



Konsek
TRØNDELAG IKS

Møteinnkalling - Kontrollutvalget i Levanger kommune

Arkivsak:

Møtedato/tid: 28.02.2023 kl. 10:00

Møtested: Møterom 1045

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

Eventuelle forfall, eller spørsmål om habilitet, meldes til Konsek Trøndelag IKS
v/ Paul Ivar Stenstuen på telefon 900 39 065, eller e-post: paul.ivar.stenstuen@konsek.no

Varamedlemmer møter etter nærmere innkalling.

Trondheim/Steinkjer/Os, 22.02.2023

Kari Johanne Kjerkol (sign.)
Leder av kontrollutvalget

Paul Ivar Stenstuen
seniorrådgiver
Konsek Trøndelag

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

Sakliste

Saksnr.	Sakstittel
01/23	Referatsaker
02/23	Orientering fra kommunedirektøren
03/23	Prioritering av forvaltningsrevisjon - bestilling
04/23	Kontrollutvalgets årsmelding for 2022
05/23	Fordeling av tildelt budsjettramme for 2023
06/23	Eventuelt
07/23	Godkjenning av møteprotokoll

Referatsaker

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Levanger kommune

Møtedato

28.02.2023

Saknr

01/23

Saksbehandler Paul Ivar Stenstuen

Arkivkode FE-033, TI-&17

Arkivsaknr 23/77 - 2

Forslag til vedtak

Kontrollutvalget tar referatene til orientering.

Vedlegg

Rapport fra tilsyn med Regnbuen barne- og avlastningsbolig - Levanger kommune

Avslutning av tilsyn med sosiale tjenester i NAV-kontoret

Oppfølgingsplan for å lukke avvik ved Regnbuen

Sekretariatets timeleveranse i 2020 og 2021

Saksopplysninger

Kontrollutvalgets leder vil i tillegg gi en kort orientering om behov for å finne en annen dato for det planlagte besøk den 21.03.23.



Levanger kommune v/kommunedirektøren
Postboks 130
7601 LEVANGER

Saksbehandler, innvalgstelefon
Cecilie Rønning, 73 19 93 25

Endelig rapport fra tilsyn med Regnbuen barne- og avlastningsbolig - Levanger kommune

Statsforvalteren gjennomførte tilsyn med Levanger kommune og besøkte i den forbindelse Regnbuen barne- og avlastningsbolig fra 21.11.2022 til 22.11.2022. Vi undersøkte om kommunen sørger for at helse- og omsorgstjenester til barn i barne- og avlastningsboliger blir utført i samsvar med aktuelle lovkrav slik at barna får trygge og gode tjenester.

Tilsynet ble gjennomført som del av et landsomfattende tilsyn initiert av Statens helsetilsyn.

Statsforvalterens konklusjon:

Levanger kommune sikrer ikke at barn ved Regnbuen barne- og avlastningsbolig får habilitering og opplæring i samsvar med sine behov.

Dette er brudd på helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

Vi ba om skriftlig tilbakemelding med eventuelle innsigelser til de faktiske forhold i rapporten. Vi mottok slike tilbakemeldinger her den 8. desember 2022, og rapporten er justert i tråd med tilbakemeldingene. Denne rapporten anses som endelig.

Innhold

1. Tilsynets tema og omfang	2
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet	2
2.1 Tilsynsmyndighet	3
2.2 Kommunens ansvar for heldøgns helse- og omsorgstjenester i barne- og avlastningsboliger	3
2.3 Habiliteringen/opplæringen skal være forsvarlig	3
2.4 Krav om individuelt tilpasset habilitering/opplæring	3
2.5 Tverrfaglig samarbeid og koordinering av tiltak	4
2.6 Krav til styringssystem som sikrer tjenester i henhold til krav fastsatt i lov og forskrift	4



2.6.1 Krav til kompetanse.....	4
2.6.2 Krav til planer, dokumentasjon og informasjonsflyt for å sikre forsvarlig og omforent praksis.....	4
3. Beskrivelse av faktagrunnlaget.....	5
3.1 Beskrivelse av virksomheten.....	5
3.2 Om barne- og avlastningsboligen har tilstrekkelig informasjon om barnets situasjon og behov	6
3.3 Om barne- og avlastningsboligen bruker informasjonen til å identifisere behov for habilitering/opplæring og til å utforme mål og tiltak for barnet	6
3.4 Om barne- og avlastningsboligen gjennomfører tiltak for habilitering/opplæring	7
3.5 Om barne- og avlastningsboligen evaluerer og korrigerer mål og tiltak for habilitering/opplæring	7
4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag	7
5. Statsforvalterens konklusjon	8
6. Oppfølging av påpekte lovbrudd.....	8

1. Tilsynets tema og omfang

Statsforvalteren har undersøkt og vurdert om kommunen/virksomheten sikrer at barna i Regnbuen barne- og avlastningsbolig får habilitering/opplæring som samsvarer med deres behov. Tilsynet er del av et landsomfattende tilsyn i 2022 og 2023, og har omfattet undersøkelser av om Regnbuen barne- og avlastningsbolig:

1. har tilstrekkelig informasjon om barnets situasjon og behov
2. bruker informasjonen til å identifisere behov for habilitering/opplæring og til å utforme mål og tiltak for barnet
3. gjennomfører tiltak for habilitering/opplæring
4. evaluerer og korrigerer mål og tiltak for habilitering/opplæring

Tilsynsprosessen har bygget på systemrevisjon som metode. En systemrevisjon har som formål å undersøke om gode og trygge tjenester er resultatet av systematisk styring og ledelse og kontinuerlig forbedringsarbeid. I dette tilsynet har undersøkelsene vært tett knyttet til faglige arbeidsprosesser for habilitering/opplæring. I undersøkelse av krav til styring og ledelse er det derfor aktiviteter tett på de faglige prosessene, som har vært mest aktuelle.

Barna og foreldrenes meninger om og erfaringer med opphold i navn på barne- og avlastningsboligen, har vært en viktig informasjon for å vurdere både kvaliteten på tjenestene og kommunens praksis på om barna får dekket sitt behov for habilitering. Et utvalg foreldre og barn har derfor blitt intervjuet i dette tilsynet.

