orkland kommune informasjonen fra internkontrollen til forbedringsarbeid?

Revisjonens konklusjon

Orkland kommune har et system for internkontroll under oppbygging. Det varierer mellom sektorer hvor vidt de ulike fundamentene i internkontrollen er tatt i bruk. De vises til svakheter innenfor følgende punkter:

- Rutiner og beskrivelser av kommunens hovedprosesser må legges i kvalitetssystemet
- Avvikssystemet må implementeres i større grad i organisasjonen.
- Mangel på risikovurderinger av hovedprosessene.
- Rapporteringen på status i kommunens internkontroll til kommunestyret bør være mer spesifikk.

På overordnet nivå har man ikke tatt stilling til hvilke kontrollaktiviteter som bør gjennomføres, eller prinsipper man jobber utfra i valget av kontrollaktiviteter. Kontrollene som blir gjennomført er i liten grad satt ut fra et risikoperspektiv.

Revisor finner eksempler på at data fra internkontrollen er med å skape læring i organisasjonen. Utfordringsdokumentet som er grunnlaget for den årlige budsjettbehandlingen, er et av dem. Helsesektoren arbeider systematisk med å skape læring etter avvik. Ut fra dette mener revisor at kommunen bruker data fra internkontrollen i begrenset grad til å skape læring.

Revisor har forståelse for at det tar tid å bygge et fullendt internkontrollsystem. Orkland kommune er en relativt ny kommune, og det er variasjon i hvor godt internkontrollsystemet er utbygd på tvers av sektorene.

Revisors anbefaling

- Kommunedirektøren bør sette av mer tid i ledergruppa til å tydeliggjøre, bygge og implementere rammene for internkontrollsystemet.
- Kommunedirektøren bør fortsette implementeringen av internkontrollsystemet. I dette ligger det at;
 - Rutineverket (kvalitetssystemet) må bygges ut
 - Avvikssystemet må benyttes av hele organisasjonen
 - Risikovurderinger av hovedprosessene bør utarbeides, og settes i system.
 - Rapporteringen bør vise status og årlige resultater på internkontrollområdet.

Politisk behandling

Kommunestyret hadde forvaltningsrevisjonsrapporten opp til behandling i sitt møte 30.01.2024 i sak 1/24 og gjorde følgende vedtak:

1. Kommunestyret tar forvaltningsrevisjonsrapport om internkontroll til orientering.
2. Kommunestyret ber kommunedirektøren om å:
 - Sette av mer tid i ledergruppa til å tydeliggjøre, bygge og implementere rammene for internkontrollsystemet.
 - Fortsette implementeringen av internkontrollsystemet. I dette ligger det at;
 - Rutineverket (kvalitetssystemet) må bygges ut
 - Avvikssystemet må benyttes av hele organisasjonen
 - Risikovurderinger av hovedprosessene bør utarbeides, og settes i system.
 - Rapporteringen bør vise status og årlige resultater på internkontrollområdet.
3. Kommunestyret ber kommunedirektøren gi kontrollutvalget skriftlig tilbakemelding om hvordan kommunestyrets vedtak er fulgt opp innen 30.04.2024.

Kommunedirektørens oppfølging

Kommunedirektøren har i brev av 29.04.2024 gitt kontrollutvalget en skriftlig tilbakemelding om oppfølging av kommunestyrets vedtak punkt 2.

Konklusjon

Sekretariatet er av den oppfatning at kommunedirektøren har gitt en fylldig og god tilbakemelding på kommunestyrets vedtak punkt 2. Kontrollutvalget må i dagens møte diskutere om de fortsatt ønsker saken til oppfølging eller om de anser kommunestyrets vedtak som fulgt opp. Saken legges derfor frem uten forslag til vedtak.

Emne: Oppfølging av kommunestyrets vedtak knyttet til forvaltningsrevisjonsrapport internkontroll

Kopi: Linn Østgaard <linnbraa@online.no>, Kristin Wangen <kristin.wangen@orkland.kommune.no>

Til: Eva J Bekkavik <Eva.bekkavik@konsek.no>

Sendt: 29.04.2024 16:00:41

Fra: Marit Ingvaldsen Risvaag <marit.risvaag@orkland.kommune.no>

Oppfølging av kommunestyrets vedtak knyttet til forvaltningsrevisjonsrapport internkontroll

Bakgrunn for saken

Kontrollutvalget bestilte i møtet 13.12.2022 sak 42/22 en forvaltningsrevisjon om internkontroll. Bestillingen følger av Orkland kommunes plan for forvaltningsrevisjon 2020 – 2024. Forvaltningsrevisjonen ble gjennomført i perioden fra mars til oktober 2023 med følgende tre hovedproblemstillinger:

- Har Orkland kommune et system for internkontroll?
- Gjennomfører Orkland kommune tilstrekkelig grad av kontrollvirksomhet?
- Bruker Orkland kommune informasjonen fra internkontrollen til forbedringsarbeid?

Forvaltningsrevisjonens rapport om Internkontroll ble behandlet i kontrollutvalget i møte 6. desember 2023 og behandlet i kommunestyret i møte 30. 01.2024 sak 1/24, hvor følgende ble fattet:

1. Kommunestyret tar forvaltningsrevisjonsrapport om internkontroll til orientering.
2. Kommunestyret ber kommunedirektøren om å:
 - Sette av mer tid i ledergruppa til å tydeliggjøre, bygge og implementere rammene for internkontrollsystemet.
 - Fortsette implementeringen av internkontrollsystemet. I dette ligger det at;
 - Rutineverket (kvalitetssystemet) må bygges ut
 - Avvikssystemet må benyttes av hele organisasjonen
 - Risikovurderinger av hovedprosessene bør utarbeides, og settes i system
 - Rapporteringen bør vise status og årlige resultater på internkontrollområdet
3. Kommunestyret ber kommunedirektøren gi kontrollutvalget skriftlig tilbakemelding om hvordan kommunestyrets vedtak er fulgt opp innen 30.04.2024

Kommunedirektørens arbeid med internkontroll

I september/oktober 2022 startet kommunedirektør Ingvill Kvernmo opp et prosjekt for revisjon av internkontroll i Orkland kommune, det ble utformet et utkast til mandat for dette arbeidet, se vedlegg 1. Planen var at kommunedirektøren skulle gå gjennom utkastet med prosjektgruppen, og at dette så skulle presenteres og forankres i kommunens ledergruppe. Kort etter at vi begynte med dette arbeidet ble det klart at kommunen ville få et skifte av kommunedirektør. Dette medførte at fokus ble endret, det var en del saker som var viktig å få avklart og slutført, samtidig som vi vurderte det som lite hensiktsmessig å starte gjennomgang av internkontroll med Ingvill Kvernmo, som ikke ville rekke å være med på gjennomføring av dette. I mars fikk Orkland ny kommunedirektør da Kristin Wangen startet i stillingen og hun gjenopptok arbeidet med revisjon av internkontroll i Orkland kommune.

Internkontroll ble satt som tema i ledergruppen. Et av temaene det ble satt fokus på var vedtaksoppfølging knyttet til politiske møter, det vurderes som nødvendig med et system for oppfølging knyttet til behandling av politiske vedtak, dette for å unngå risikoen ved manglende eller for sen oppfølging samt sikre behovet for å informere om kommunedirektørens oppfølging. Det ble startet et prosjekt knyttet til vedtaksoppfølging, jf. vedlegg 2 prosjektplan.

Orkland kommune er en stor organisasjon med en rekke enheter innen forskjellige fag og sektorer. Dersom man skal lykkes med å felles mål og forståelse for arbeidet med systematisk internkontroll, er det avgjørende at alle enheter i organisasjonen jobber med felles målsetninger innen internkontroll. Kommunedirektøren gav derfor den 11.10.2023 et oppdrag til sine enhetsledere gjennom Oppdragsbrev for internkontroll i Orkland kommune 2023 – 2024, jf. vedlegg 3 Oppdragsbrev.

Formålet med oppdragsbrevet beskrives slik:

Hensikten med oppdragsbrevet er å bidra til å sikre at kommunelovens § 25-1 overholdes. I henhold til § 25-1 i kommuneloven skal kommuner og fylkeskommuner ha internkontroll med administrasjonens virksomhet for å sikre at lover og forskrifter følges. Kommunedirektøren er ansvarlig for internkontrollen. Internkontrollen skal være systematisk og tilpasset virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold.

Oppdragsbrevet beskriver hva som ligger i en systematisk internkontroll og trekker frem følgende elementer som sentrale i det systematiske internkontrollarbeidet:

- Målsettinger og klarhet i ønsket resultat
- Planer for arbeidet
- Kunnskap om nåsituasjonen
- Verktøy og metoder
- Rutiner og prosedyrer
- Tiltak og innsats

I oppdragsbrevet beskrives hvilke tiltak og aktiviteter som skal gjennomføres i 2023 og 2024. Oppdraget skal lede til at alle enheter utarbeider en risikobasert virksomhetsplan for egen enhet. Oppdragsbrevet sier følgende om årlig virksomhetsplan for enhetene:

Enhetene skal utarbeide en årlig virksomhetsplan. Virksomhetsplanen skal være en samlet oversikt over enhetens målsetninger og aktiviteter, og skal være et verktøy for enheten slik at lov, forskrift og vedtatte målsetninger og tiltak gjennomføres. Enhetslederne skal sørge for at virksomhetsplanen gjøres kjent i enheten. Internkontroll kan overlappes med virksomhetsstyring, men er i større grad risikobasert. I Orkland kommune definerer vi internkontroll som en del av virksomhetsstyringen.

Som en følge av fokus på revisjon av internkontroll og behandling av dette i kommunens ledergruppe, er rapportering av interkontroll nå del av styringsdialog, i tillegg til at dette er tema i kvartals- og årsrapportering.

Oppfølging av kommunestyrets vedtak

I kommunestyrets vedtak i sak 1/24 gir kommunestyret kommunedirektøren noen oppgaver knyttet til internkontroll, i vedtakets punkt 2. Kommunedirektørens oppfølging av de enkelte punktene vil bli gjennomgått her.

For det første skal kommunedirektøren sette av mer tid i ledergruppa, i enhetsledermøter og i kommunedirektørens styringsdialog, til å tydeliggjøre, bygge og implementere rammene for internkontrollsystemet. Kommunedirektøren har internkontroll på agendaen i sine ledermøter. Som direkte følge av at kommunedirektøren har satt internkontroll på agendaen er det satt i gang og snart implementert et nytt system for oppfølging av politiske vedtak.

Vedtaksoppfølgingen skal ligge åpent på kommunens hjemmeside slik at alle kan følge med behandling og oppfølging av kommunens politiske vedtak. Oppdragsbrev til kommunens enheter, som beskrevet over, er også en direkte følge av kommunedirektørens fokus på internkontroll.

Videre skal kommunedirektøren fortsette implementering av kommunens internkontrollsystem. Hva som ligger i dette er i kommunestyrevedtaket beskrevet i fire underpunkter.

De første to punktene gjelder rutineverket i kvalitetssystemet og utbygging av dette samt at avvikssystemet må tas i bruk av helle kommunen. Begge disse punktene dekkes av kommunedirektørens oppdragsbrev og følges opp gjennom rapportering knyttet til dette. For å bidra med kompetanse og bistand til enhetsledere og avdelingsledere i dette arbeidet, holdes det jevnlig kurs i «Orkland lederskole» i kvalitetsarbeid, jf. vedlegg 4 presentasjon fra kvalitetskurs for ledere.

Det tredje punktet omhandler risikovurdering av hovedprosesser i kommunen. Hovedprosesser i kvalitetssystemet Compilo er oppdelt i kommunalsjefsområdene samfunn, oppvekst og helse og mestring. I tillegg er kultur angitt som en egen hovedprosess. Denne fordelingen og begrepet hovedprosesser er ikke bevisst satt opp med klare prosesser innen disse områdene. Det er mer en systematisk fordeling av enheter knyttet til de ulike kommunalsjefsområdene. Et mer dekkende begrep enn hovedprosesser er tjenesteproduksjon. Det er innen hovedprosessene i kvalitetssystemet hoveddelen av tjenestene til innbyggerne utøves. Det er utarbeidet en ROS-analyse for Hovedprosessene, jf. vedlegg 5 ROS-hovedprosesser.

Siste kulepunktet gjelder rapportering, og viser til at rapportering bør vise til status og årlige resultater på internkontrollområdet. Kommunedirektøren har endret rapportering i kommunens årsrapport og årsmelding for å ivareta dette, endringene er tatt inn fra årsmelding og årsrapport for 2023. Det har tidligere vært rapportert på avvik i årsrapport og årsmelding, dette vil bli gjort også for 2023, men rapportene utvides med en status og oversikt over arbeidet med internkontroll og kvalitetsarbeid. Det er utarbeidet et utkast til årsrapport og årsmelding for 2023, som tillegg til avviksrapportering, jf. vedlegg 6 Internkontroll og kvalitetsarbeid.

Kommunedirektørens oppsummering og konklusjon

Kommunedirektøren viser til punktene over samt vedlegg og vurderer at kommunedirektøren med dette har oppfylt punktene i kommunestyrets vedtak i sak 1/24 knyttet til forvaltningsrevisjonsrapporten om internkontroll. Skriftlig tilbakemelding leveres med dette kontrollutvalget innen fristen 30.04.24, i henhold til kommunestyrets vedtak punkt 3.

Kommunedirektøren har stort fokus på internkontroll og kvalitetsarbeid som del av virksomhetsstyringen. Dette er vesentlig for å sikre kvalitet i både kommunens tjenesteleveranser og i egen drift. Det er viktig at kommunens ledere har en felles forståelse og målsetning i sitt arbeid med kvalitet og internkontroll, arbeidet skal være systematisk og risikobasert og danne grunnlag for forbedringer. Kommunedirektøren sikrer dette gjennom sitt oppdragsbrev til enhetene og oppfølging av dette gjennom styringsdialog og rapportering. Enhetenes arbeid skal gjenspeile seg årlige

virksomhetsplaner for de enkelte enheter/virksomhetsområder, dette sikrer at arbeidet med kvalitet, internkontroll og forbedring blir en systematisk prosess og ikke kun et engangsprosjekt som følge av revisjon internkontroll. Som eksempel legges med virksomhetsplan for Psykisk helse- og rusarbeid, jf. vedlegg 7 Virksomhetsplan 2024 Psykisk helse- og rusarbeid.

ROS-analyse for hovedprosesser sørger for en tilsvarende systematisk gjennomgang og oppfølging av tjenesteområdene og dokumentasjon av disse i kommunens kvalitetssystem.

Med hilsen

Marit Ingvaldsen Risvaag
Jurist – Annen fagstab

Mobiltelefon: 93474411

Orkland kommune - www.orkland.kommune.no

Sentralbord: 72 46 73 00

E-post: marit.risvaag@orkland.kommune.no



**ORKLAND
KOMMUNE**

E-post til/fra kommunen er offentlig. Bevaringsverdig e-post arkiveres og blir synlig på [postlista](#).

Orkland kommune tar ansvar for en bærekraftig utvikling. Vi er sertifisert etter ordningen [miljøfyrtårn](#).

Internkontroll og kvalitetsarbeid

Systematisk internkontroll

Kommunelovens § 25-1 krever at kommunen skal ha internkontroll med administrasjonens virksomhet for å sikre at lover og forskrifter følges. Den skal være systematisk og tilpasses vår størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. God internkontroll er en del av kommunens samlede styring og ledelse for å levere gode tjenester innenfor krav fastsatt i lover og forskrifter.

Ledelse og styring

Kommunens ledere skal gi retning og skape resultater innenfor de rammene som er gitt. Ledere har også ansvaret for å etablere og følge opp rutiner og systemer. Dette vil sikre god virksomhetsstyring, internkontroll og faglig forsvarlige tjenester til våre innbyggere. I dette arbeidet inngår ansvaret for å utvikle en kultur som fremmer gode arbeidsprosesser, læring, samhandling, forbedring og utvikling. Kommunens internkontrollarbeid skal være basert på risikovurdering.

Hovedmål for internkontroll:

- Målrettet og effektiv drift
- Etterlevelse av lover og regler
- Pålitelig rapportering
- Iverksettelse og oppfølging av politiske vedtak

Orkland kommune har flere overordnede reglement, rutiner og retningslinjer som er styrende for virksomheten. Av de viktigste kan nevnes:

- Delegasjonsreglement, både politisk og administrativt
- Arbeidsgiverpolitiske retningslinjer
- Økonomireglement
- Eierskapsmelding og -strategi
- Etske retningslinjer.