2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

Statsforvalteren er gitt myndighet til å føre tilsyn med kommunal helse- og omsorgstjeneste, etter helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 og helsetilsynsloven § 4.



Et tilsyn er en kontroll av om virksomheten er i samsvar med lov- og forskriftsbestemmelser. Vi gir derfor her en oversikt over kravene som ble lagt til grunn i tilsynet.

2.1 Tilsynsmyndighet

Statsforvalteren er gitt myndighet til å føre tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) § 12-3 og helsetilsynsloven § 4.

Kommuneloven kapittel 30 setter den rettslige rammen for hvordan statlig tilsyn med kommunene skal gjennomføres, med unntak av kommuneloven § 30-4. Et eventuelt pålegg om retting skjer i henhold til helsetilsynsloven § 8, jf. hol. § 12-3. Statsforvalterens myndighet til å føre tilsyn med privat tjenesteleverandør følger av helsetilsynsloven § 4.

2.2 Kommunens ansvar for heldøgns helse- og omsorgstjenester i barne- og avlastningsboliger

Når et barn har opphold i barne- og avlastningsbolig har kommunen innvilget avlastningsopphold eller fulltids plass i slik institusjon til familier med særlig tyngende omsorgsarbeid, jf. hol. § 3-6 og § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c. Barne- og avlastningsboliger regnes som omsorgsinstitusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester, jf. forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon § 1 første ledd bokstav a.

2.3 Habiliteringen/opplæringen skal være forsvarlig

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter helse- og omsorgstjenesteloven skal være forsvarlige, jf. hol. § 4-1. Forsvarlighetskravet er en rettslig standard, som betyr at innholdet bestemmes av normer utenfor loven. I tolkningen av hva som er forsvarlig inngår blant annet anerkjent fagkunnskap, faglitteratur, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. I dett tilsynet bygger det faglige innholdet på følgende normerende produkter fra Helsedirektoratet:

- nasjonal veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov,
- nasjonal veileder om barn og unge med habiliteringsbehov.
- nasjonal veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator
- nasjonal veileder for gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming

Et fellestrekk for de faglige anbefalingene i disse veilederne er at god praksis er å jobbe tverrfaglig, målrettet og systematisk overfor personer med sammensatte behov.

2.4 Krav om individuelt tilpasset habilitering/opplæring

Individuelt tilpassede tjenester bidrar til å oppnå forsvarlige tjenester og til å oppfylle barnets og foreldrenes rett til medvirkning og informasjon etter pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) kapittel 3.

For habilitering/opplæring er brukerinvolvering, medvirkning og informasjonsutveksling viktig i hele prosessen. Det vil si at barnet/foreldrene får informasjon og kan medvirke både når tjenester skal planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres.



2.5 Tverrfaglig samarbeid og koordinering av tiltak

Tverrfaglig samarbeid skal understøtte forsvarlige tjenester, og er regulert flere steder i helse- og omsorgslovgivningen. Det følger av forsvarlighetskravet i hol. § 4-1 bokstav a at kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. Bestemmelsen stiller krav til koordinering og samarbeid internt, med andre etater og andre tjenestenivåer og tilsvarer kommunens plikt til å samarbeid og samordning hol. § 3-4.

Andre bestemmelser som skal understøtte koordinerte tjenester av betydning for dette tilsynet, er hol. § 7-1 om individuell plan og §§ 7-2 og 7-2 a om koordinator og barnekoordinator.

En viktig begrunnelse for krav til samarbeid og koordinering er at det er flere kjente risikofaktorer forbundet med samarbeid og overganger internt og eksternt. Det er særskilt omtalt at det i planlegging av tjenester skal legges vekt på å minimalisere risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 bokstav e.

2.6 Krav til styringssystem som sikrer tjenester i henhold til krav fastsatt i lov og forskrift

Kommunen har etter hol. § 3-1 tredje ledd en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav i lov og forskrift. Denne plikten går også frem av helsetilsynsloven § 5, som pålegger enhver virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester å opprette internkontrollsystem. Internkontrollsystemet omtales i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten som styringssystem: Begrepet er i stor grad sammenfallende med kravene til internkontroll, men omfatter også krav til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, samt oppfyllelse av pasientrettigheter.

Styringssystemet skal være tilpasset virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og ha det omfang som er nødvendig. Det samme gjelder dokumentasjon av styringspliktene jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten i helse- og omsorgstjenesten § 5. Vi legger til grunn at kompleksiteten i disse tjenestene tilsier at de fleste styringstiltakene må være skriftlige. Innholdet i kravet til styringssystemet er nærmere beskrevet i forskriften §§ 6 til og med 9. I dette tilsynet har vi særlig sett på følgende styringskrav:

2.6.1 Krav til kompetanse

En viktig forutsetning for at habilitering/opplæring skal være forsvarlig, er at ansatte har nødvendig kompetanse sett opp mot barnas behov. Det følger av hol. § 4-1 om forsvarlighet at kommunen skal tilrettelegge med tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene. Dette er nærmere omtalt i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 bokstav f og 7 bokstav b. Der det er iverksatt kompetansetiltak skal virksomheten kontrollere at tiltakene har effekt og korrigere tiltakene om nødvendig, jf. § 8 bokstav c og § 9 bokstav b.

2.6.2 Krav til planer, dokumentasjon og informasjonsflyt for å sikre forsvarlig og omforent praksis

Barne- og avlastningsboligen må ha en plan for hvordan barnet skal få dekket sine behov under oppholdene. En slik plan skal inkludere barnets behov for mål og tiltak for habilitering/opplæring. En slik plan for gjennomføringen omtales i pasientjournalforskriften § 6 første ledd bokstav d som en



behandlingsplan. I barne- og avlastningsboliger benyttes som oftest begrepet tiltaksplan. Det er ingen formkrav til en slik plan, men den skal være en del av pasientjournalen.

For å sikre individuell, forsvarlig og omforent praksis må det være beskrevet hvordan tiltak skal gjennomføres være beskrevet (rutiner og prosedyrer), jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten i helse- og omsorgstjenesten § 7 bokstav c. Rutiner og prosedyrer som beskriver gjennomføringen bør inngå i selve tiltaksplanen for at planen skal være et hensiktsmessig verktøy for ansatte. Informasjon om bruk av hjelpemidler, der dette er nødvendig må også være beskrevet i tiltaksplanen.

For å sikre informasjonsflyt om endringer i barnets behov skal det være utarbeidet rutiner om hvordan informasjon skal innhentes og utveksles. Rutinene må omfatte samarbeid med foreldre, de ulike arenaen barna oppholder seg og relevante instanser. Det skal videre være rutiner som omhandler hvordan muntlig rapportering og dokumentasjon i barnets journal skal foregå. Journalføringen skal være i tråd med hpl. § 40 og pasientjournalforskriften §§ 5 til og med 8. Det er i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10 presisert at både kommunen og virksomheten som har avtale med kommunen skal sørge for at journal- og informasjonssystemene er forsvarlige.

3. Beskrivelse av faktagrunnlaget

Her gjøres det rede for hvordan virksomhetens aktuelle tjenester fungerer, inkludert virksomhetens tiltak for å sørge for at kravene til kvalitet og sikkerhet for tjenestemottakerne blir overholdt.

3.1 Beskrivelse av virksomheten

Enhet for habilitering i Levanger kommune har til sammen 6 avdelinger, og enhetsleder har delegert økonomi-, fag- og personalansvar forankret i lederavtale.

Regnbuen barne- og avlastningstjeneste er en egen avdeling som er underlagt enhet for habilitering i Levanger kommune. Avdelingen har per i dag ca. 40 ansatte. Avdelingsleder har delegert personalansvar for alle ansatte i boligen, fagansvar, samt økonomiansvar.

Det er utarbeidet en kompetanseplan for boligen. Det er i tillegg utarbeidet et årshjul som beskriver stoppunkter for å fylle ut «sjekkliste 3» (kartleggingsskjema) og IPLOS-kartlegging, samt innkalle til ansvarsgruppemøter. Det beskrives imidlertid at man ikke alltid rekker å utføre dette på oppsatt tidspunkt.

Det avholdes samarbeidsmøter hver tirsdag, tema på møtene kan blant annet være problemstillinger knyttet til enkeltbrukere.

Det har vært en økning i vedtak på over 50% de siste 3 årene. Økningene gjelder både nye brukere og de som allerede var i systemet da enheten flyttet inn i nye lokaler. Økningen har foregått i en periode hvor kommunen hadde ansettelsesstopp på grunn av økonomi og i påvente av nedbemanning i andre avdelinger. Dette har ført til stor grad av vikarbruk både sommer og resten av året, noe som har ført til stort arbeidspress på faste ansatte. Det har vært en omfattende rekrutteringsprosess i 2022, der avdelingen har tilsatt 12 nye ansatte i store stillinger (Over 80%), 8 deltidsstillinger (30-70%) og 8 ansatte har fått økt sin stilling. Avdelingen har gjort en turnusendring på helg med 12 timers vakter, noe som resulterer i færre forskjellige ansatte pr helg. I stedet for 20



ulike ansatte hver helg, har avdelingen i dag 14 ulike ansatte hver helg på dag/kveld. De som er blitt ansatt, har samlet sett, bred kompetanse innenfor ulike fagfelt.

Alle barna har oppnevnt en primærkontakt. Det er utarbeidet en egen funksjonsbeskrivelse for primærkontakt/koordinator (datert 22. mai 2015). Det fremgår av denne blant annet at det er primærkontaktenes ansvar å utarbeide tiltaksplan i Profil og oppdatere faglige prosedyrer. Koordinator har ansvar for å innkalle til ansvarsgruppemøter. Det beskrives at det har vært stor utskiftning av ansatte og bruk av vikarer det siste året, spesielt i sommerferien. Dette har blant annet medført at de ansatte som har jobbet der lenge har fått flere barn som de er primærkontakter for. Dette har igjen medført at det ikke har vært kapasitet til å følge opp barna i den utstrekningen som årshjulet og funksjonsbeskrivelsen for primærkontakt/koordinator legger opp til.

Avdelingen skriver avviksmeldinger i kommunens avvikssystem. Det er avdelingsleder som har ansvaret for å følge opp avvikene. Tilsynet finner at de avvikene som er meldt inn i løpet av det siste året, i all hovedsak gjelder medisinalavvik og hendelser med utfordrende adferd hos barna.

3.2 Om barne- og avlastningsboligen har tilstrekkelig informasjon om barnets situasjon og behov

Innledende kartlegging utføres av forvaltningskontoret, ved bruk av kartleggingsskjemaet «sjekklister 1». «Sjekklister 3» benyttes av barne- og avlastningsbolig ved nye barn, og ved evaluering for hvert barn, og det er i årshjulet lagt inn at denne skal fylles ut 2 ganger per år.

Det beskrives at foreldrene til barna i stor grad involveres i kartleggingen, både innledningsvis og underveis. Det legges blant annet til rette for kommunikasjon i det daglige med foreldrene via appen «Joda Care», beskjedbøker brukes også for noen.

Det beskrives at mye av oppholdet og innholdet i dette skjer på foreldrenes premisser. Informasjonsflyten mellom de ulike instansene (fastlege/skole/spesialisthelsetjeneste mv.) er i det alt vesentlige lagt til foreldrenes ansvar. Det gjenfinnes imidlertid PLO-meldinger fra fastleger i noen av journalene, som i all hovedsak gjelder medikamenter. Det gjenfinnes ikke skriftlige rutiner for innhenting av helseopplysninger fra andre instanser (barneavdelingen, habiliteringstjenesten, BUP, fastlege, mv.), og tilsynet finner heller ikke at dette gjennomføres i praksis.

Foreldrene som tilsynet har snakket med er heller ikke kjent med hva en tiltaksplan er, og har ikke blitt etterspurt om hvilke ressurser barnet har, og aktuelle mål og tiltak for barnet. Eksempler på mål for barnet/ungdommen kan være å bli selvstendig i toalettsituasjon, lære seg handling/innkjøp, å smøre brødslice, å kle på seg selv, eller det kan være konkrete mål og tiltak for å forebygge utfordrende adferd.