Orkland kommune benytter Compilo som system for kvalitet og avvikshåndtering. Alle gjeldende rutiner, retningslinjer, lover og forskrifter skal være tilgjengelig i kvalitetssystemet. For å bidra til dette er det fokusert tydelig på å inkludere internkontrollen i virksomhetsrapporteringen til tjenesteledelse og videre til kommuneledelsen, blant annet gjennom styringsdialog for tjenesteområdene.

Når det gjelder økonomiområdet har det vært arbeidet systematisk med å styrke både den innebygde internkontrollen i økonomisystemene, rapporterings- og analyseprosessen, opplæring av brukere og systematikken i periode- og årsavslutningene, blant annet gjennom innføring av Framsikt som styringssystem. Området er gjenstand for regnskapsrevisjon hvor også etterlevelse og internkontroll er i fokus.

Milepeler i arbeidet med internkontroll 2023:

- Kommunedirektøren restarter påbegynt arbeid med revisjon av Orkland kommunes internkontrollarbeid.
- Revisjon av internkontroll og nytt system for oppfølging av politiske vedtak, gjennomgått i ledermøtet i Orkland.

- Kommunedirektøren gjennomgikk kommunens arbeid med internkontroll på høstens strategisamling for politisk nivå.
- Kommunedirektøren sendte ut Oppdragsbrev internkontroll Orkland kommune 2023-2024 den 11.10.2023. I oppdragsbrevet fremgår at alle enheter/ område skulle gjennomføre en risiko- og sårbarhetsanalyse med tilhørende tiltaksplan i løpet av 2023. Øvrige tiltak i oppdragsbrevet gjennomføres på bakgrunn av risikovurderingen i 2024.
- Forvaltningsrevisjon internkontroll jf. bestilling fra kontrollutvalget i sak 42/22. Forvaltningsrevisjonsrapport presentert i kontrollutvalget 06.12.23, sak 57/23.



**ORKLAND
KOMMUNE**



Vedtaksoppfølging Prosjektplan.

Innhold

- Innledning.....3
- Deltakere i prosjektet.....3
- Videre plan3
- Informasjon3
- Risikovurdering.....4
 - Risiko-objekt.....4

Innledning

Etter bestilling fra kommunedirektøren er det nå satt i gang et prosjekt for å få tatt i bruk vedtaksoppfølging av politiske saker i Orkland kommune, og få publisert disse i sanntid på www.orkland.kommune.no.

Dette med bakgrunn i at politikerne ønsker å se hvor saken står.

Utvalgssekretærene og saksbehandlere skal ta i bruk modulen Vedtaksoppfølging i P360.

Vi har vurdert ulike alternativ og landet på å ta i bruk eksisterende system/løsning i p360. Det vil gi en digital prosess, bedre internkontroll og meroffentlighet.

Kostnadene belastes kommunedirektøren

Løsning er alt i bruk i Kristiansund kommune: [Status politiske vedtak - Kristiansund kommune](#)

Deltakere i prosjektet

Rådgivende gruppe:

Arnt Tronvoll, Marit Risvaag, Ronny Mehlum og Jakobe Juul

Prosjektgruppe:

Ingeborg Wolden, Synnøve E. Storsand, Helene T. Aae, Elisabet E. Iversen, Kristin Johansen, Gunn Hilde Brøttemsmo, Bente Ølstøren og Anne Sognli

Videre plan

Sette opp opplærings- og implementeringsplan med følgende innhold:

- Opplæring i bruk av modul/system fra leverandør (Tieto) og erfaringskommune (Kristiansund) til utvalgssekretærer og arkiv/dokumentsenter
Budsjett/kostandsføring: Kommunedirektør
- Opplæring i bruk og oppfølging, fra superbrukere (Elisabeth/Ingeborg) til saksbehandlere
- Ingeborg og utvalgssekretærene har ansvar for å sette på vedtaksoppfølging fra dd.mm.aa
- Saksbehandlere har ansvar for å følge opp vedtaksoppfølging i P360 fra dd.mmm.aa
- IT har ansvar for teknisk løsning; publisering/speiling av P360 og vedtaksmodul eksternt på hjemmeside (fra dd.mm.aa)
Budsjett/kostandsføring: Kommunedirektør

Informasjon

- Eget Team opprettet i Teams for Rådgivende gruppe og Prosjektgruppe
- Informasjon til saksbehandlere går via Teams-kanalen Public 360 i prosjektperioden
- Generell info til alle ansatte på intranett når lansert
- Informasjon til politikere/øvrige publiseres i en sak på hjemmeside når lansert

Risikovurdering

Ros-analyse ligger i kvalitetssystemet for Orkland – Compilo
Vedtaksoppfølging – publisering på www.orkland.kommune.no

Risiko-objekt

Publisering av informasjon som er unntatt offentligheten.

Det vil bli utarbeidet en ros analyse som beskriver hva som må gjøres hvis saker/dokumenter som er unntatt offentligheten blir publisert.

Ikke tilgang til siden Vedtaksoppfølging

Det vil bli utarbeidet en ros analyse som beskriver hva som må gjøres hvis tilgangen til siden ikke fungerer.



Oppdragsbrev internkontroll Orkland kommune 2023-2024

Hensikten med oppdragsbrevet er å bidra til å sikre at kommunelovens § 25-1 overholdes. I henhold til § 25-1 i kommuneloven skal kommuner og fylkeskommuner ha internkontroll med administrasjonens virksomhet for å sikre at lover og forskrifter følges. Kommunedirektøren er ansvarlig for internkontrollen. Internkontrollen skal være systematisk og tilpasset virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold.

Kommunedirektøren skal etter denne paragrafen:

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

Internkontrollen etter kommuneloven gjeldende fra 01.01.2020 gjelder administrasjonens virksomhet. Det omfatter alt som er innenfor ansvarsområdet til kommunedirektøren.

Administrativt delegeringsreglement for Orkland kommune beskriver hvordan kommunedirektørens myndighet er delegert nedover i organisasjonen til henholdsvis kommunalsjefer, stabsledere og enhetsledere. Dette medfører i praksis at ansvar for drift, økonomi, personal og fag er delegert fra kommunedirektøren via kommunalsjef til enhetsleder. For stabsområdene økonomi, personal og kommunikasjon og digitalisering ivaretar stabslederne enhetslederansvaret.

En helhetlig internkontroll er risikobasert, og gir en god oversikt over utfordringer som truer organisasjonen. Det er også en stor grad av formalisering, slik at roller og ansvar er tydelig. Det samme gjelder også rapportering, og dokumentering av sentrale prosesser. De fleste metodene for internkontroll innebærer en form for læring i organisasjonen. Dette er som regel knyttet til ulike kontrollaktiviteter, slik som evaluering, avvikshåndtering, varsling eller stikkprøver. Tilbakemeldinger skal sikre at organisasjonen er i en kontinuerlig forbedring. For at internkontrollen skal kunne danne et helhetlig bilde av organisasjonen, må organisasjonen kunne aggregere rapportering på ulike nivå. God internkontroll handler i stor grad om systematisk arbeid, god organisering og dokumentasjon, arbeidsmetoder og samhandling som kan forebygge lovbrudd og uønskede hendelser.

Kommuneloven pålegger kommunen at «internkontrollen skal være systematisk». Med «systematisk» menes at arbeidet med internkontrollen ikke skal være tilfeldig, hendelsesbasert eller spontan.

Typiske elementer som inngår i et systematisk arbeid:

- Målsettinger og klarhet i ønsket resultat
- Planer for arbeidet
- Kunnskap om nåsituasjonen

- Verktøy og metoder
- Rutiner og prosedyrer
- Tiltak og innsats

Kommunens internkontroll skal være risikobasert, forstått som at internkontrollen møter reelle risikoer, og at tiltakene bidrar til å få kontroll på, og redusere disse risikoene slik at man unngår uønskede hendelser. Når det likevel oppstår avvik, følges dette opp slik at avviket «lukkes», og hendelsen benyttes til læring og forbedring.

Enhver har plikt til å sørge for at enheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring. Ansvaret ligger både på ledernivået (for implementering, opplæring og informasjon) og på den enkelte ansatte (for oppfølging og tilbakemelding). Herunder en forståelse av betydningen av å melde avvik og hendelser av betydning.

Målet er at internkontroll i Orkland kommune skal være et ledelsesverktøy og mer preget av kontinuerlig kvalitetsarbeid enn kontrollaktiviteter. Å arbeide med kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess der vurderingene som gjøres, følges opp med justeringer og nye mål.

Aktiviteter som skal gjennomføres

Arbeid med internkontroll er et kontinuerlig arbeid. For at internkontrollen skal være risikobasert bør man starte med en risiko- og sårbarhetsanalyse for enheten/ området.

Alle enheter/ område skal gjennomføre en risiko- og sårbarhetsanalyse med tilhørende tiltaksplan i løpet av 2023.

Enhetsledere og stabsledere er ansvarlige for at status for internkontroll rapporteres til kommunalsjef og kommunedirektør når det bes om det. Slik rapportering vil bli del av styringsdialog, kvartals- og årsrapportering.

Enhetene skal utarbeide en årlig virksomhetsplan. Virksomhetsplanen skal være en samlet oversikt over enhetens målsetninger og aktiviteter, og skal være et verktøy for enheten slik at lov, forskrift og vedtatte målsettinger og tiltak gjennomføres. Enhetslederne skal sørge for at virksomhetsplanen gjøres kjent i enheten. Internkontroll kan overlappes med virksomhetsstyring, men er i større grad risikobasert. I Orkland kommune definerer vi internkontroll som en del av virksomhetsstyringen.

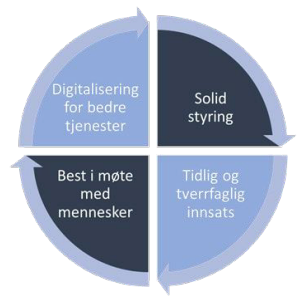
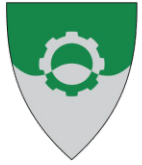
Enhetsleder har ansvar for at følgende aktiviteter gjennomføres i løpet av inneværende og neste år. Enheten setter selv opp en framdriftsplan som rapporteres på kvartalsvis. All planlagt aktivitet skal inngå som en del av enhetenes virksomhetsplaner.

Tiltak
Risiko- og sårbarhetsanalyse (RoS) <ol style="list-style-type: none">1. Gjennomføre RoS-analyse for å avdekke områder hvor det er fare for svikt2. Lage oversikt over prioriterte tiltak framkommet i RoS-analysen3. Utarbeide tidsplan for gjennomføring av tiltak
Utarbeide nødvendige rutiner og prosedyrer <ol style="list-style-type: none">1. Oversikt over nødvendige rutiner/ prosedyrer2. Utarbeide prosedyrene3. Sørg for et oppdatert kvalitetssystem4. Implementering – opplæring/ gjøre kjent
Avvikshåndtering <ol style="list-style-type: none">1. Opplæring i bruk av avvikssystem2. Melde, følge opp, rapportere og korrigere3. Håndtering av ulike avvikskategorier4. Avviksrapportering<ul style="list-style-type: none">• Antall• Alvorlighet• Antall avvik som fører til endring i prosedyre/ ny praksis
Kompetanse <ol style="list-style-type: none">1. Oversikt over kompetanse i enheten2. Oversikt over nødvendig kompetanse3. Plan for nødvendig kompetanse4. Kompetanseplan skal inngå som en del av enhetens virksomhetsplan
Utarbeide en virksomhetsplan for enheten

Med hilsen

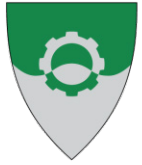
Kristin Wangen
Kommunedirektør
kristin.wangen@orkland.kommune.no

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur.

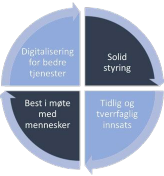


Praktisk kvalitetsarbeid for ledere





Hva er kvalitet ?



Riktig kvalitet :
Riktig tjeneste til riktig tid og på riktig sted.
Forutsetter at det eksisterer krav eller forventninger til tjenesten.
Hvem stiller kravene og forventningene ?

Hva er kvalitet ?



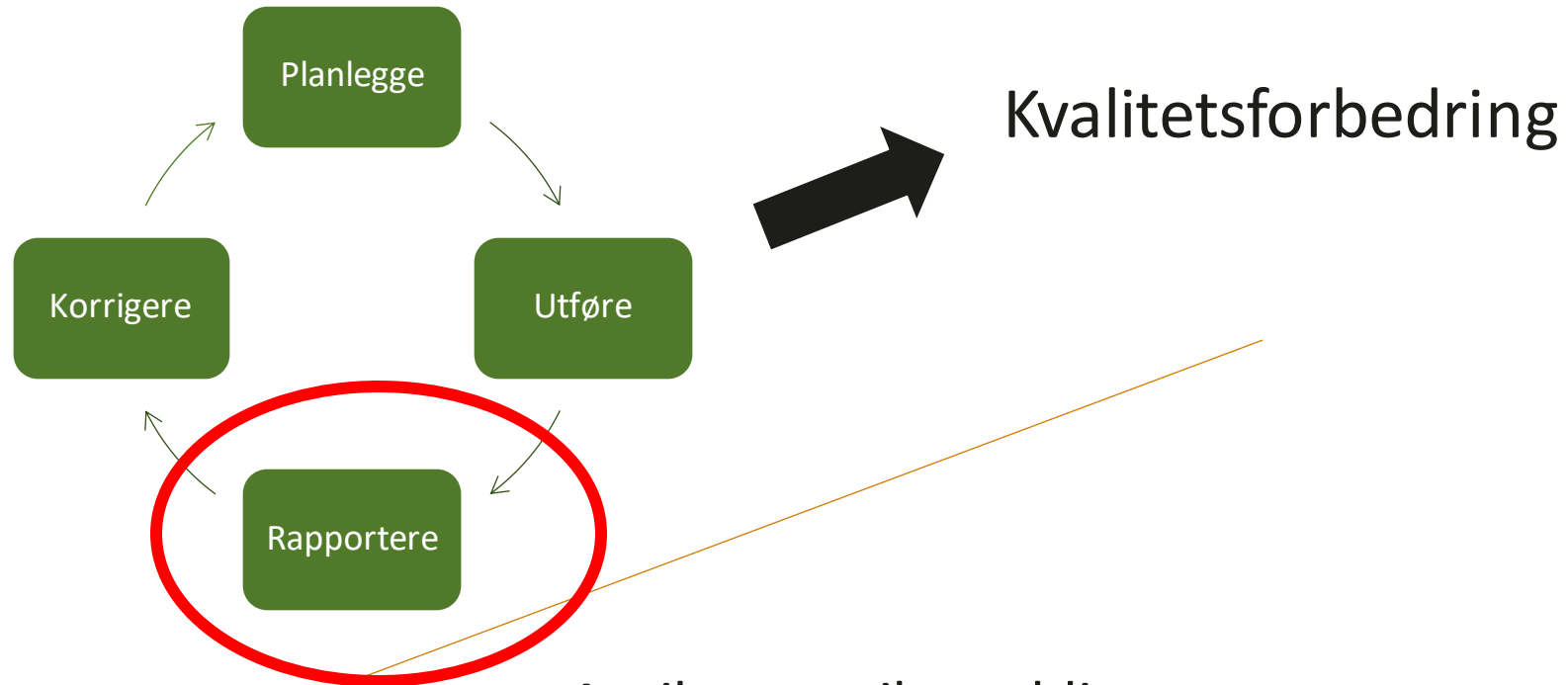
Måten vi møter mennesker på er avgjørende på den subjektive opplevelsen av kvaliteten på tjenesten.

– **Best i møte med mennesker !**

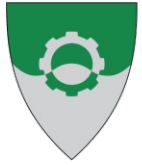




Hvordan jobbe med kvalitet?