Avdelingen har utarbeidet interne rutiner i Microsoft Teams. Her ligger det opplysninger om det enkelte barnet, og blant annet arbeidsbeskrivelser knyttet til oppfølging av barna. Denne er en digitalisert versjon av det som tidligere var «brukerpermer».

3.3 Om barne- og avlastningsboligen bruker informasjonen til å identifisere behov for habilitering/opplæring og til å utforme mål og tiltak for barnet

Funksjonsbeskrivelse for primærkontakt/koordinator, spesifiserer ansvaret for å lage tiltaksplan for den enkelte bruker, med utgangspunkt i vedtak. Det fremgår av denne at tiltaksplanen skal inneholde konkrete mål for habiliteringen.



Tilsynet gjenfinner imidlertid ikke tiltak og mål i de 10 pasientjournalene som er gjennomgått. Samtaler med ansatte beskriver at det råder en ulik oppfatning av hva som ligger i begrepet «tiltak». Er det en prosedyre for hvordan en arbeidsoppgave skal utføres, eller er det mål for hva barnet skal trene på og en måte å måle fremgang.

I Teams og Profil fremkommer det prosedyrer/arbeidsbeskrivelser for ansatte, men disse inneholder ikke tiltak og mål for det enkelte barn.

Det beskrives ikke system for å følge med på om faglig planlegging av habilitering/opplæring blir gjennomført, og om det resulterer i tjenester som er i samsvar med barnas behov.

3.4 Om barne- og avlastningsboligen gjennomfører tiltak for habilitering/opplæring

Samtaler med foreldre/pårørende, dokumentasjon i journal og samtaler med ansatte beskriver samlet sett et bilde av at det ytes tjenester med fokus på omsorg og ivaretagelse av barna. De arbeidsbeskrivelsene som ligger i Teams er detaljerte for noen områder, og er ment å bidra til omforent praksis. Men det fremgår ikke tiltak knyttet til habilitering og opplæring i disse.

Det beskrives at det har vært utfordringer med rekruttering av kompetent bemanning. Det beskrives at primærkontaktene har ansvaret for mange barn. Dette medfører utfordringer med kapasitet til å følge opp det enkelte barn. Gjennomføringen av tiltakene fremstår derfor som tilfeldig og personavhengig.

Det foreligger ikke skriftlige rutiner eller praksis for å rapportere i styringslinja på at barna får habilitering/opplæring i samsvar med sine behov.

3.5 Om barne- og avlastningsboligen evaluerer og korrigerer mål og tiltak for habilitering/opplæring

Når det ikke er utarbeidet tiltaksplaner med konkrete mål for habilitering/opplæring for det enkelte barnet, blir det en følgefeil at man heller ikke har praksis for å evaluere målene som skulle vært satt.

Det foreligger imidlertid rutiner for ansvarsgruppemøter, hvor evaluering av målene kunne inngått som en naturlig del. Ansvaret for innkalling til ansvarsgruppemøtene er plassert hos koordinator, og selv om innkallingen til møtene har vært forsinket for noen barn, er dette likevel en praksis som fremstår som etablert i virksomheten.

4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

Tilsynet finner ikke tiltaksplaner med mål om habilitering/opplæring for det enkelte barnet. En tiltaksplan må beskrive konkrete tiltak for å forbedre ferdigheter, for å nå konkrete mål. En tiltaksplan vil gjøre det mulig å evaluere om tiltakene fungerer etter formålet, og eventuelt korrigere praksisen i tråd med de erfaringene man gjør seg underveis.

Tiltaksplaner skal være resultatet av en faglig planlegging, og er et verktøy for de ansatte. Planen har dermed stor betydning for om det er god praksis i gjennomføringen av tjenester.

Tilsynet ser imidlertid at virksomheten har etablert strukturer hvor habilitering og opplæring vil kunne inngå som en naturlig del. Primærkontaktrollen er sentral i denne sammenhengen, men vi ser



at man per i dag har en organisering som ikke legger til rette for den enkelte primærkontakt å gjøre de oppgavene som ligger til rollen.

At alt ansvaret for informasjonsflyt legges til foreldrene, gjør systemet sårbart og kan føre til svikt, slik at barne- og avlastningsboligen går glipp av viktig informasjon.

Når planleggingen av habilitering/opplæring er mangelfull, er det risiko for at det ikke er lagt til rette for en systematisk og målrettet gjennomføring av disse tjenestene. Praksisen blir dermed ikke styrt, men basert på enkeltansattes kompetanse, erfaring og kunnskap om det enkelte barn. Dette er en sårbar drift, ved at kompetanse, erfaring og kunnskap om barnets behov for habilitering/opplæring forsvinner dersom ansatte slutter eller er fraværende.

Hvorvidt barnet får forsvarlige tjenester, avhenger av disse enkeltpersonene, og dette gir en tilfeldig praksis. Dette øker risikoen for at tiltak ikke blir gjennomført på en lik måte. Konsekvensen av dette kan da være at barnet mangler trygghet og forutsigbarhet under oppholdene. Det er også en risiko for at barna ikke får økt og opprettholdt sine funksjoner. Manglende habilitering og opplæring anses derfor som et brudd på kravet til forsvarlighet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

5. Statsforvalterens konklusjon

Levanger kommune sikrer ikke at barn ved Regnbuen barne- og avlastningsbolig får habilitering og opplæring i samsvar med sine behov. Dette er brudd på helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

Endelig rapport oversendes Statens helsetilsyn for publisering på www.helsetilsynet.no.

6. Oppfølging av påpekte lovbrudd

I dette kapittelet redegjør vi om hva vi forventer virksomheten skal gjøre i prosessen med å rette påpekte lovbrudd, slik at kravene til kvalitet og sikkerheten for tjenestemottakerne blir ivaretatt.

Statsforvalteren ber om at Levanger kommune oversender plan for hvordan lovbruddet skal rettes. I tilbakemeldingen bør det gå fram:

- hvilke tiltak som er iverksatt/skal iverksettes for å rette opp lovbruddet
- hvordan ledelsen vil følge med på at planlagte tiltak blir iverksatt
- hvordan ledelsen vil følge med på at iverksatte tiltak har virket som planlagt når de har fått virket en stund
- hvordan interne rutiner skal gjøres kjent for ansatte i dag og hvordan de skal gjøres kjent for nye ansatte
- tidsplan for retting av lovbruddet

Frist for oversending av plan settes til **10. januar 2022**.