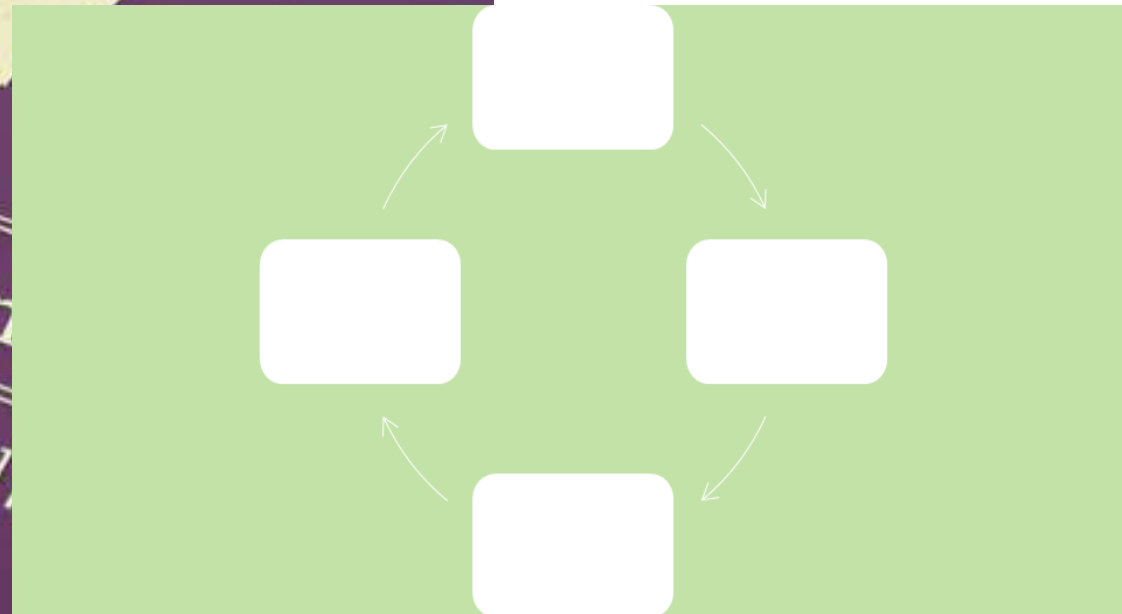
Avvik og avviksmeldinger
Når melder vi avvik ?



Krav om internkontroll



Kommuneloven § 25-1



og fylkeskommuner
kontroll med
ens virksomhet for å
og forskrifter følges"



Internkontroll og kvalitetsarbeid



Helhetlig styring og riktig utvikling

- Utvikling i tråd med vedtatte mål
- Godt samspill mellom virksomhetsstyring og internkontroll

Kvalitet og effektivitet i tjenesteproduksjonen

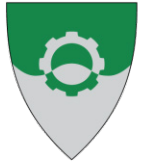
- Kostnads og resultateffektivitet
- Tilfredse brukere og innbyggere
- Forbedringsarbeid

Godt omdømme og legitimitet

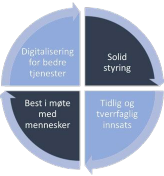
- Legitimitet og engasjement for kommunen og lokaldemokratiet
- Attraktivitet som bosted og arbeidsgiver

Etterlevelse av lover og regler

- Kvalitet og tilgang på tjenester
- Myndighetsmisbruk



Internkontroll og kvalitetsarbeid



Risikovurdering

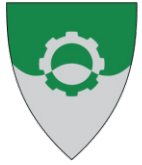
- Grunnlag for innretning av internkontrollen
- Grunnlag for tiltak og kontrollaktiviteter
- Strategisk nivå og operativt nivå

Formalisering

- Organisering, ansvar og roller
- Dokumentasjon og rutiner
- Rapportering og aggregering

Kontrollaktiviteter

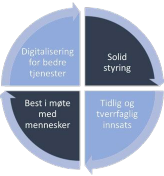
- Gjennom daglig og faglig virksomhet
- Planlagte, stikkprøver og faste kontroller
- Avvikshåndtering

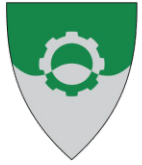


**ORKLAND
KOMMUNE**

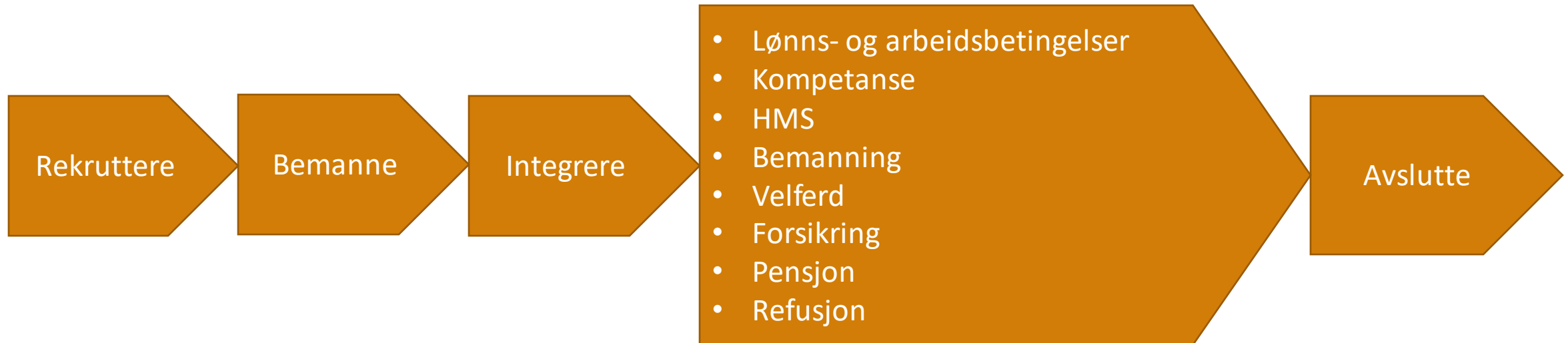
Et eksempel

Kvalitetsarbeid på enhet for psykisk helse og rus





Tjenestereisen





Risikovurdering



1. Hva kan gå galt?

Konsekvens \ Sannsynlighet	Liten	Moderat	Alvorlig	Kritisk
4. Svært sannsynlig	Yellow	Red	Red	Red
3. Meget sannsynlig	Yellow	Yellow	Red	Red
2. Sannsynlig	Green	Yellow	Yellow	Red
1. Lite sannsynlig	Green	Green	Yellow	Yellow

1. Hva kan gå galt?

Konsekvens \ Sannsynlighet	Liten	Moderat	Alvorlig	Kritisk
4. Svært sannsynlig	Yellow	Red	Red	Red
3. Meget sannsynlig	Yellow	Yellow	Red	Red
2. Sannsynlig	Green	Yellow	Yellow	Red
1. Lite sannsynlig	Green	Green	Yellow	Yellow



Gruppeoppgave

Finn fram tjenestereisen dere skisserte tidligere. Velg en av dem i gruppa.

Hvor er sjansen størst for at det oppstår avvik av betydning ?

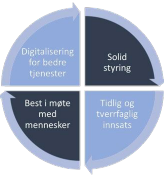
Hvilke avvik kan det være snakk om og hvordan påvirker de kvaliteten på tjenesten ?

Vurder risiko og sett avvikene inn i ROS-skjemaet.

Konsekvens \ Sannsynlighet	Liten	Moderat	Alvorlig	Kritisk
4. Svært sannsynlig	Yellow	Red	Red	Red
3. Meget sannsynlig	Yellow	Yellow	Red	Red
2. Sannsynlig	Green	Yellow	Yellow	Red
1. Lite sannsynlig	Green	Green	Yellow	Yellow

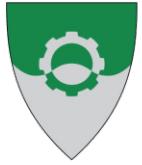


Når merker vi at vi ikke har RIKTIG kvalitet på tjenestene ?

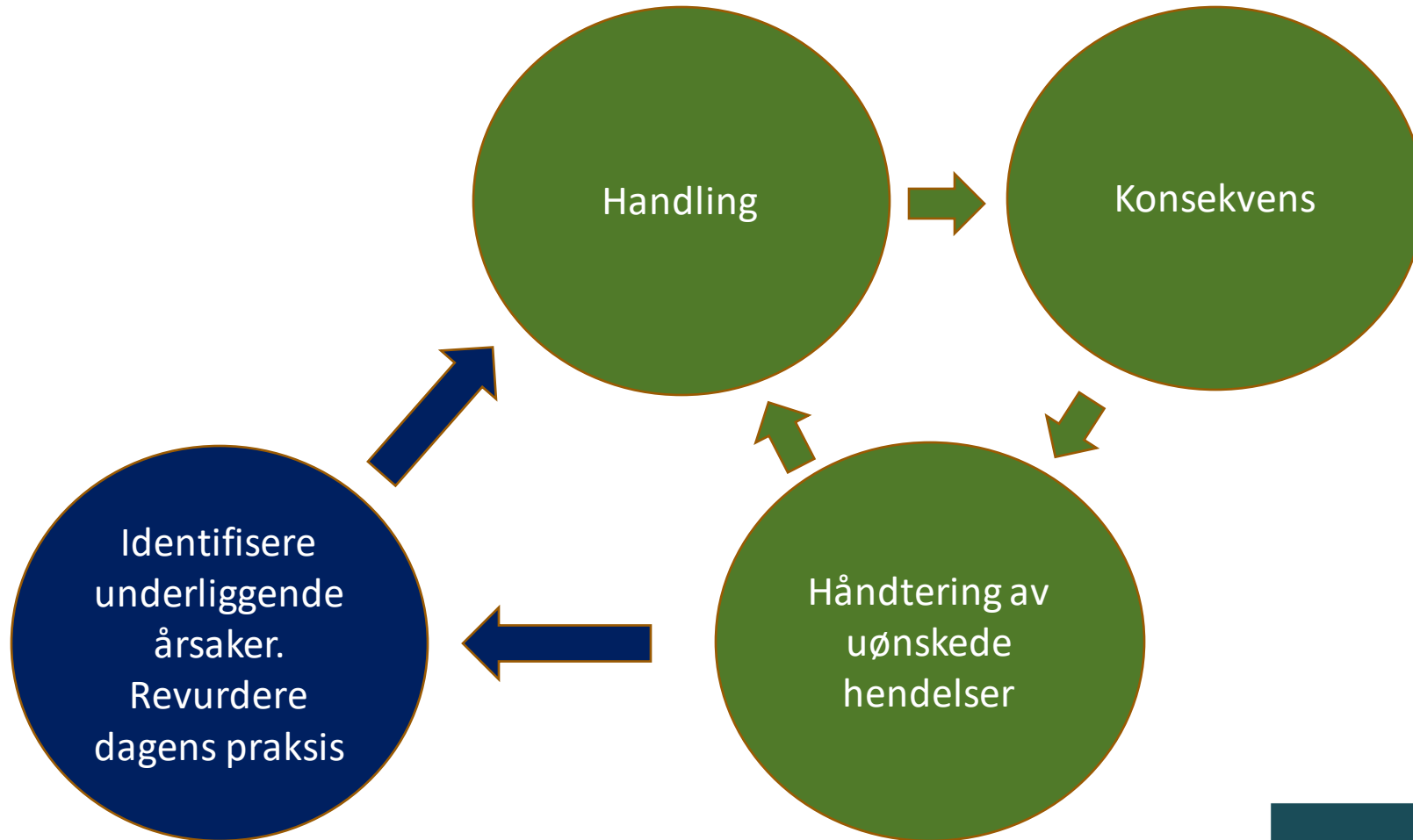


- Uønskede hendelser
- «Plunder og heft»
- Brudd på regelverk, rutiner
- Ting blir ikke gjort som avtalt
- Ikke som forventet

AVVIK !



Hvordan forholder vi oss til avvik ?



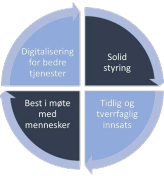
Hvorfor skal vi drive med å registrere avvik?



- Avvik fører til ekstra (unødig) arbeid fordi vi må bruke tid på å håndtere det. Dette går utover andre oppgaver.
- Avvik fører også til dårligere flyt i arbeidet og dårligere tjenester til brukere eller interne mottakere.
- For 20 år siden anslo en at 15% av arbeidsdagen gikk med til å håndtere avvik som oppsto (registrerte og uregistrerte). Sannsynligvis er ikke dette noe stort annerledes i dag.
- Vi anser avviksbehandling som en ordinær løpende oppgave. Dette er egentlig en tidstyv.

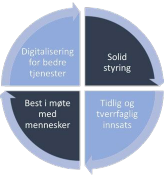


Hvorfor skal vi drive med å registrere avvik?



- Et potensial i å jobbe på en mer effektiv måte og samtidig med bedre kvalitet hvis vi greier å redusere avvikene.
- Eliminerer vi årsaken til avvikene forhindrer vi at nye avvik oppstår.
- Løsningene vil ofte ligge i måten vi jobber på – og da bør vi dokumentere hvordan vi skal jobbe på best mulig måte – og følge dette.

Hva er IKKE et avvik ?



Det som er innenfor normalen/som forventet.

Eksempel : En lyspære som slutter å virke

Dersom det er avtalt med vaktmester å skifte lyspære og dette ikke blir gjort – så er dette et avvik.

Det leveres en avtalt tjeneste, men ikke slik en egentlig kunne tenkt seg

Eksempel: En må selv løse et dataproblem med assistanse pr telefon og ikke ved personlig oppmøte av en IT-konsulent. Avviket oppstår når tjenesten ikke leveres iht det som er avtalt.

Konsekvenser av et avvik

Eksempel: Rakk ikke å ta matpause i dag

... fordi en bruker forsvant fra avdelingen og det måtte iverksettes leteaksjon.



ROS-analyse i Compilo



Browser address bar: x09.ksx.no/system.php?ncrreport=2322&ok=84v3gnf2w6jcx75#

Navigation: Dokumentbibliotek Leseliste⁰ Meld avvik Behandle Dine oppdrag⁰ Oppfølging⁰

Buttons: Rappporter Sammenstilling Risikobilde Tilganger

Filter

Filter Visning

Status
Under utarbeiding

Velg enhet
->Personal

Søk

Inkluder underliggende

Velg område
-> Personalførlvaltning

Inkluder underliggende

Tiltaksgrense

Matrise
Generell matrise

Opprettet i perioden

Sist revidert i perioden

Type enhet

Søk i
Personlig

Oppdater liste

0 rapporter

Fordeling av risiko

Antall rapporter

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

● Høyeste risiko

LUKK

Ny vurdering

Eier
Jakobsen, Stein Arne

Velg område
* Uten område

Tilgang
Personal

Velg enhet
Personal

Scenario
Nei

Tittel
Auto

Tittel blir generert når du velger enhet og område

Velg tiltaksgrense
1

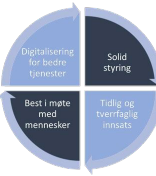
Verdier for sannsynlighet/konsekvens
Ingen matrise

Avbryt Lagre

91



Avviksbehandling i Compilo



Dokumentbibliotek Leseliste⁰ Meld avvik Behandle Dine oppdrag⁰ Oppfølging⁰ Avviksstatistikk Dokumentstatistikk

AVVIK

Manglende sykepengesøknad

Hva må gjøres for å lukke avviket

Involverte ansvarsområder +
Ingen ansvarsområder

Tiltak +
Ingen tiltak

Kommentarer +
Ingen kommentar til meldingen

Konsekvenser av hendelsen
Manglende refusjon sykepenger. Feil i fraværstatistikk.

Forbedringsforslag
Opplæring leder/ansatte

Personvern
Husk! Ikke angi personsensitive data.

Status: Ulest 0 følgere >

Hvem kan se? Logg

Rapport-ID: 2415 A Tid, meldt: 5. mai. 2022. 10:48:53

Tid, hendelse: 5. mai. 2022. 10:00:00 Meldt av: Hafsmo, Anne

Meldt til enhet: Personal (Stab, Personalsjef) Enhet som behandler: Personal (Stab, Personalsjef)

Alvorlighetsgrad Endre
Middels
Matrise

Relaterte dokumenter Rediger dokumenter
Ingen elementer

Illustrasjonen erstattes av et fiktivt avvikseksempel




Innrapporteringer

->Personal

Søk

Ink. underliggende



Avvik
Hvor mange avvik som er meldt på hver enhet



Forbedringsforslag
Hvor mange forbedringsforslag som er meldt på hver enhet



Tjeneste - tjenestemottaker @ Avvik
Hendelser og situasjoner som angår tjenestemottakere. For eksempel elever, pasienter, bruker, klient og lignende.




Organisasjon/internt @ Avvik
Hendelser og situasjoner knyttet til interne forhold på arbeidsplassen. Dette kan være seg samarbeid, organisering, avtaler osv.



HMS @ Avvik
Hendelser og situasjoner knyttet til helsen, miljøet eller sikkerheten til de ansatte.