Med hilsen

Jan Vaage (e.f.)
fylkeslege
Helse- og omsorgsavdelingen

Cecilie Rønning
juridisk seniorrådgiver
Helse- og omsorgsavdelingen

Dokumentet er elektronisk godkjent

Vedlegg:

1 Vedlegg - Gjennomføring av tilsynet

Kopi til:

Statens helsetilsyn

Postboks 231 Skøyen

0213

OSLO



LEVANGER KOMMUNE v/kommunedirektør
Postboks 130
7601 LEVANGER

Saksbehandler, innvalgstelefon
Sabrina Hammer, 74 16 83 66

Avslutning av tilsyn med sosiale tjenester i NAV-kontoret i Levanger kommune

Vi viser til tilbakemeldingen deres fra 31.10.2022 i tilsyn om utmåling av økonomisk stønad, vilkår om aktivitet og kvalifiseringsprogrammet.

Kommunens oppfølging av tilsynet

Vi konkluderte 17.12.2021 med 4 lovbrudd. For å sikre at tiltak for å rette lovbruddene har ført til nødvendige endringer i tjenesten, har Statsforvalteren bedt om følgende tilbakemeldinger under kommunens oppfølging av tilsynet:

Plan for forbedringsarbeidet og iverksetting av tiltak

Statsforvalteren ga kommunen frist til 01.02.2022 (endret til 08.02.2022) med å lage en plan for forbedringsarbeidet etter tilsynet. Planen skulle inneholde en beskrivelse av tiltakene som skulle settes i verk og frister for å sikre fremdriften i arbeidet.

Statsforvalteren mottok planen 08.02.2022. Vi vurderte at planen med aktuelle frister fremstod som tilstrekkelig og hensiktsmessig for å rette lovbruddene.

Første rapportering

Vi ga kommunen frist til 01.04.2022 (endret til 01.07.2022) med å sende første rapportering til Statsforvalteren. Rapporten forutsatte at kommunen selv skulle gå igjennom enkeltsaker for å se om tiltakene hadde virket som planlagt.

Statsforvalteren mottok første rapportering 30.06.2022. Vi vurderte at det var samsvar mellom funnene i rapporten og de områdene NAV-kontoret selv skrev at de ville jobbe videre med.

Andre rapportering

Vi ga kommunen frist til 01.06.2022 (endret til 01.11.2022) med å sende andre rapportering til Statsforvalteren. Rapporten forutsatte en ny gjennomgang av enkeltsaker for å vise at endringene er godt implementert og står seg over tid. Statsforvalteren mottok andre rapportering 31.10.2022.



Siden forrige rapportering har NAV-kontoret:

- revidert flere konkrete rutiner
- opprettet en rutine for behandling av søknader om kvalifiseringsprogrammet
- opprettet et årshjul for revidering av saksbehandlingsrutiner

NAV-kontoret har i enkeltsaker sett:

- en positiv utvikling i kartlegging av utgifter og barns behov
- at det tydelig fremgår av vedtakene hva innvilget bidrag er ment å dekke
- at det stilles mindre vilkår, og at eventuelle vilkår blir stilt i samråd med søker
- at det fremgår tydelig av vedtakene hva vilkår er, konsekvens av at vilkår ikke oppfylles og hvilken hjemmel vilkår stilles etter
- at det benyttes begrep som «vilkår» der det kun er gitt informasjon
- at det ikke er sendt ut forvaltningsmelding i en sak om kvalifiseringsprogrammet

NAV-kontoret vurderer at de samlet sett har etablert og iverksatt tiltak og rutiner som sikrer forsvarlige tjenester etter sosialtjenesteloven. Forslag til kommunestyremøte om å ta utgangspunkt i statens veiledende satser for utmåling av sosialhjelp, ble vedtatt med virkning fra 01.09.2022.

Statsforvalterens vurdering av andre rapportering

Statsforvalteren har gått igjennom NAV-kontorets egenrapportering, som viser hva NAV-kontoret har sett i enkeltsaker, og hvordan de selv har vurdert funnene.

Rapporten viser at NAV-kontoret i all hovedsak har vurdert at tjenestene er forsvarlige. I noen saker har NAV-kontoret likevel sett enkelte feil eller mangler, herunder at begrepet «vilkår» brukes der det kun er gitt informasjon og at det ikke er sendt forvaltningsmelding i en sak.

NAV-kontorets tilbakemelding viser imidlertid at feil blir fanget opp, at det undersøkes hva som er årsaken til at feilen oppstod og at det vurderes om det er behov for å endre rutineene på området. Etter vår vurdering understøtter dette at NAV-kontorets internkontroll er egnet til å ivareta kravene til fortløpende risikovurdering og forbedring av tjenestene.

Selv om vi vurderer at det er samsvar mellom NAV-kontorets funn og vurderinger, ønsker vi likevel å knytte noen bemerkninger til fastsetting av vilkår:

I sak 10 har NAV-kontoret stilt vilkår om å signere gjeldsbrev i forbindelse med innvilgelse av et sosialt lån. Et gjeldsbrev er i utgangspunktet et dokument som gir uttrykk for et pengekrav. Det er ikke anledning til å stille vilkår om innlevering av dokumentasjon for å få utbetalt stønad som NAV-kontoret allerede har vurdert at tjenestemottaker har rett til.¹ Etter vår vurdering vil et krav om å signere et gjeldsbrev, ikke være et vilkår etter § 20.

Oppsummering og avslutning av tilsynet

Statsforvalteren vurderer at kommunen og NAV-kontoret samlet sett har arbeidet godt med oppfølging av tilsynet. Vi vil særlig trekke frem arbeidet med rutiner og NAV-kontorets egenrapportering som viser en tydelig forbedring i tjenesten.

Egenrapporteringen viser at i det i noen enkeltsaker er gitt stønad noe over fastsatt norm, fordi kartlegging har vist konkrete behov og det er gjort individuelle vurderinger slik loven forutsetter. Det

¹ [Tolkningsuttalelse fra Arbeids- og velferdsdirektoratet datert 23.03.2021](#)



er positivt at kvalifiseringsprogrammet er vurdert i alle saker, og at kontoret generelt har hatt en økning i antall deltakere i programmet. Det er gjort nye vurderinger vedrørende veiledende satser, og dette er etter vår vurdering også egnet til å styrke forsvarligheten av tjenesten.