Ytre miljø @ Avvik
Hendelser og situasjoner knyttet til miljøutslipp som påvirker det ytre miljø som luft, vann og jord.



Personvern / Informasjonssikkerhet GDPR @ Avvik
Hendelser og situasjoner som angår brudd på personopplysningsikkerheten som fører til utilsiktet eller ulovlig tilintetgjøring, tap, endring, ulovlig spredning av eller tilgang til personopplysninger som er overført, lagret eller på annen måte behandlet.

Egendefinert

Avvik

Kategorier

Kategorier Sø


Generér statistikk

Konsekvens \ Sannsynlighet	Liten	Moderat	Alvorlig	Kritisk
4. Svært sannsynlig	Yellow	Red	Red	Red
3. Meget sannsynlig	Yellow	Yellow	Red	Red
2. Sannsynlig	Green	Yellow	Yellow	Red
1. Lite sannsynlig	Green	Green	Yellow	Yellow

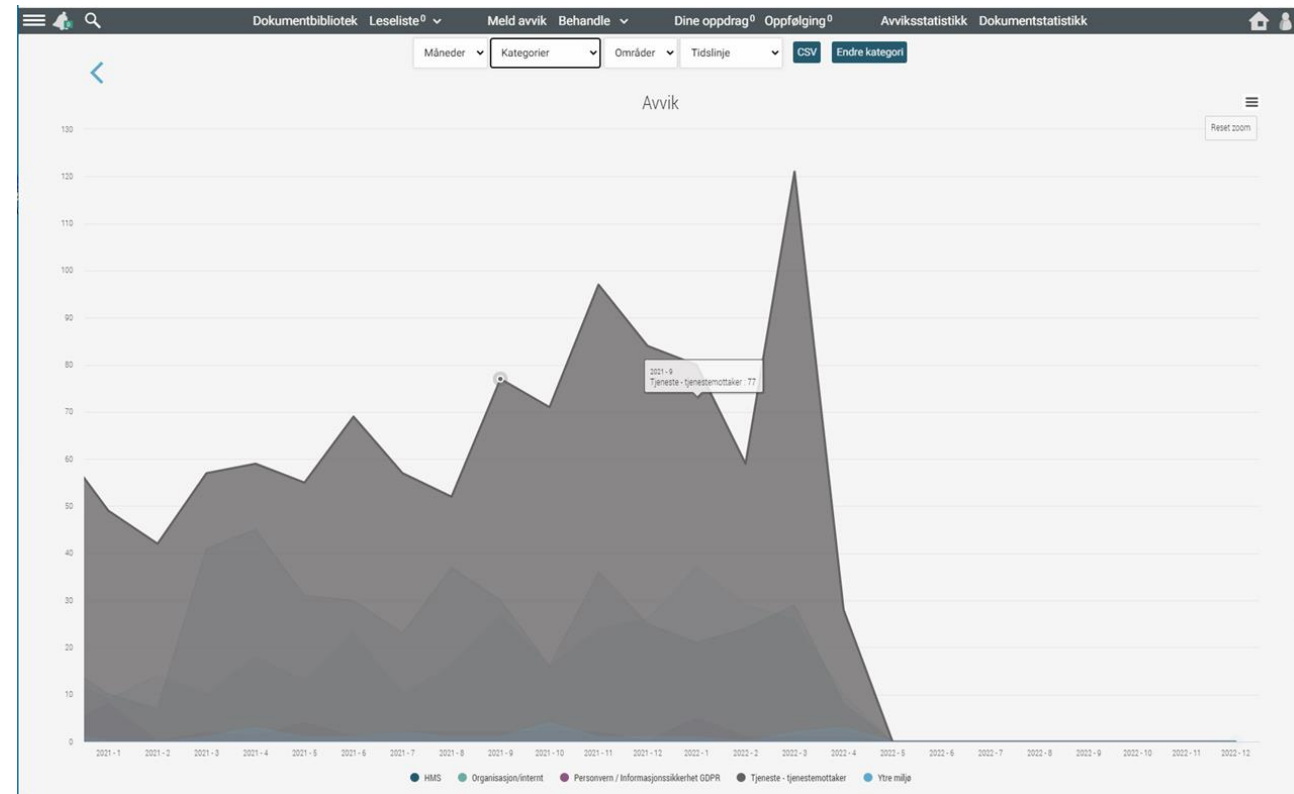
Forbedringsarbeid

1. Hva kan gå galt?
2. Hva kan vi gjøre for å forhindre at det går galt?
3. Hva kan vi gjøre for å redusere konsekvensen dersom det allikevel går galt?

Konsekvens \ Sannsynlighet	Liten	Moderat	Alvorlig	Kritisk
4. Svært sannsynlig	Yellow	Red	Red	Red
3. Meget sannsynlig	Yellow	Yellow	Red	Red
2. Sannsynlig	Green	Yellow	Yellow	Red
1. Lite sannsynlig	Green	Green	Yellow	Yellow



- Involver dine medarbeidere og ansvarliggjøre dem for å finne smarte løsninger – gjerne uten at du deltar.
- Systematisk forbedringsarbeid som en del av den daglige driften, bruk eksisterende møtearenaer
- Bruk avviksstatistikk/-rapporter i Compilo som grunnlag for diskusjoner



Innføring av rutiner og gjøre bruk av annen dokumentasjon kan være ett av flere tiltak i forbedringsarbeidet for å:

- Gjøre ting riktig – og likt – «Best practice»
- Opprettholde riktig kvalitet
- Definere når en hendelse er et avvik
- Lære opp ansatte



Dokumentasjon i Compilo



Dokumentbibliotek Leseliste⁰ Meld avvik Behandle Dine oppdrag⁰ Oppfølging⁰ Avviksstatistikk Dokumentstatistikk

Dokumentbibliotek

Ledelsesprosesser

- Strategiske planer
- Lover og forskrifter
- Organisasjon
- Personvern
- Klima og miljø
- Beredskap

Hovedprosesser

- Samfunn
- Oppvekst
- Helse og mestring

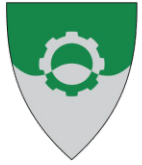
Støtteprosesser

- iv og servicekontor
- Kommunikasjon
- Innkjøp/anskaffelse
- Lønn
- Økonomi og regnskap
- Tverrfaglig samarbeid
- Kommunale kjøretøy
- Personal

Andre dokumenter

Vis/skjul liste med elementer

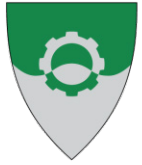
- Organisering, ansvar og roller
- Dokumentasjon og rutiner
- Rapportering og aggregering



Hvordan få til et kontinuerlig kvalitetsarbeid ?

1. Bli omforent om hva det vil si å yte riktig kvalitet i tjenestene
2. Få en felles forståelse av hva et avvik kan være i praksis «hos oss».
3. Gjør en ROS-analyse for å identifisere hvor det er størst behov for å sikre/forbedre kvaliteten.
4. Dokumenter gjennom prosedyrer hva som skal til for å sikre riktig kvalitet.
5. Alle melder avvik. Leder signaliserer at avvik er viktige innspill til at vi skal bli bedre.
6. Leder sørger for å lukke avvikene og gir tilbakemelding til den som meldte avviket.
7. Leder tar avvik/-statistikk med inn som en fast post på avdelingsmøtene for diskusjon om forbedringer. Hvordan unngå at avviket skjer igjen ?
8. En gjør endringer i prosedyrer eller gjør andre tiltak som skal hindre nye avvik. Og informerer om dette til ansatte som dette gjelder.





Risikovurdering



Konsekvens Sannsynlighet	Liten	Moderat	Alvorlig	Kritisk
4. Svært sannsynlig	Yellow	Red	Red	Red
3. Meget sannsynlig	Yellow	Yellow	Red	Red
2. Sannsynlig	Green	Yellow	Yellow	Red
1. Lite sannsynlig	Green	Green	Yellow	Yellow

Risiko- og sårbarhetsanalyse (hva – hvis?)

ROS med tema hovedprosesser, betegnes som prosesser mot tjenesteyting knyttet til kommunalsjefsområdene

Deltagere under ROS-analysen

Rolle arbeidssted	Navn
Kristin Wangen	Kommunedirektør
Arnt Tronvoll	Rådgiver/beredskapssjef
Marit Risvaag	Jurist
Bjørn Atle Ebbesen	Rådgiver

Kort beskrivelse av behovet for ROS - analysen med de viktigste faktaopplysningene

Hovedprosesser i kvalitetssystemet Compilo er oppdelt i kommunalsjefsområdene samfunn, oppvekst og helse og mestring. I tillegg er kultur angitt som en egen hovedprosess.

Begrepet hovedprosesser er en systematisk fordeling av enheter knyttet til de ulike kommunalsjefsområdene. Et mer dekkende begrep enn hovedprosesser er tjenesteproduksjon. Det er innen hovedprosessene i kvalitetssystemet hoveddelen av tjenestene til innbyggerne utøves.

ROS - analysen gir et bilde av innholdet i kvalitetssystemet Compilo fordelt på områder og analyserer noen av de scenariene som kan oppstå.

Samfunn omfatter fire hovedprosesser:

- Brann og redning, ingen dokumenter innlagt.
- Plan, byggesak og geodata, ingen dokumenter innlagt.
- Tekniske tjenester, 24 dokumenter innlagt. Ti på bolig, tre på formålsbygg, fem generelle dokumenter og seks på vann og avløp.
- Landbruk og naturforvaltning, 10 dokumenter innlagt. De har satt opp et meget godt rammeverk for å legge inn aktuelle dokumenter i systemet, men det er ikke lagt inn tilstrekkelige relevante dokumenter i rammeverket.

Oppvekst omfatter tre hovedprosesser:

- Barnehage, her er det lagt inn 12 relevante dokumenter. Syv av dokumentene er felles, mens de øvrige fem knytter seg til en enkelt barnehage.
- Skole omfattes av 15 ulike dokumenter der alle er felles dokumenter.
- Tverrfaglige tjenester har et tyvetalls dokumenter innlagt fordelt på familiesenteret, jordmortjenesten og PPT. En tjeneste som barnevern har ingen dokumenter i kvalitetssystemet.

Helse og mestring har totalt 28 hovedprosesser: Her er det lagt inn hundrevis av dokumenter innenfor de ulike prosessene. Hele rammeverket og dokumentbiblioteket virker å være av god kvalitet. Noen eksempel på omfanget vises nedenfor og hele området er like omfattende satt opp.

- Ansatt, 11 dokumenter

- Apotek, 15 dokumenter
- Avvikshåndtering, tre dokumenter
- Beredskap helse og mestring, 31 beredskapsdokumenter
- Bo og miljø, 34 dokumenter
- Demenskoordinator/hukommelsesteam, 40 dokumenter
- Diverse
- Dødsfall
- Ernæring
- Fagsystem
- Friskliv og rehabilitering
- Hjelpemidler og medisinskteknisk utstyr
- Hjemmedialyse
- HLR/akutt
- Hygiene og smittevern
- Interne retningslinjer
- Kommunale tjenestebiler
- Laboratoriearbeid
- Legemiddelhåndtering
- Leger
- NEWS
- Pasienter/bruker
- Psykisk helse- og rusarbeid
- Tildelingskontoret
- Tvang og makt
- Velferdsteknologi
- Vold og trusler

Kultur har i kvalitetssystemet kun en hovedprosess:

- Kulturskole, ingen dokumenter er knyttet til kulturskole konkret eller kultur generelt.

Per i dag er det ikke rutiner eller retningslinjer for alle hovedprosesser eller underprosesser. Dette vises godt i kvalitetssystemet Compilo. Det er stor forskjell på de ulike områdene hva som finnes av dokumenterte prosesser. Noe kan selvsagt vært utarbeidet, men ikke lagt inn i systemet, det må i så fall skje snarest. Noen dokumenter kan også være lagt inn, men ikke publisert, de vil i så fall ikke vises i oversikten.

Oppdragsbrev internkontroll Orkland kommune

Det er utsendt et tydelig oppdragsbrev fra kommunedirektøren som klargjør ansvar for oppgaver som må gjøres, sendt til alle ledere den 11.10.23

Kommunens internkontroll skal være risikobasert, forstått som at internkontrollen møter reelle risikoer, og at tiltakene bidrar til å få kontroll på, og redusere disse risikoene slik at man unngår uønskede hendelser.

Kommunedirektøren skal etter denne paragrafen:

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

Tiltak satt opp i oppdragsbrevet:

Risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS)

1. Gjennomføre ROS-analyse for å avdekke områder hvor det er fare for svikt
2. Lage oversikt over prioriterte tiltak framkommet i ROS-analysen
3. Utarbeide tidsplan for gjennomføring av tiltak

Utarbeide nødvendige rutiner og prosedyrer

1. Oversikt over nødvendige rutiner/ prosedyrer
2. Utarbeide prosedyrene
3. Sørg for et oppdatert kvalitetssystem
4. Implementering – opplæring/ gjøre kjent

Avvikshåndtering

1. Opplæring i bruk av avvikssystem
2. Melde, følge opp, rapportere og korrigere
3. Håndtering av ulike avvikskategorier
4. Avviksrapportering
 - Antall
 - Alvorlighet
 - Antall avvik som fører til endring i prosedyre/ ny praksis

Kompetanse

1. Oversikt over kompetanse i enheten
2. Oversikt over nødvendig kompetanse
3. Plan for nødvendig kompetanse
4. Kompetanseplan skal inngå som en del av enhetens virksomhetsplan

Utarbeide en virksomhetsplan for enheten

Frister:

I oppdragsbrevet fremgår at alle enheter/ område skulle gjennomføre en risiko- og sårbarhetsanalyse med tilhørende tiltaksplan i løpet av 2023. Øvrige tiltak i oppdragsbrevet gjennomføres på bakgrunn av risikovurderingen i 2024.

Forvaltningsrevisjonsrapport - Internkontroll

Behandles i utvalg Kontrollutvalget i Orkland kommune	Møtedato 06.12.2023	Saknr 57/23
Saksbehandler Eva J. Bekkavik		
Arkivkode FE-217, TI-&58		
Arkivsaknr 22/221 - 7		

Forslag til vedtak

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

1. Kommunestyret tar forvaltningsrevisjonsrapport om internkontroll til orientering.
2. Kommunestyret ber kommunedirektøren om å:
 - Sette av mer tid i ledergruppa til å tydeliggjøre, bygge og implementere rammene for internkontrollsystemet.
 - Fortsette implementeringen av internkontrollsystemet. I dette ligger det at;
 - Rutineverket (kvalitetssystemet) må bygges ut
 - Avvikssystemet må benyttes av hele organisasjonen
 - Risikovurderinger av hovedprosessene bør utarbeides, og settes i system.
 - Rapporteringen bør vise status og årlige resultater på internkontrollområdet.
3. Kommunestyret ber kommunedirektøren gi kontrollutvalget skriftlig tilbakemelding om hvordan kommunestyrets vedtak er fulgt opp innen 30.04.2024.

Behandling:

Marius Johnsborg, forvaltningsrevisor orienterte og svarte på spørsmål fra kontrollutvalget.

Kontrollutvalget ber forvaltningsrevisor om å ta kontakt med ordfører for å avtale en presentasjon av rapporten i kommunestyrets møte 30. januar 2024.

Forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

1. Kommunestyret tar forvaltningsrevisjonsrapport om internkontroll til orientering.
2. Kommunestyret ber kommunedirektøren om å:
 - Sette av mer tid i ledergruppa til å tydeliggjøre, bygge og implementere rammene for internkontrollsystemet.
 - Fortsette implementeringen av internkontrollsystemet. I dette ligger det at;
 - Rutineverket (kvalitetssystemet) må bygges ut
 - Avvikssystemet må benyttes av hele organisasjonen
 - Risikovurderinger av hovedprosessene bør utarbeides, og settes i system.
 - Rapporteringen bør vise status og årlige resultater på internkontrollområdet.
3. Kommunestyret ber kommunedirektøren gi kontrollutvalget skriftlig tilbakemelding om hvordan kommunestyrets vedtak er fulgt opp innen 30.04.2024.

Vedlegg

Forvaltningsrevisjonsrapport - Internkontroll

Saksopplysninger

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

Det er valgt en analyse med tre hovedspørsmål

Hva frykter vi kan skje? (hva – hvis?)	Hva gjør vi for å unngå at det skjer? (sannsynlighetsreducerende)	Hva gjør vi hvis det skjer? (konsekvensreducerende)
Manglende rutiner og prosedyrer for hovedprosessene som i utgangspunktet er prosesser mot tjenesteyting, fører til svikt i tjenesteproduksjon og uklar arbeids- og ansvarsfordeling.	Utarbeide nødvendige rutiner og retningslinjer for alle hovedprosesser og underprosesser. Noe av rutinene kan utarbeides som styringskort hvis det er mer formålstjenlig.	Dette er et kontinuerlig arbeid og et klart lederansvar. Det forventes et sterkt fokus for å komme ajour med nødvendige prosedyrer, retningslinjer og/eller styringskort.
Avvik og uhell forekommer da det er uklart hvilke prosedyrer, rutiner og retningslinjer som er gjeldende. Enten er de ikke utarbeidet eller ikke lagt inn i kvalitetssystemet Compilo.	Alle nødvendige dokumenter og ROS – analyser skal utarbeides og legges inn i kvalitetssystemet Compilo. Compilo må gjennomgås på nytt med alle lederne og rammeverket må lages selvforklarende og stort sett etter samme mal for de ulike prosessene.	Innhente nødvendig hjelp. Melde avvik og forbedringsforslag. Utarbeide manglende dokumenter. Legge dokumentene inn i Compilo og gjøre de kjent.
Tjenesteproduksjonen (hovedprosesser) blir for dårlig, både kvalitet og kvantitet på grunn av manglende rutiner og prosedyrer.	All vesentlig tjenesteproduksjon risikoanalyser for å finne tiltak som reduserer sannsynlighetene for at uønskede hendelser inntreffer og minimaliserer konsekvensene hvis det likevel skulle skje.	Melde avvik og ta en ny runde med kvalitetssjekk av rutiner og prosedyrer samt å bevisstgjøre ansatte om at retningslinjer skal følges.
Manglende lederavtaler kan føre til uklar ansvarsfordeling.	Utarbeide lederavtaler i tråd med delegasjonsreglementet. Reglementet er under revisjon per 29.04.24.	Utarbeide manglende lederavtale.
Manglende prosedyrer for avvikshåndtering fører til uklare avviksmeldinger og tilfeldig behandling av avvikene	Etablere bedre system og rutiner for avviksmeldinger og avvikshåndtering. Rutinene legges i Compilo og gjøres kjent.	Avviket håndteres. Få synliggjort hva som er årsaken og rette opp årsaken til avviket.

Oppsummert tiltaksliste etter ROS – analysen (hva gjør vi for å unngå at det skjer?)

Tiltak for å redusere sannsynligheten og konsekvens av hendelsen	Ansvarlig	Frist	Utført
All vesentlig tjenesteproduksjon skal risikoanalyser (ROS) for å finne tiltak som reduserer sannsynlighetene for at uønskede hendelser inntreffer og minimaliserer konsekvensene hvis det likevel skulle skje.	Kommunalsjefer, enhetsledere og stabsledere	31.12.23	
Alle nødvendige dokumenter og ROS – analyser skal utarbeides og legges inn i kvalitetssystemet Compilo. Compilo må gjennomgås på nytt med alle lederne og rammeverket må lages selvforklarende og stort sett etter samme mal for de ulike prosessene.	Kommunalsjefer, enhetsledere og stabsledere	31.12.24	
Etablere system og rutiner for avviksmeldinger og avvikshåndtering. Rutinene legges i Compilo og bekjentgjøres.	Personalsjef	31.06.24	
Utarbeide lederavtaler med klar ansvarsfordeling innenfor hovedprosesser. Hvis ikke tilstrekkelige hovedprosesser og underprosesser finnes i kvalitetssystemet må disse utarbeides av ansvarlig leder.	Kommunedirektør	31.12.24	
Utarbeide nødvendige rutiner og retningslinjer for alle hovedprosesser og underprosesser. Noe av rutinene kan utarbeides som styringskort hvis det er mer formålstjenlig.	Kommunalsjefer, enhetsledere og stabsledere	31.12.24 på bakgrunn av utarbeidet ROS	

Evaluering og eventuell oppdatering av ROS – analysen

Evaluering av ROS - analysen	Ansvarlig	Frist	Utført
Gjennomgang av status	Kommunedirektør og kommunalsjefer	30.06.24	
Års-evaluering	Kommunedirektør og kommunalsjefer	31.12.24	
Årlig evaluering videre	Kommunedirektør og kommunalsjefer	Årlig 31.12	

Internkontroll og kvalitetsarbeid

Systematisk internkontroll

Kommunelovens § 25-1 krever at kommunen skal ha internkontroll med administrasjonens virksomhet for å sikre at lover og forskrifter følges. Den skal være systematisk og tilpasses vår størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. God internkontroll er en del av kommunens samlede styring og ledelse for å levere gode tjenester innenfor krav fastsatt i lover og forskrifter.

Ledelse og styring

Kommunens ledere skal gi retning og skape resultater innenfor de rammene som er gitt. Ledere har også ansvaret for å etablere og følge opp rutiner og systemer. Dette vil sikre god virksomhetsstyring, internkontroll og faglig forsvarlige tjenester til våre innbyggere. I dette arbeidet inngår ansvaret for å utvikle en kultur som fremmer gode arbeidsprosesser, læring, samhandling, forbedring og utvikling. Kommunens internkontrollarbeid skal være basert på risikovurdering.

Hovedmål for internkontroll:

- Målrettet og effektiv drift
- Etterlevelse av lover og regler
- Pålitelig rapportering
- Iverksettelse og oppfølging av politiske vedtak

Orkland kommune har flere overordnede reglement, rutiner og retningslinjer som er styrende for virksomheten. Av de viktigste kan nevnes:

- Delegasjonsreglement, både politisk og administrativt
- Arbeidsgiverpolitiske retningslinjer
- Økonomireglement
- Eierskapsmelding og -strategi
- Etske retningslinjer.

Orkland kommune benytter Compilo som system for kvalitet og avvikshåndtering. Alle gjeldende rutiner, retningslinjer, lover og forskrifter skal være tilgjengelig i kvalitetssystemet. For å bidra til dette er det fokusert tydelig på å inkludere internkontrollen i virksomhetsrapporteringen til tjenesteledelse og videre til kommuneledelsen, blant annet gjennom styringsdialog for tjenesteområdene.

Når det gjelder økonomiområdet har det vært arbeidet systematisk med å styrke både den innebygde internkontrollen i økonomisystemene, rapporterings- og analyseprosessen, opplæring av brukere og systematikken i periode- og årsavslutningene, blant annet gjennom innføring av Framsikt som styringssystem. Området er gjenstand for regnskapsrevisjon hvor også etterlevelse og internkontroll er i fokus.

Milepeler i arbeidet med internkontroll 2023:

- Kommunedirektøren restarter påbegynt arbeid med revisjon av Orkland kommunes internkontrollarbeid.
- Revisjon av internkontroll og nytt system for oppfølging av politiske vedtak, gjennomgått i ledermøtet i Orkland.

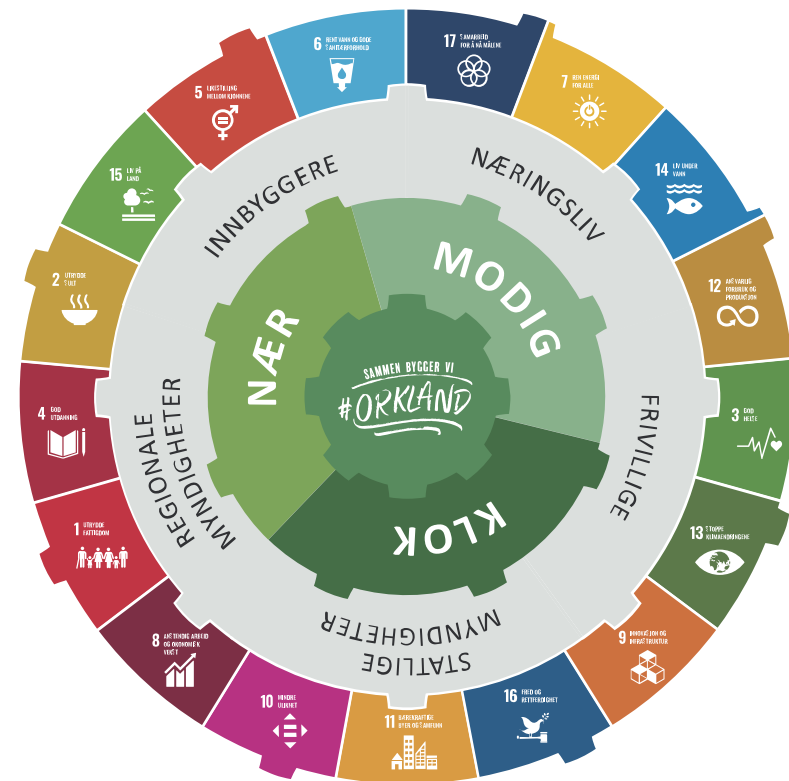
- Kommunedirektøren gjennomgikk kommunens arbeid med internkontroll på høstens strategisamling for politisk nivå.
- Kommunedirektøren sendte ut Oppdragsbrev internkontroll Orkland kommune 2023-2024 den 11.10.2023. I oppdragsbrevet fremgår at alle enheter/ område skulle gjennomføre en risiko- og sårbarhetsanalyse med tilhørende tiltaksplan i løpet av 2023. Øvrige tiltak i oppdragsbrevet gjennomføres på bakgrunn av risikovurderingen i 2024.
- Forvaltningsrevisjon internkontroll jf. bestilling fra kontrollutvalget i sak 42/22. Forvaltningsrevisjonsrapport presentert i kontrollutvalget 06.12.23, sak 57/23.



Virksomhetsplan 2024 Psykisk helse- og rusarbeid

INNHOOLD

Slik bygger vi Orkland sammen	03
Utfordringsbildet i Orkland	05
Vi skal ha tilbud som virker	06
Vi skal jobbe for å hindre utenforskap: satsning på ungdom, arbeidsliv og rus	06
Vi skal bruke digitalisering for å nå målene våre	06
Arbeidsmiljø, forebygging av omsorgstretthet og utbrenthet, og muligheter for personlig vekst	07
Hvordan møte disse utfordringene?	07
På bakgrunn av dette har vi satt oss følgende mål for 2024	10
Tjenestebeskrivelse	12
Slik sikrer vi god kvalitet i tjenesten vår	20
Prioritering av oppgaver	20
Brukermedvirkning	20
Slik tildeles tjenester	21
Fagkompetanse	21
Målrettet HMS-arbeid	21
Kompetanseplan	22
Utviklingsstrategi	24



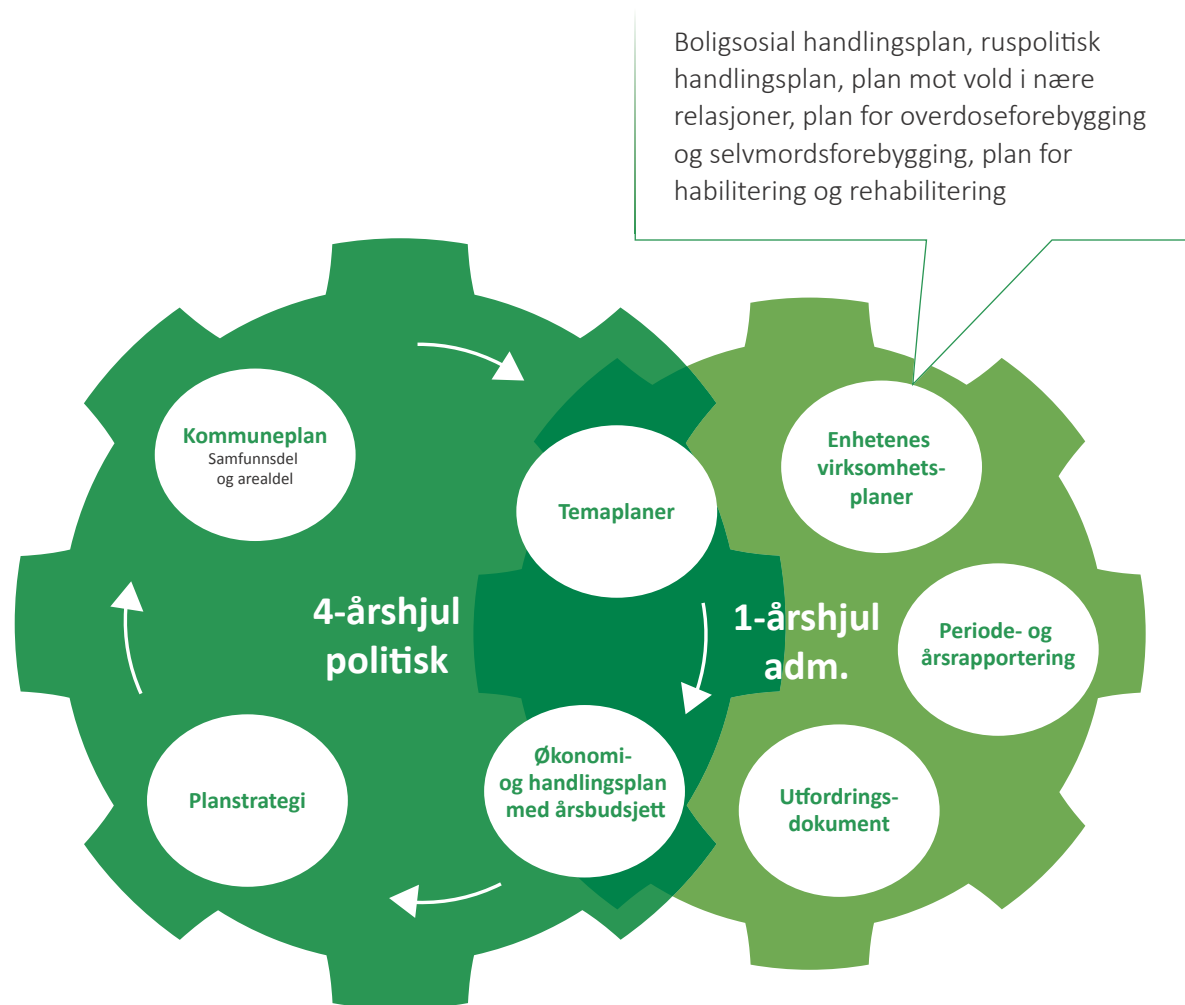
Slik bygger vi Orkland sammen

I denne virksomhetsplanen finner du tiltak som henger sammen med kommunens plan for forebygging av selvmord og overdoseforebygging, den må ses i sammenheng med kommunens ruspolitiske handlingsplan, boligsosiale handlingsplan, plan for habilitering og rehabilitering, og plan mot vold i nær relasjoner.

Kommuneplanens samfunnsdel angir retning for utviklingen av Orklandsamfunnet.

Planene er basert på FNs definisjon av bærekraftig utvikling: Utvikling som tilfredsstillende dagens behov uten å ødelegge framtidige generasjoners mulighet til å tilfredsstillende sine behov.

Orkland kommune skal være en ja-kommune. Vi skal gjøre kunnskapsbaserte valg basert på kloke, modige og nære vurderinger i tråd med bærekraftsdefinisjonen.



Vi bygger vår tjeneste på verdiene:

MODIG Vi viser tillit, snakker om det som er vanskelig og gjør nødvendige valg. Vi skal arbeide målrettet med innovasjon, utvikling og digitalisering for å møte framtidens utfordringer.

KLOK Vi kombinerer ny kunnskap, det vi selv har erfart og lærer av andre. se motstridende interesser og. Målet er å bidra et tilgjengelig, trygt, mangfoldig og aktivt samfunn. Vi skal legge til rette for samarbeid og dialog, og være tilgjengelige.

NÆR Vi gir det lille ekstra når vi møtes. Den som berøres skal høres. Vi skal arbeide for gode menneskemøter, møte individuelle behov og ta hele Orkland i bruk

Får vi til dette når vi ambisjonen vår om å være **best i møte mellom mennesker.**



Utfordringsbildet i Orkland

Forekomsten av psykiske helseutfordringer og rusutfordringer i vår kommune er den samme som i landet for øvrig, og i Europa. Psykiske lidelser spenner fra lettere tilstander, som gir mest subjektive plager, til alvorlige lidelser som i tillegg er forbundet med uførhet, fysiske sykdommer og redusert forventet levealder.

Rundt 16–22 prosent av den voksne befolkningen oppfyller kriteriene for en psykisk lidelse i løpet av 12 måneder. 11,9 prosent av befolkningen ville få to psykiske lidelser i løpet av livet, mens 14,9 prosent ville få tre eller flere. Psykiske lidelser rammer alle aldersgrupper. Både genetiske og miljømessige faktorer kan øke risikoen.