Etter vår vurdering viser oppsummeringen at kommunen har tatt nødvendige og hensiktsmessige skritt for å hindre nye lovbrudd av den typen som ble avdekket i tilsynet. Dette betyr at formålet med tilsynet er oppnådd. Vi avslutter derfor tilsynet. Vi forutsetter at kommunen bruker erfaringene fra tilsynet til å sørge for at NAV-kontoret gir best mulige sosiale tjenester i fremtiden.

Med hilsen

Hanne Reitan Øksnes (e.f.)
Underdirektør
Oppvekst- og velferdsavdelingen

Sabrina Hammer
juridisk seniorrådgiver
Oppvekst- og velferdsavdelingen

Dokumentet er elektronisk godkjent

Kopi til:
NAV Levanger v/leder

Postboks 24

7601

LEVANGER



Levanger kommune

Habilitering

STATSFORVALTEREN I TRØNDELAG

Postboks 2600
7734 STEINKJER

Deres saksnr.: 2021/12407 Vårt saksnr.:
2022/12246-10

Saksbehandler
Elin Tuset
Mob:41929219

Dato
07.02.2023

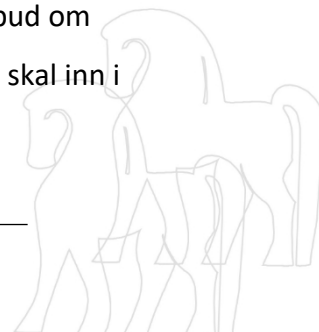
Oppfølging av påpekte lovbrudd jamfør rapport fra tilsyn med Regnbuen barne- og avlastningsbolig – Levanger kommune

Viser til brev datert 13.12.2022 og innvilgelse av utsatt svarfrist datert 12.01.2023.

For å sikre at barn ved Regnbuen barne- og avlastningsbolig i Levanger kommune får habilitering og opplæring i samsvar med sine behov, vil Levanger kommune gjennomføre følgende tiltak:

Tiltak 1. Lage funksjonsbeskrivelse for primærkontakt/koordinator tilpasset Regnbuen barne- og avlastningsbolig

Avdelingen skal utarbeide en mer tilpasset funksjonsbeskrivelse for primærkontakt/koordinator for Regnbuen Barne- og avlastningsbolig. Vi ser at Levanger kommune har en retningslinje for primærkontakt/koordinator fra 2015. Denne ble revidert i 2019 for primærkontaktrollen, men vi ser at koordinatorrollen har ramlet ut fra denne. Siden dette er misvisende for de som skal utøve rollene, ønsker vi å lage en ny som tilpasses Regnbuen, evt. at saken løftes til Helse og omsorg. Alle primærkontakter/koordinatorer skal gjøres kjent med funksjonsbeskrivelsen for primærkontakt/koordinator. Beskrivelsen skal spesifisere deres ansvar for å lage individuelt tilpassede tiltaksplaner for det enkelte barnet, også med fokus på habilitering/opplæring. Primærkontakt/koordinator skal delta på koordinatorskole i regi av Koordinerende enhet i kommunen. Nyansatte bør få tilbud om koordinatorskole så tidlig som mulig etter oppstart i fast stilling. Koordinatorskole skal inn i



kompetanseplanen til Regnbuen barne- og avlastningsbolig. Koordinerende enhet stiller med veiledning ved behov.

Tiltak 2. Lage tiltaksplaner for det enkelte barnet.

Avdelingen lager en felles mal for tiltaksplaner, som alle primærkontakter/koordinatorer skal bruke. En felles mal skal sikre strukturert styring og lik oppfatning av begrepet tiltaksplan, slik at praksisen ikke blir tilfeldig og personavhengig. Avdelingen skal sikre at hvert barn får utarbeidet en tiltaksplan. Denne skal beskrive barnets problemområder og ressurser, konkrete mål og konkrete tiltak. Tiltakene skal bidra til å forbedre ferdigheter. Før man lager en tiltaksplan må primærkontakt/koordinator samle inn alle opplysninger om barnet. Ansatte skal sette seg inn i tiltakene som er utarbeidet for det enkelte barnet som de har ansvar for når de er på jobb. Tiltakene skal gjenspeiles i gjøremålsliste i Helseplattformen.

Eksempel på tiltaksplan:

Avdelingen skal lage en rutine for evaluering og korrigerings av mål og tiltak i tiltaksplanen

Barnets behov eller problem	Ressurser	Mål	Tiltak	Faglig begrunnelser for tiltak
Hva er behovet eller problemet til barnet. Hva trenger barnet hjelp til?	Hva greier barnet selv? Hva mestrer barnet? Hvilke egenskaper har barnet som gjør han/hun er positiv til å løse behovet eller problemet?	Hvilke mål skal barnet ha med tanke på det spesifikke problemet?	Hva må barnet, du eller andre gjøre for å nå målet?	Begrunn faglig tiltakene du har valgt. Begrunn ut fra informasjon om barnet og din faglige kunnskap.

Tiltak 3. Legge til rette for at den enkelte primærkontakt/koordinator kan utføre de oppgaver som ligger til rollen.