Våre registreringer viser at de fleste som søker om tjenester hos oss oppgir flertallet depresjon/nedstemthet som årsak til behov for tjenester. Deretter følger angst/uro, og belastninger i livet. Dette er i tråd med behovet i samfunnet for øvrig. De vanligste

psykiske lidelsene blant voksne er angstlidelser, depresjon og rusmiddellidelser. Om lag 15 prosent vil få en **angstlidelse** i løpet av et år. Det er normalt å kjenne på frykt i hverdagen. Om lag 10 prosent vil få en **depressiv lidelse** i løpet av et år. Kvinner rammes oftere enn menn. Depresjon hos eldre er ikke en naturlig del av alderdommen. Tilstanden er underdiagnostisert og underbehandlet. Angst og depresjon har en sterk samsykelighet. Angst og nedstemthet er normale følelser, men når disse kraftige eller vedvarende, kan de klassifiseres som en lidelse. Det er høy grad av samsykelighet mellom psykiske lidelser og rusmiddellidelser. Om lag 1–3,5 prosent vil få en **psykoselidelse** i løpet av livet. Noen er kortvarige (ofte relatert til rus eller kraftig stress), mens noen varer livet ut med negative konsekvenser for utdanning, jobb og sosiale relasjoner. Prognosen ved depresjon er god: De fleste depresjoner går over i løpet av tre til seks måneder, og de fleste opplever ikke flere episoder. Angstlidelser er mer stabile, omtrent halvparten av de som rammes av

angstlidelser som barn har også disse plagene som voksne. (Kilde: FHI)

Kommunen har også kartlagt mangel på gode bo- og oppfølgingstilbud til personer med psykisk utviklingshemming og samtidige psykiske helseutfordringer og rusavhengighet. Denne utfordringen skal enheten psykisk helse- og rusarbeid være med å løse gjennom å utvikle et nytt botilbud med heldøgns bemanning til denne målgruppen. Dette skal skje i samarbeid med hjemmetjenesten og bo- og miljøtjenesten.

Det er forventet en ny statlig handlingsplan for psykisk helsearbeid i kommunene i løpet av 2024. Sammen om mestring. Psykisk helse og rusarbeid vil bruke handlingsplanen som en veileder for tjenesteutvikling.

Vi skal ha tilbud som virker

Tjenestene i Psykisk helse- og rusarbeid skal være tiltak som er virksomme: samtalerapi, kurs og gruppeterapi, samt psykososiale tiltak. Kompetanse skal bygges på etablerte effektive anbefalte behandlingsmetoder som reduserer eller stabiliserer symptomtrykket. Tiltak rettet mot grupper der symptomlette og god livsmestring er et sannsynlig resultat tilhører forløp 1 og 2, og disse vil prioriteres foran tiltak for normalreaksjoner og for plager som sannsynligvis vil gå over av seg selv. Tjenester til brukere i forløp 3 skal være stabiliserende og forebyggende. Vi skal derfor ha god kompetanse på kartlegging og vurdering av psykisk helsetilstand for å kunne tildele riktig tjeneste til hver av våre brukere i forløp 1, 2 og 3. Tjenesten som tildeles skal ha en klar målsetting, og skal evalueres systematisk. Alle brukere som har tjenester i heimen som varer mer enn to uker skal ha et vedtak. Alle brukere som har behov for flere tjenester samtidig skal ha tilbud om IP

og ansvarsgruppe, derfor skal vi også ha god kompetanse på koordinering.

Vi skal jobbe for å hindre utenforskap: satsning på ungdom, arbeidsliv og rus

Gode lokalmiljø og gode oppvekstmiljø er bra for den psykiske helsa, og forebygger utenforskap. Alt for mange står i utkanten eller utenfor fellesskapet i vår kommune sammenlignet med landet for øvrig. Viktige årsaker til utenforskap er psykiske helseproblemer, ensomhet, rus- og alkoholproblemer, fattigdom, manglende inkludering, omsorgssvikt, frafall i videregående opplæring, langvarig sykefravær, nedsatt funksjonsevne, mobbing og arbeidsledighet. Utenforskap rammer alle aldergrupper, og prisen er høy. Både for den enkelte og samfunnet. Utfordringsbildet for Orkland viser at vi har høy andel unge uføre og vi har lavere gjennomføringsgrad for videregående opplæring enn landssnittet. Ungdom, arbeidsliv og rus er et satsningsområde for enheten

Psykisk helse- og rusarbeid på veien mot å nå målet om å redusere antallet unge som opplever utenforskap. Vi skal derfor ha tjenester rettet mot de befolkningsgruppene som vi vet har en forhøyet risiko for utenforskap: familier med lav utdanning, med lav sosioøkonomisk status, familier med forekomst av psykiske helseutfordringer og rusproblemer, og innvandrergupper med høy forekomst av traumer.

Tverrfaglig samarbeid: evaluering viser at for få har IP.

Vi skal bruke digitalisering for å nå målene våre

Ny teknologi innen pleie- og omsorg må tas i bruk for at kommunen skal kunne legge til rette for at innbyggerne skal kunne bo lengst mulig i egen bolig og mestre eget liv i størst mulig grad. Det kan også tas i bruk for å sikre god kvalitet i tjenesten, både i oppfølging av den enkelte bruker, og i saksbehandlingen. Dette krever ansatte med digital kompetanse.

Arbeidsmiljø, forebygging av omsorgstretthet og utbrenthet, og muligheter for personlig vekst

Medarbeiderundersøkelser og medarbeider-samtaler gir oss en god pekepinn på at mange trives på jobb i psykisk helse og rusarbeid. Sykefraværet er også svært lavt. Dette ønsker vi å jobbe for å beholde. Psykologisk trygghet er et overordnet prinsipp og mål for alle ansatte i vår enhet. Dette krever god ledelse, og medarbeidere som aktivt bidrar i arbeidet med å etablere og opprettholde et arbeidsmiljø som oppleves psykologisk trygt for alle.

Vi har stort fokus på kollegastøtte og hvordan vi kan støtte hverandre i jobben vi står i. Det er ekstra sårbart, og en risikofaktor, at noen ansatte har oppmøtested i Meldal og Agdenes. Teamene organiserer selv veiledningsgrupper, der blant annet er reflekterende team innført som en metodikk for å kunne gi kollegastøtte. Ved behov innhenter vi også veiledning fra aktuelle samarbeidspartnere

og kompetansemiljø, som for eksempel Lade behandlingssenter, lokal DPS, Nok. Trondheim og habiliteringsteamet.

Hovedfokus for HMS-arbeidet vårt i 2024 er arbeidet med å forebygge omsorgstretthet og utbrenthet, lederutvikling, og ROS-analyser knyttet til oppstart av nytt tiltak i Litjgårdsveien.

Hvordan møte disse utfordringene?

Vi tilbyr tydelige forløp for oppfølging 1, 2 og 3:
Hovedforløp 1: milde og kortvarige problemer.
Hovedforløp 2: kortvarige alvorlige, og milde langvarige problemer/lidelser
Hovedforløp 3: alvorlige langvarige problemer/lidelser.

Vi ønsker å være en framoverlent tjeneste som både tilbyr tjenester med god kvalitet, er faglig oppdatert og i stand til å ta i bruk nye metoder. Vi ønsker å benytte ny teknologi for å nå disse målene. Vi ønsker i tillegg å jobbe med målrettet og strukturert kompetanseheving i



hele tjenesten. Til slutt er det et uttalt mål at vi ønsker å være en attraktiv arbeidsplass der ansatte har mulighet til å medvirke til utvikling av tjenestene, og til å utvikle seg selv som fagpersoner. Dette krever gode ledere som jobber godt med oppfølging av personalgruppa og som er løsningsorienterte og fleksible. Derfor er ledelse som fag noe vi har fokus på.

Helse- og mestringsområdet må forme seg etter endringer i demografi og teknologi for å være bærekraftige: innbyggertallet i Orkland øker ikke like fort som i landet ellers, og samtidig blir befolkningen i Orkland eldre. Dette innebærer at kommunen får lavere andel av midler fra statsbudsjettet. Samtidig må kommunen bygge opp tjenester til de eldre. Vi opplever også sentralisering internt i kommunen: en økt tilflytting til sentrum, og fraflytting i mer desentrale områder av kommunen. Orkland kommune har satt seg mål om å være næringskommune nr. 1. En framtidig etablering av Eikyr vil medføre en befolkningsvekst som

kan få betydning for behovet for tjenester. Derfor må vi starte arbeidet med hvordan vi kan imøtekomme økt pågang på tjenesten. Vi har god erfaring med at fagutvikling gjøres i tverrfaglige grupper, der alle ansatte i enheten bidrar med sin kompetanse. Dette vil vi også gjøre i arbeidet med å imøtekomme utfordringer som kan oppstå i etablering av ny industri i kommunen vår.

Hvis man skal lykkes med å implementere velferdsteknologi som en integrert del av tjenestene sies det at teknologien utgjør 10 %, mens 90 % er knyttet til organisasjonsutvikling gjennom nye arbeidsmetoder og kompetanseheving. Helseplattformen kan bli innført, det vil si ny felles pasientjournal ved sykehus og kommuner i hele Midt-Norge. Journalen skal sette pasienten i sentrum på alle nivå i helsetjenesten. Det er ikke avklart når dette eventuelt skal skje. Vi har innført bruk av et klinisk verktøy for brukermedvirkning og kvalitetssikring: NORSE feedback, vi

skal gjennom digital inkomstkartlegging videreutvikle tjenesten slik at vi får en mer målrettet og tilpasset tjenestetildeling.

Hverdagsrehabilitering er knyttet til mestring av dagliglivets aktiviteter i brukerens hjem eller nærmiljø. Dette er et viktig verktøy for å bidra til at den enkelte innbygger får mulighet til å bo lengst mulig i egen bolig og mestre eget liv i størst mulig grad. Det er svært gode erfaringer knyttet til denne arbeidsmetodikken i deler av nye Orkland og det er et ønske å videreutvikle denne arbeidsmetoden i hele den nye kommunen. Også i vår tjeneste. I 2024 vil vi ha sterkt fokus på arbeidet med å etablere et nytt botilbud med heldøgns bemanning til personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse, rusavhengighet og lett psykisk utviklingshemming. Når alvorlige psykiske helseproblemer er kombinert med rus og/ eller utviklingsforstyrrelser byr det på et komplekst fagfelt vi ikke kjenner godt fra før. Det krever nye ressurser og stor grad av

kompetanseheving. Vi må ha kompetanse på adferdsanalytisk arbeid. Utvikle ansattes evne og toleranse til å beholde roen, trygg i uforutsigbare situasjoner der adferd utfordrer. I tillegg må vi skaffe oss kompetanse som gir faglig forståelse for somatisk helse og hvordan dette påvirker mennesker som ikke uttrykker helseutfordringer med verbale beskrivelser. Vi trenger forståelse for hvordan kunnskap om hvordan adferd kan endres og opprettholdes, og tilrettelegging av miljøbetingelser. Forståelse for at det ikke finnes en direkte måte å påvirke tanker, følelser eller forståelse på. Kun indirekte gjennom tilrettelegging av miljøbetingelser kan adferd endres. Dette arbeidet gjør vi gjennom å mobilisere fagressurser i enheten, identifisere risiko og sårbarheter, og rekruttere kompetanse vi mangler.

I november 2023 åpnet vi, i samarbeid med frivillighetssentralen, et treffsted for mennesker med rusmiddelavhengighet. Målet med treffstedet er et lavterskeltilbud og en møteplass

hvor alle kan delta ut fra sine forutsetninger, samt et tiltak for å nå overordnet mål om skadereduksjon til denne brukergruppen. Det serveres derfor et varmt måltid på treffstedet.

Kommunens ansvar for å ha en rådgivende enhet for russaker er lagt til rehabiliteringsteamet.

Oppfølgingstilbud til våre brukere i rehabiliteringsteamet og Litjgårdsveien er i stor grad oppsøkende virksomhet og hjemmebesøk. Mange av brukerne har utfordringer med å møte på timeavtaler på kontor, og dermed er det nødvendig å kunne tilby tjenester i hjemmet. Det gir også mulighet til å kunne observere boforhold, bo-evne med mer, og gir i større grad mulighet til å vurdere helhetlig helsesituasjon for brukerne. Ofte har disse brukere sammensatt problematikk som krever tverrfaglig og tverretatlig tjenester. Det er et mål for 2024 å jobbe videre med utvikling på systemnivå for å kunne gi helhetlige

tjenester i Orkland. Bolig er avgjørende for helse, selvstendighet og deltakelse. Personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer er overrepresentert blant de bostedsløse og vanskeligstilte på boligmarkedet. Psykisk helse og rusarbeid skal delta i et boligsosialt fagforum med andre kommunale tjenester.

Oppfølgingstilbud til brukere i behandlingsteamet vil være målrettet og av kortere varighet da brukere i denne målgruppen har utfordringer av mild til moderat karakter, og kortere varighet. Gruppetilbud skal benyttes der det vurderes som effektivt for å sikre bærekraft i tjenesten. Individuell oppfølging tildeles etter grundig kartlegging, og skal evalueres jevnlig for å sikre at tjenester vi yter har den ønskede effekten for brukeren.

Til slutt ønsker vi også å ta et tydelig medansvar i kommunens utenforskapsarbeid. Dette skal prege all tjenesteyting i enheten.

På bakgrunn av dette har vi satt oss følgende mål for 2024

1. Være en innovativ foregangskommune på fagfeltet som aktivt driver fagutviklingsarbeid. Følge opp eksisterende og nye prosjekt og søknader om driftstilskudd, rapportering med god prosjektledelse. Særlig fokus i 2024 blir:
 - a. Forberedelser knyttet til befolkningsøkning ved etablering av ny industri i kommunen.
 - b. Utvikling av nytt botilbud med heldøgns bemanning til mennesker med dobbel/trippeldiagnoser
2. Utenforskap: Arbeide med å forme og utvikle tjenester, og samarbeidet med andre, rundt unge voksne (18 – 35). Forebygge at unge faller ut av skole og arbeidsliv.
3. Selvmordsforebygging: Vi skal bidra i selvmordsforebygging gjennom fokus på å forebygge, avdekke, avverge, behandle og følge opp selvskading og selvmordsforsøk.
4. Fortsette evaluering og utvikling av bruk av digitale redskap for kartlegging, oppfølging

og assistert selvhjelp. Sørge for å gjøre informasjonsmateriale tilgjengelig på hjemmesiden og i sosiale media.

5. Lederutvikling; legge til rette for gode muligheter for kompetansebygging og utvikling for avdelingsledere.
6. Vi skal i 2024 videreutvikle påbegynt samarbeid med jordmortjenesten i kommunen hvor sårbare kvinner skal kunne tilbys langvarig prevensjon, samt gynekologiske undersøkelser.
7. Et overordnet mål for rusarbeidet er skadereduksjon og det gjenspeiler seg i flere områder i rusarbeidet. Vi har i 2023 tilbudt utlevering av rent brukerutstyr (et viktig skadereduserende tiltak) til denne målgruppen. Det videreføres i 2024.
8. Et mål for 2024 er å delta i nasjonalt forskningsprosjekt for overdoseforebygging. Prosjektet går ut på å etablere og implementere tilbud om nalokson neseppray til mennesker med overdose- og forgiftningsrisiko. Dette som et ledd

i skadeforebyggende arbeid, som et tiltak spisset mot å redde liv og begrense helseskader. Dette arbeidet må ses i sammenheng med andre innsatser på helse- og velferdsområdet rettet mot mennesker som har rusmiddelproblemer.

9. Psykososiale tiltak, treffsted og aktivitetstilbud: Treffsted skal ikke være en erstatning for andre sosiale arenaer i samfunnet vårt, men en arena for øvelse og mestring som fremmer deltakelse i samfunnet. Mål for 2024 er å videreutvikle treffstedet for rusavhengige slik at vi kan nå flere brukere i målgruppen, være lett tilgjengelig, samt effektivisere det oppsøkende helsearbeidet.
10. Sinnemestring: Plan for 2024 er å kunne tilby 2 kurs-rekker hvor det lages turnus på hvem som er kursholdere. Rekruttering av brukere til sinnemestring er også et prioriteringsområde. Det vurderes som et viktig forebyggende tiltak hvor det vil være aktuelt å rekruttere brukere på en annen

måte enn i tjenesten for øvrig. Det kreves et samarbeid med legekontor, politi, DPS og andre kommunale instanser.

11. Utvikling av pårønderarbeidet, særlig fokus på barn som pårørende og pårørende til brukere med alvorlige, langvarige og sammensatte utfordringer.
12. Hovedfokus for HMS-arbeidet vårt i 2024 er arbeidet med å forebygge omsorgstretthet og utbrenthet, lederutvikling, og ROS-analyser knyttet til oppstart av nyt tiltak i Litjgårdsveien. Psykologisk trygghet er grunnprinsippet i arbeidsmiljøet vårt. Vi skal ha fokus på kollegastøtte, hvordan vi kan støtte hverandre i oppgavene vi står i. Oppfølging av enkeltbrukere kan oppleves som ensomt, og vi har få møtepunkt gjennom uken. Det er ekstra sårbart, og en risikofaktor, for ansatte som har oppmøtested i Meldal og Agdenes da de opplever mange ganger å være alene fysisk på jobb. Vi har derfor behov for å utarbeide god metodikk for å kunne gi enda bedre kollegastøtte.

13. Utvikle gode gruppebaserte mestringstilbud: HAP, kognitive mestringskurs for depresjon (KID) og søvnevansker, sinnemestring.

14. Forbedre arbeidet med IP og vedtak for bedre kvalitet og brukertilpasning.



Tjenestebeskrivelse

Vi tilbyr informasjonsarbeid, støtte, behandling, mestringskurs, veiledet selvhjelp, aktivitet, og forebygging:

Våre tjenester er gratis, og henvisning er ikke nødvendig.

Ansatte i enheten kan nås gjennom kommunens sentralbord mellom 8.30 og 15: 72 46 73 00

Vi kan også nås på 907 94 440 mellom kl. 12 og 14.

Innbyggere i kommunen som er over 18 år

- Personer med psykiske lidelser/ plager
- Personer med rusavhengighet/ rusproblematikk/ rusbehandling
- Pårørende
- Personer eller instanser som ber om hjelp i akutte kriser
- Samarbeidspartnere som ber om veiledning, undervisning og- kompetansehevende tiltak
- Personer eller instanser som ber om forebyggende tiltak eller informasjon





Mestringstrappa viser oppbygging av tjenestetilbudene våre, inkludert et nytt øverste trinn:

Omsorgsbolig – heldøgns bemanning. Dobbel / trippeldiagnoser inkl. lett psykisk utviklingshemming og utviklingsforstyrrelser.

Omsorgsbolig unge voksne (18–30 år) tidsavgrenset. Mål om å mestre å bo i egen bolig. Alvorlige, sammensatte og langvarige vansker.

Støttende/forebyggende samtaler og miljøterapeutiske tiltak i heimen, dagtid virkedager (rehabiliteringsteamet) kveld og helg (Litjgårdsveien). Alvorlige, langvarige og sammensatte vansker.

Dagsenter / treffsted / aktivitet. Alvorlige, langvarige og sammensatte vansker.

Støttende / forebyggende samtaler på våre kontor

Kognitiv korttidsterapi

Mestringskurs

Hjelp til selvhjelp

Følgende tildelingskriterier ligger til grunn for de ulike tilbudene i omsorgstrappa:

Nytt tiltak: Alvorlige, langvarige og sammensatte psykiske helseutfordringer og rus, med høyt symptomtrykk. Dobbel/trippeldiagnoser inkl. lett psykisk utviklingshemming og milde utviklingsforstyrrelser (funksjonsnivå tilsvarende 10 år og opp). Diagnoseavklaring må skje før utdeling av tjeneste. FAF-F og GAF-S under 40. Eksklusjonskriterier: Utfordringer primært på grunn av PU/utviklingsforstyrrelser. GAF-F under 20.

Litjårdsveien omsorgsboliger: 18–30 år. Tidsavgrenset, vedtakspliktig. Mål om å mestre å bo i egen bolig. Alvorlige, sammensatte og langvarige vansker, behov for bistand på kveld/helg. Eksklusjonskriterier: PU/utviklingsforstyrrelser moderat/alvorlig grad, GAF-F under 30.

Støttende/forebyggende samtaler og miljøterapeutiske tiltak i heimen, dagtid virkedager (rehabiliteringsteamet) kveld og helg (Litjårdsveien). Tidsavgrenset, vedtakspliktig. Alvorlige, langvarige og sammensatte vansker. Alvorlige, langvarige og sammensatte psykiske helseplager. Eksklusjonskriterier: PU/utviklingsforstyrrelser moderat/alvorlig grad, GAF-F under 30.

Dagsenter / treffsted / aktivitet. Tildeles etter avklaringssamtale. Tidsavgrenset. Alvorlige, langvarige og sammensatte psykiske helseplager. Eksklusjonskriterier: PU/utviklingsforstyrrelser moderat/alvorlig grad, GAF-F under 30.

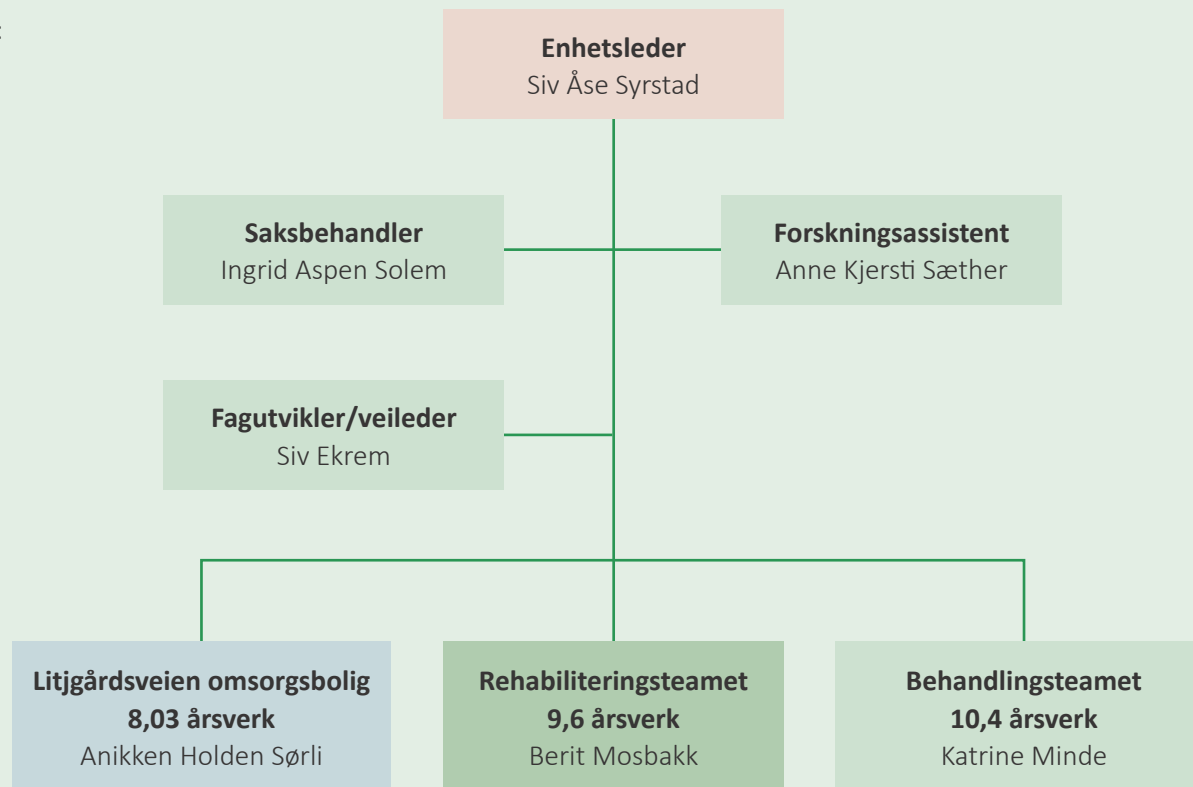
Støttende / forebyggende samtaler på våre kontor. Tildeles etter avklaringssamtale. Alle typer psykiske helseproblemer, også når kombinert med lett PU/milde utviklingsforstyrrelser. Eksklusjonskriterier: PU/utviklingsforstyrrelser moderat/alvorlig grad, GAF-F under 30.

Kognitiv korttidsterapi. Tildeles etter avklaringssamtale. Milde og moderate plager. Angst, depresjon, belastninger, sinneproblematikk. Eksklusjonskriterier: PU/utviklingsforstyrrelser.

Mestringskurs. Tildeles etter avklaringssamtale. Milde og moderate plager. Angst, depresjon, belastninger, sinneproblematikk. Eksklusjonskriterier: PU/utviklingsforstyrrelser.

Hjelp til selvhjelp: Hele befolkningen. Tildeles etter brukers egen vurdering av behov ved belastninger, engstelse, nedstemthet, søvnevansker.

Vi er organisert slik:





Navn på tiltak	Når utføres tiltaket	Beskrivelse av tiltaket	Hvor utføres tiltaket
Litjgårdsveien omsorgsbolig	Dagtid og kveldstid	Omsorgsbolig til unge voksne (18 – 28 år). Mål om selvstendig fungering i daglige aktiviteter, stabilisering og god mestring av utfordringer med rus og psykisk helse, forebygge innleggelse. Meningsfull deltakelse i samfunnet.	Litjgårdsveien på Orkanger eller i brukers egen bolig
Litjgårdsveien omsorgsbolig - heldøgns	Dag, kveld og natt	Nytt tiltak: Omsorgsbolig til voksne med alvorlige, langvarige og sammensatte psykiske helseutfordringer og rus, med høyt symptomtrykk. Dobbel/trippeldiagnoser inkl. lett psykisk utviklingshemming og milde utviklingsforstyrrelser (funksjonsnivå tilsvarende 10 år og opp). Diagnoseavklaring må skje før tildeling av tjeneste. FAF- F og GAF – S under 40.	Litjgårdsveien på Orkanger
Ekstern oppfølging	Dagtid, kveldstid og helg	Tilbud til unge voksne (18-28 år) som ikke bor på Litjgårdsveien.	Litjgårdsveien, i hjemmet til den enkelte ungdom og på treffsted
Treffsted/Dagsenter	Torsdager 12 – 15	For mennesker med rusmiddelavhengighet: Lavterskeltilbud og en møteplass hvor alle kan delta ut fra sine forutsetninger. Tiltak for å nå overordnet mål om skadereduksjon til denne brukergruppen. Det serveres et varmt måltid på treffstedet.	Frivillighetssentralen
Julebord for brukere	Under evaluering		
Friluftslivgruppe	ved årets start		
Blåtur			
Arbeidstrening for ungdom	Alle ukedager	En del av samarbeidsprosjektet Inkludering og Arbeid etter Orklandsmodellen.	I Rosenvik, ekstern arbeidspraksis
Individuelle samtaler, familiesamtaler, parsamtaler, pårørendesamtaler	Hver dag 8 – 15.30	Et tilbud til alle innbyggere over 18 år, og med alle typer psykiske vansker eller rusrelatert problematikk, eller i kriser. Kan være i form av støttesamtaler, forebyggende samtaler og behandling. Hvilke metoder som benyttes og tjenester som tilbys tilpasses den enkelte brukers behov. Kan være over lange perioder, eller i kortere perioder. Hyppighet avtales mellom kontaktperson og bruker. Fagmøter, IP og ansvarsgruppe benyttes i saker der det er behov for det.	I Folkehelsesenteret på Orkanger, Sentrumsbygget i Meldal, Helsesenteret i Lensvik, og Helsesenteret på Krokstadøra. Kan også utføres ved hjemmebesøk. På grunn av covid-19 har vi også tilbud om samtale pr. telefon eller videoløsning.



Navn på tiltak	Når utføres tiltaket	Beskrivelse av tiltaket	Hvor utføres tiltaket
Kognitiv terapi	Alle hverdager på dagtid	Lavterskeltilbud til mennesker med mild til moderat angst eller depresjon. Veiledet selvhjelp ved bruk av digitale verktøy i programmet Assistert selvhjelp. Individuelle-samtaler.	I Folkehelsesenteret på Orkanger, Sentrumsbygget i Meldal, Helsesenteret i Lensvik, og Helsesenteret på Krokstadøra. Kan også utføres ved hjemmebesøk. Vi har også tilbud om samtale pr. telefon eller videoløsning.
Mestringskurs	Hverdager, dagtid	Kurs i sinnemestring, søvnkurs og KID – kurs. Hasjavvenningskurs.	I Folkehelsesenteret
Kriseteam	Alle dager	Beredskaps- og innsatsteam i forhold til kriser, katastrofer, ulykker o.l. Tverretatlig tjeneste ledet av Arnt Tronvoll.	Der det er behov. Alle kommunens lokaler kan benyttes.
Utekontor Nok i Orkland	Alle dager, etter avtale	Nok.-sentrene er tverrfaglige, gratis og lavterskel hjelpetilbud til utsatte for seksuelle overgrep og deres pårørende. De er også en fagressurs som tilbyr veiledning og undervisning til skoleklasser, lærere, helsepersonell og øvrige fagpersoner i spørsmål som omhandler seksuelle overgrep.	Ved Folkehelsesenteret eller andre lokaler etter avtale

Slik sikrer vi god kvalitet i tjenesten vår

God internkontroll er avgjørende. Enhetsleder utarbeider månedsrapporter og kvartalsrapporter med følgende kvalitetsindikatorer: Antall nye henvendelser, antall avsluttede saker, omfanget av tjenester som er utøvd (antall brukere, antall kursdeltakere, antall møtt på aktivitetstilbudene), avvik, når avvik fører til endrede prosedyrer/ny praksis, økonomi, sykefravær, HMS (møter i HMS utvalg og vernerunder), klager. Status i utviklingsoppgaver rapporteres i årsrapporten.

Utvikling av tjenestene skjer både i tverrfaglige grupper, og ved hjelp av brukermedvirkning. Enheten utarbeider hver høst en virksomhetsplan for det påfølgende året. Kompetanseplan utarbeides på grunnlag av denne. Alle ansatte medvirker i dette arbeidet. Vi har også hatt erfaringskonsulent med oss i kvalitetsarbeidet.

Prioritering av oppgaver

Hvis det av ulike grunner blir redusert tilgang på personellressurser (stort fravær, omprioritering av personell i kriser) har enheten en plan hvordan man kan opprettholde lovpålagte tjenester:

Ved 30 % sykefravær kuttes oppgaver fra pkt. 6, ved 40 % og 50 % reduseres tilbudene til enkeltbrukere fra pkt. 4 ut fra en vurdering av forsvarlighet. Pkt 1, 2 og 3 kan ikke legges ned.

1. Lavterskel (inkludert akutte reelle kriser hos kjente brukere) kriseteam, lavterskel rusavhengige, gravide rusavhengige (ansvar for tvangsvedtak på disse gruppene) og omsorgsbolig i Litjgårdsveien
2. Interne møter (inntaksmøter, avdelingsmøter der oppgaver prioriteres og fordeles)
3. Avklaringsamtaler med nye brukere.
4. Oppfølging av brukere som har vedtak innenfor rammen av vedtaket. Det

innebærer en vurdering av når helsehjelpen er nødvendig, og den skal være forsvarlig, men alt ut over det skal være lenger ned på prioriteringslista. Terskelen for nødvendig helsehjelp må være klar for alle ansatte

5. Samarbeidsmøter og ansvarsgrupper for brukere som har vedtak
6. Faste samarbeidsmøter med samarbeidspartnere: Legemøter, Rosenvik etc.
7. Aktivitetstilbudene

Brukermedvirkning

Bruker skal medvirke i utformingen av eget tjenestetilbud og utforme sine egne målsettinger med helsehjelpen.

Brukermedvirkning skal skje på individ- gruppe- og systemnivå.

Brukerundersøkelse gjennomføres annethvert år, kartlegging av brukere skjer også gjennom Brukerplan i regi av KORUS.

Slik tildeles tjenester

Nye henvendelser behandles fortløpende. Alle skal ha et tilbud om en vurdering innen 2 uker, eller tidligere dersom bruker har behov for det. Symptomtrykk, funksjonsnivå, ressurser, nettverk og behov for samarbeid med andre instanser inngår i vurderingen. Fagpersoner utfører vurderingen og tildeler tjenester i tett samarbeid med bruker. Tjenestene skal være tilstrekkelige og forsvarlige.