Det har vært for få ansatte i store stillinger, på grunn av økte og nye vedtak hos ressurskrevende brukere, tilsvarende over 50% økning de siste 3 årene. I tillegg har 3 ansatte med primærkontakt/koordinatorrolle i store stillinger sluttet i en periode med ansettelsesstopp i kommunen. Dette har ført til at de som har vært igjen i stillingene sine, har fått mer ansvar enn man kan forvente utført. I 2022 har avdelingen gjennomgått en omfattende rekrutteringsprosess, med ansettelse av 14 nye ansatte med ulik

utdanningsbakgrunn i store stillinger, 8 nye ansatte i mindre deltidsstillinger og 8 ansatte har fått økt stilling ved å ta på seg langvakter på helg. Avdelingen skal omfordele arbeidsoppgaver blant de som er ansatt i store stillinger. Ved å fordele arbeidsoppgaver på flere ansatte, vil det bli mer oversiktlig og mer jevnt fordelt, slik at tjenestene blir i samsvar med krav i forskrift. I ansettelsesprosessen har vi lagt vekt på tverrfaglig kompetanse. De som har blitt ansatt har følgende utdanningsbakgrunner:

Barnevernspedagog

Barnehagelærer med spesialpedagogisk utdanning

Pedagog

Vernepleier x3

Barnehagelærer x 3

Idrettsvitenskap

Politi

Sykepleier

Musikkpedagog

Barne- og ungdomsarbeider x3

Helsefagarbeider x2

Avdelingen inviterer ressursperson i kommunen for å orientere om Helse- og omsorgstjenesteloven og pasient og brukerrettighetsloven, samt ulike Nasjonale veiledere fra helsedirektoratet som er førende for å sikre forsvarlige tjenester. Avdelingen har lagt de fire nasjonale veilederne som Statsforvalter referer til, inn i mappe for opplæring i Regnbuen, i Teams. Alle ansatte vil oppfordres til å lese seg opp på disse.

Avdelingen legger til rette for at den enkelte primærkontakt/koordinator kan utføre de oppgaver som ligger til rollen ved at det i turnus for 2023 er planlagt mer primærkontakttid pr bruker. Avdelingen fortsetter med samarbeidsmøter ukentlig, i tillegg til at de møtes oftere på dagtid ved at det er flere dagvakter i turnus, noe som gir mer rom for samarbeid. I ny turnus for 2023, er det også lagt inn en halvtime overlapp mellom dagvakt og kveldsvakt, for å ivareta mer informasjonsflyt og planlegging knyttet til det enkelte barnet. Tidligere har vi hatt 15 min overlapp, der 1 dagvakt og 1 kveldsvakt har gjennomført overlappingen, mens fra nytt år skal alle som kommer på kveldsvakt delta på overlappingen.

Tiltak 4. Lage en rutine som sikrer informasjonsflyt

For å sikre informasjonsflyt om endringer i barnets behov skal det være utarbeidet rutiner om hvordan informasjon skal innhentes og utveksles. Den må også omfatte samarbeid med foreldre, de ulike arenaer barna oppholder seg i og relevante instanser. Samt være en rutine som omhandler hvordan muntlige rapportering og dokumentasjon i barnets journal skal foregå.

Regnbuen barne -og avlastningsbolig får beskjed på fellesmailen når en familie har fått et nytt vedtak. Vi ser vi mangler en rutine som ivaretar informasjonsflyten fra start til slutt. Vi vil utarbeide en rutine som vil sikre informasjonsflyten bedre. Rutinen må sikre oppstartsamtale med foreldre som ikke har hatt avlastning før, der vi får samtykke for å få informasjon fra skole/barnehage, lege, tannlege og andre instanser. Samtalen må sikre informasjon som vi trenger for å lage gode tiltaksplaner. Alle andre foreldre bør også fylle ut samtykkeskjema for å innhente informasjon fra andre instanser.

Avdelingen skal rydde i egen praksis, og sikre at primærkontakt/koordinator følger prosedyre for ansvarsgruppe som er felles for Levanger kommune. I denne står det at man skal ha tiltak for å nå målsetting for barnet som tema i møtet. Primær/koordinator sikrer at det blir skrevet referat fra møtet som sendes til medlemmene av ansvarsgruppen, og at det blir lagt i journal til barnet. Koordinator tar kontakt med foreldrene før møtet, slik at saksliste blir avklart i samarbeid med de, før saksliste sendes ut. Det avklares også om det er behov for et formøte, enten med foreldrene eller med instansene før møtet. Foreldrene får tilbud om 2 ansvarsgruppemøter i året, og 2 samarbeidsmøter i året, eller etter behov.

Tiltak 5. Fokus på avvik

Når avdelingen har kommet i mål med avklaring av mål og tiltak, vil vi ha fokus på at ansatte må skrive avvik hvis tiltak knyttet til habilitering/opplæring ikke gjennomføres. Temaet må tas opp jevnlig på ulike arena slik som samarbeidsmøter, personalmøter, fagdager m.m.

Tiltak 6. Ny praksis for vedtak

I dag er det praksis at foreldre får vedtak om avlastning, på bakgrunn av særlig tyngende omsorgsoppgaver. Barnets bistandsbehov og ressurser blir kartlagt i forbindelse med saksbehandlingen, og er grunnlaget for vedtaket. Vedtaket beskriver imidlertid ikke en plan

for hvordan barnet skal få dekket sine behov under oppholdet. Med bakgrunn i tilsynssaken vil Levanger kommune se på rutiner vedrørende disse vedtakene.

Tiltak 7. Opprette en arbeidsgruppe som ivaretar lukking av avvik fra Statsforvalter

Regnbuen oppretter en arbeidsgruppe som skal jobbe for å lukke avviket fra tilsynet, som sørger for at tiltakene iverksettes og gjennomføres. En person fra avdelingen vil få hovedansvaret for at gruppen jobber kontinuerlig med gjennomføring av tiltakene.

Tiltak 8. Oppdatere årshjul

Avdelingen vil oppdatere årshjulet slik at tiltaksplaner og evaluering blir implementert i ansattes hverdag. Tidsplan for arbeidsgruppe som skal jobbe med lukking av avvik skal også inn i årshjulet. Årshjulet tas opp første samarbeidsmøtet hver måned.

Hvordan ledelsen skal følge med på at planlagte tiltak blir iverksatt.

Avdelingsleder følger med på at planlagte tiltak blir iverksatt gjennom hyppige samarbeidsmøter. Møtene skal sikre at planlagte tiltak blir iverksatt. Blant annet skal forventninger knyttet til tiltaksplaner, opplæring i forhold til lovverk, koordinatorskole, evaluering av årshjul der tiltaksplaner blir tatt med være tema. Ledelsen skal lage en turnus som ivaretar tid til primærkontaktarbeid. Fokus på primærkontakt/koordinatorrollen vil også inngå i medarbeidersamtale.