Fagkompetanse

Enheten har en felles faglig plattform i recoveryperspektivet og kognitive metoder. Vi er inndelt i tre tverrfaglige grupper. To grupper som jobber med brukere i hovedforløp 3. En i omsorgsbolig for unge voksne, og en gruppe med rehabilitering inkludert aktivitet. Ei gruppe jobber med brukere i hovedforløp 1 og 2, med lavterskel, avklaring, støttende, forebyggende samtaler, kurs og behandling.

Alle ansatte skal ha den helse- og sosialfaglige kompetansen som kreves for å foreta avklaringsamtaler, for å ivareta lavterskeltjenesten, og gjøre vedtak som ivaretar både brukerens behov og rett til medvirkning, og lovens krav om tilstrekkelige og forsvarlige tjenester.

Vi har noen felles krav til alle ansatte: Alle skal ha generell og grunnleggende kompetanse på psykiske plager og lidelser, inkludert rusproblemer, forebyggende tiltak og reaksjoner i krisesituasjoner. Alle skal ha kompetanse på iverksetting av tiltak og behandlingstilbud, oversikt over samarbeidspartnere, og kunnskap om tverrfaglig samarbeid i primær- og spesialisthelsetjenesten. Alle skal ha kunnskap om dokumentasjon, IT-verktøy og lovverket som regulerer virksomheten. Alle ansatte skal også ha kjennskap til statlige veiledere og føringer, og til kommunens planer og strategidokumenter. Det forventes at alle ansatte er kjent med kommunens etiske

retningslinjer og verdigrunnlag. Alle ansatte har sin fagutdanning, med de kvalifikasjoner det innebærer av fagkunnskap og etiske retningslinjer, i tillegg til personlig egnethet. Det er et mål å ha en bred tverrfaglighet i enheten.

Alle ansatte skal delta i fagutviklingsarbeid. Det gjelder utvikling av egen kompetanse og i utvikling av tjenestetilbudene. Utvikling av personlig kompetanse skal skje i tråd med enhetens kompetanseplan, kommunens behov og i samråd med avdelingsleder og enhetsleder. Det er ønskelig at ansatte deltar i kurs og videreutdanningsprogram for vedlikehold, oppdatering og videreutvikling av kompetanse. Tverrfagligheten i enheten skal benyttes til kompetanseoverføring, alle ansatte deltar i tverrfaglige veiledningsgrupper.

Målføret HMS-arbeid

HMS: Alle teamene gjennomfører personalmøter minimum hver 6. uke. HMS-utvalgene har møter hvert kvartal. Enhetsleder og avdelingsledere er ansvarlig.

Kvalitetssystemet Compilo benyttes.

Enhetsleder i samarbeid med avdelingsleder og fagkoordinatorer har ansvar for at prosedyrer til enhver tid er oppdatert, og for årlig opplæring i avviksmelding. Ledergruppa har også ansvar for årshjulet. Ledergruppa og HMS-utvalgene har ansvar for å jevnlig gjennomføre ROS-analyser. Medarbeidersamtaler gjennomføres årlig, eller hyppigere ved behov. Medarbeiderundersøkelse årlig.

Læringsarenaer: Refleksjon, veiledning, e-læring og webinar, kurs, videreutdanning, hospitering, fadderordning, studenter i praksis.

Kompetanseplan

Arbeidsplassen er vår viktigste læringsarena: refleksjonsgrupper, internundervisning, e-læring, studenter i praksis er viktige virkemidler. Hospitering både internt og eksternt benyttes i kompetansearbeidet også. Individuelle behov for kompetanseheving/vedlikehold avtales mellom enkeltansatte

og leder i medarbeidersamtale. Enheten har en kompetanseplan som er basert på utviklingsstrategien vår. Aktiviteter som er prioritert i 2024:

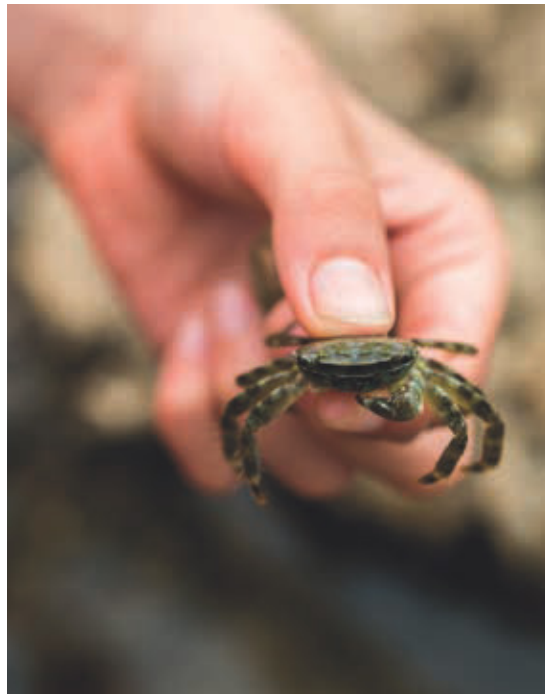
- Rehabiliteringsteamet og Litjgårdsveien: Behandling, rehabilitering og oppfølging av mennesker med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser, avhengighet, sinnemestring.
- Miljøterapi ved utviklingshemming og utviklingsforstyrrelser for alle ansatte i Litjgårdsveien.
- Videreutdanning i Psykisk helse- og rusarbeid, kognitiv terapi eller SEPREP, eller andre relevante videreutdanninger til ansatte som ønsker det. Avtales i medarbeidersamtaler.
- Opplæring i bruk av digitale selvhjelpsverktøy.

Gjentas hvert år:

- Opplæring i grunnleggende selvforsvar og håndtering av utagering og vold for ansatte i Litjgårdsveien.

- Førstehjelpskurs.
- Etablere og vedlikeholde god kompetanse om selvmordsforebygging og oppfølging etter selvmordsforsøk.
- Opplæring i helserett: lov om helsepersonell, helse- og omsorgstjenesteloven, særlig fokus på journalforskriften, vedtak, og IP.
- Kompetanse om pakkeforløp.
- Generell digital kompetanse. Intern undervisning i Gericca, Outlook, Digital IP og stafettlogg (BTI), og Teams. Gjentas hvert kvartal.
- Kjennskap til kommunens planer gjennom intern informasjon, legges inn i kompetanseårshjulet: plan for overdoseforebygging, plan mot vold i nære relasjoner, plan mot radikaliserings og voldelig ekstremisme.
- E-læringskurs i lovverk, avvik, medisinhåndtering, forebygging og håndtering av vold, utagering og trusler.
- Interne fagdager med tema. Invitere ekstern kompetanse fra lokal DPS eller andre som kan

undervise på enkelttema. I de tre faggruppene samlet eller hver for seg.
 Ansvar: Avdelingsleder og fagkoordinatorer.



Utviklingsstrategi

Vi har et mål om å være en tjeneste som bidrar til tjenesteinnovasjon, fagutvikling og kompetansebygging innenfor fagfeltet vårt.

Utfordringsbildet i kommunen viser at det er nødvendig å adressere følger av utenforskap knyttet til manglende utdanning/ arbeidslivstrening, depressive lidelser og rus spesifikt. Både forebygging, tidlig intervensjon, tilgang på gode behandlingsmetoder og tett samhandling. Dette er bakgrunnen for flere av FOU-prosjektene våre.

Et annet område vi ønsker å fokusere på i utviklingsarbeidet vårt er brukermedvirkning. Vi er kommet godt i gang med å innføre Norse og digitale kartleggingsverktøy gjennom systemet Veiledet selvhjelp. Disse tilbakemeldingsverktøyene gjør det mulig å spisse oppfølgingen mer mot pasientens behov og tilbakemeldinger. En viktig del i utviklingsarbeidet vårt blir å videreføre dette.

Vi vil utvide det etablerte kurstilbudet for depresjonsmestring slik at dette blir en del av en bærekraftig tjeneste. Også en viktig del av hms-arbeid, da denne måten å arbeide med depressive lidelser er mindre belastende for terapeutene.

Vi vil også ha som et utviklingsmål å jobbe strategisk med ledelse som fag, og lederutvikling. Vi er en relativt nyetablert enhet, med ny organisasjonsstruktur. God ledelse er en forutsetning for tjenester av høy kvalitet, tjenesteinnovasjon og for forebygging av sykefravær. Vi ønsker engasjerte, motiverte og kompetente medarbeidere som opplever stor grad av muligheter for utvikling og medvirkning. Dette krever et psykologisk trygt arbeidsmiljø preget av tillit. Derfor er ledelse noe vi velger å fokusere særskilt på.

Digitalisering av tjenester betyr at vi må fokusere spesielt på digital kompetanse blant ansatte.

Våre FOU-prosjekter:

- Videreføring av kompetanse i metoden Målrettet Miljøterapi for alle ansatte i Litjgårdsveien. Innebærer kompetanseheving og omstrukturering av arbeidsmetoder.
- Pilot: Mestringsverktøy psykisk helse, i regi av Helsedirektoratet. Dette er et prosjekt der vi tester ut digitale mestringsverktøy som en oppfølging av veiledet selvhjelp som er en del av tilbudet vi innførte i RPH (Rask Psykisk Helsehjelp)- prosjektet.
- Samarbeid om prosjektet «Depressive disorder in primary care – an integrated solution for improving treatment and preventing severe outcome». Samarbeidsparter: Universitetet i Oslo, University of Oxford, Oslo kommune. Støtte fra Norges Forskningsråd. Forskningsassistent i 100 % tilsatt i vår enhet for datainnsamling.
- Ansatte deltar som medlemmer i ulike prosjekter i kommunens program mot utenforskap.


- Utvikle nytt botilbud for brukere med dobbel/trippeldiagnoser.
- Delta i nasjonalt forskningsprosjekt for overdoseforebygging. Prosjektet går ut på å etablere og implementere tilbud om Nalokson neseppray til mennesker med overdose- og forgiftningsrisiko. Dette som et ledd i skadeforebyggende arbeid, som et tiltak spisset mot å redde liv og begrense helseskader.



Årshjulet vårt







Virksomhetsplan 2024 Psykisk helse og rus

Innspill til kontrollarbeidet

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Orkland kommune

Møtedato

10.06.2024

Saknr

43/24

Saksbehandler Eva J. Bekkavik

Arkivkode FE-033, TI-&17

Arkivsaknr 24/356 - 3

Forslag til vedtak

Saken legges frem uten forslag til vedtak.

Vedlegg

Henvendelse fra innbygger om kommunestyrets vedtak i sak 65-23 vedrørende Snillfjord omsorgssenter

Saksopplysninger

Hensikten med denne saken er at utvalgets medlemmer kan drøfte og fremme innspill til saker og forhold som kontrollutvalget kan ta tak i, eller diskutere om å få utredet en sak til et fremtidig kontrollutvalgsmøte. Da kan forslag om å sette opp saken fremmes i denne sak.

Eksempel på tema som kan tas opp:

- Deltagelse på kurs/konferanse
- Endring av møtedato e.l.
- Forhold i kommunen som medlemmene har behov for å drøfte
- Ønske om orientering knyttet til et saksområde fra kommunedirektør eller sekretariatet i et fremtidig møte.

Utvalgets medlemmer oppfordres til å si fra om de har noe til saken i starten av møtet.

Henvendelse fra en innbygger om oppfølging av kommunestyrets vedtak i sak 65/23 vedrørende Snillfjord omsorgssenter følger med som vedlegg til saken.

Laila Selven

7257 Snillfjord

Krokstadøra 4.juni 2024

Kontrollutvalget i Orkland

v/ leder Linn Annett Brå Østgaard

Fra vedtatt handlingsplan med budsjett for 2024-2027, politisk sak 65/23, er følgende besluttet vedrørende drift av Snillfjord omsorgssenter:

«Kommunestyret anerkjenner at rekruttering av helsepersonell er en utfordring for Orkland i likhet med de fleste andre norske kommuner og knapphet på ansatte utfordrer i særlig grad driften på mindre enheter. Vi vil at det skal jobbes videre med utlysninger med mål om å rekruttere nødvendig personell og oppnå bærekraftig drift ved SOS. Det er allerede etablert et fond for rekruttering av helsepersonell, kommunestyret styrker dette fondet med 250.000 for å styrke rekrutteringsinnsatsen i hele kommunen inkl. SOS. Det må understrekes at grunnlag for drift ved SOS, og generelt ved alle kommunens helseinstitusjoner, må være i henhold til pasient og brukerrettighetsloven, helse og omsorgstjenesteloven og arbeidsmiljølovens bestemmelser. Kommunestyret tar ikke videre stilling til finansiering av SOS utover 2024 før effektene av ytterligere rekrutteringstiltak foreligger. Hovedutvalg HOK må holdes løpende orientert om utviklingen.»

Jeg mener at vedtaket fra politisk sak 65/23 ikke er fulgt opp, og vil at kontrollutvalget i sitt møte 10. juni ettergår dette.

Jeg tenker spesielt på to punkter i vedtaket:

Punkt 1.

«Vi vil at det skal jobbes videre med utlysninger med mål om å rekruttere nødvendig personell og oppnå bærekraftig drift ved SOS.»

Jeg kan ikke se at dette er jobbet videre med. I drøftingsdokumentet fra 14.05.24 i hovedutvalg HKO står det:

«I tillegg er det orientert om at det gjennom vinteren ikke har vært ledige stillinger ved omsorgssenteret, da ledige sykepleierstillinger er fylt opp med andre faggrupper for å sikre tilgang på personell i turnus. **Ved eventuell rekruttering av sykepleiere til stillingene som er fylt er det behov for omstilling av personell uten sykepleiekompetanse til andre arbeidssted.** Det er forsøkt rekruttert sykepleiere i flere omganger de siste årene, men ikke vært søkere til stillingene. Kommunestyret vedtok å avsette midler til rekruttering av sykepleiere ved omsorgssenteret. Hovedutvalget er holdt orientert gjennom hele vinteren **om hvorfor dette ikke er gjort.** Ser man på utlysninger etter sykepleiere ved andre institusjoner i kommunen er

trenden at antall søkere er meget lavt og utenkelig med rekruttering av såpass høyt antall sykepleiere uansett lokasjon.»

Hovedutvalg HKO har riktignok blitt holdt løpende orientert, men utlysninger har ikke skjedd. I sykepleierstillingene er det ansatt andre fagpersoner. Det er begrunnelsen administrasjonen har for at de ikke har lyst ut stillinger.

Og man kan ikke basere seg på trender, og dermed la være å lyse ut.

Det er ikke lyst ut etter sykepleiere de siste 6 månedene, bortsett fra 2 stillinger nå i mai. Fristen var 31 mai, og disse var utlyst pga nylige oppsigelser.

Punkt 2.

Sitat fra vedtaket i sak 65/23:

«Det er allerede etablert et fond for rekruttering av helsepersonell, kommunestyret styrker dette fondet med 250.000 for å styrke rekrutteringsinnsatsen i hele kommunen inkl. SOS.»

... og videre

*«Kommunestyret tar ikke videre stilling til finansiering av SOS utover **2024 før effektene av ytterligere rekrutteringstiltak foreligger**. Hovedutvalg HOK må holdes løpende orientert om utviklingen.»*

Det er satt av midler til rekrutteringsarbeid, og i vedtaket skal effekten av rekrutteringstiltakene rapporteres til hovedutvalg HOK. I drøftingsdokumentet er det ikke vist til noen konkrete rekrutteringstiltak.

På stillingene som ble utlyst nå i mai er det kommet to søkere. Hadde de lyst ut tidligere, kunne det også da kommet søkere, sjøl om **trenden** (jfr drøftingsdokumentet) er at antall søkere til sykepleiestillinger er lavt. Det enkleste rekrutteringstiltaket må jo være å lyse ut stillinger de ønsker besatt!

Ingen rekrutteringstiltak gir heller ikke noen effekt, og kommunestyrevedtaket kan da ikke være fulgt opp?

Jeg håper kontrollutvalget går gjennom saken og at vedtaket fra 65/23 blir fulgt opp før skjebnen til Snillfjord omsorgssenter avgjøres i kommunestyret.

Med vennlig hilsen

Laila Selven

Godkjenning av protokoll fra dagens møte

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Orkland kommune

Møtedato

10.06.2024

Saknr

44/24

Saksbehandler Eva J. Bekkavik**Arkivkode** FE-033, TI-&17**Arkivsaknr** 24/356 - 2**Forslag til vedtak**

Møteprotokollen fra dagens møte i kontrollutvalget, 10.06.2024, godkjennes.