Primærkontakter skal rapportere til avdelingsleder gjennom statusrapportering i samarbeidsmøtene. Det lages en sjekklister som viser oversikt over hvilke brukere som har fått tiltaksplaner knyttet til habilitering/opplæring.

Hvordan ledelsen vil følge med på at iverksatte tiltak virker som planlagt når de har fått virket en stund.

Når ansatte begynner å skrive avvik på temaet, vil leder få avviket og er ansvarlig for at avviket følges opp og lukkes.

Hvordan interne rutiner skal gjøres kjent for ansatte i dag og hvordan de skal gjøres kjent for nye ansatte.

Når avdelingen lager nye rutiner, legges de tilgjengelig for alle ansatte i Teams, med beskjed om at den er laget og hvor de finner den, og at den må leses. Vi kan også ha mer fokus på nye rutiner om barna i overlappingene. Intensjonen er å få det meste inn i helseplattformen, men vi vet ikke enda hvordan denne vil ivareta behovet for en del av rutinene vil må ha knyttet til barna. Nye ansatte får opplæring med en opplæringsansvarlig som går igjennom hvordan Regnbuen er strukturert og hvor de finner informasjon. Det er egne opplæringsvakter i forhold til å bli kjent med barna.

Tidsplan

Tiltak 1: Lage funksjonsbeskrivelse for primærkontakt/koordinator tilpasset Regnbuen barne- og avlastningsbolig.

- **Frist 17. Januar**

Tiltak 2: Lage tiltaksplaner for det enkelte barnet.

- **Frist 29 Januar**

Tiltak 3: Legge til rette for at den enkelte primærkontakt/koordinator kan utføre de oppgaver som ligger til rollen.

- **Er iverksatt**

Tiltak 4: Lage en rutine som sikrer informasjonsflyt

- **10 Mars**

Tiltak 5: Fokus på avvik

- **Mai 2023**

Tiltak 6: Ny praksis for vedtak

- **Mai 2023**

Tiltak 7: Opprette en arbeidsgruppe som ivaretar lukking av avvik fra Statsforvalter

- **Er iverksatt**

Tiltak 8: Oppdatere årshjul

- **Frist 20 januar.**

Med hilsen

Elin Tuset
Enhetsleder

Dette dokumentet er elektronisk og inneholder derfor ikke signatur

Levanger kommune
kontrollutvalget
Postboks 130
7601 LEVANGER

Vår saksbehandler: Torbjørn Berglann, tlf. 400 67 058

E-post: torbjorn.berglann@konsek.no

Deres ref.:

Vår ref.: 22/3-11

Oppgis ved alle henvendelser

Vår dato: 11.01.2022

Sekretariatets timeleveranse i 2020 og 2021

I dette notatet vil Konsek Trøndelag orientere kontrollutvalget om timeleveransen i 2020 og 2021, og om hva leveransen skal inneholde.

Konsek Trøndelag lager årlige budsjett for timeleveransen til hvert kontrollutvalg. Budsjettet er et anslag for hvor mange timer vi regner med å levere til kontrollutvalgene i et normalt driftsår. Selskapets medarbeidere fører regnskap for hva de bruker arbeidstiden til, slik at det er mulig å ha oversikt over timeleveransen til hvert av utvalgene:

Timebudsjett og leveranse i 2020 og 2021 – Levanger

År	Timebudsjett	Timeregnskap	Avvik i timer	Avvik i prosent
2020	362 timer	534 timer	+172 timer	+48 %
2021	362 timer	407 timer	+45 timer	+12 %

Hvorfor er det avvik mellom timebudsjett og -leveranse?

Avvik mellom de budsjetterte timene og den faktiske timeleveransen kan ha mange forklaringer. Timebudsjettet er et anslag for tidsbruken ved ordinær drift. Noen år behandler kontrollutvalget saker som krever at sekretariatet bruker ekstra ressurser, dermed blir leveransen større enn forventet. Hvis utvalget har en erfaren sekretær, så kan det forklare at vi bruker færre timer enn budsjettert, mens nyansatte som regel bruker flere timer enn budsjettert. Kontrollutvalgets aktivitetsnivå spiller også inn på ressursbruken. Høyt aktivitetsnivået krever større innsats fra sekretariatet, mens lavt aktivitetsnivå reduserer vår tidsbruk. Aktivitetsnivået kan variere fra år til år og mellom valgperiodene.

Konsekvenser ved avvik fra budsjett

I leveranseavtalen mellom kommunen og Konsek Trøndelag er det et uttalt mål at timebudsjett og -leveranse skal være tilnærmet lik over en fireårsperiode. Ifølge avtalen skal ikke Konsek Trøndelag kreve ekstra honorar hvis leveransen overstiger budsjettet ett år. Vi skal heller ikke redusere kommunens honorar ved for lav leveranse. Hvis avviket varer over et lengre tidsrom, kan det være aktuelt å gjøre justeringer, slik at det blir sammenfall mellom honorar og leveranse.

Leveranseavtalen gir fleksibilitet og forutsigbarhet

Leveranseavtalen sikrer at kontrollutvalget får levert tjenestene det har behov for, selv om behovet noen år er vesentlig høyere enn timebudsjettet. Avtalen gir også Konsek Trøndelag forutsigbare rammer. Som offentlig arbeidsgiver med kun faste ansatte, er selskapet nødt til å ha forutsigbar økonomi, selv i år der etterspørselen i én kommune er lavere eller høyere enn forventet. Selv om noen kommuner får lavere leveranse ett år, er det alltid noen som får en større leveranse. Som regel leverer selskapets medarbeidere flere timer til kontrollutvalgene enn det samlede timebudsjettet.

Hva inneholder leveransen?

Konsek Trøndelag er kontrollutvalgenes administrasjon og utfører alle arbeidsoppgaver som er nødvendig for at utvalgene skal fungere: Vi gjør alt administrativt arbeid i forbindelse med møteplanlegging og møteavvikling. Vi utreder sakene som skal behandles i kontrollutvalget, gir råd om hvordan de skal håndteres og følger opp utvalgets vedtak. Vi driver folkevalgtoppføring og koordinerer kontrollutvalgets arbeid med de statlige tilsynene.

Medarbeiderne i Konsek Trøndelag har bred kompetanse, blant annet innenfor økonomi og administrasjon, jus og samfunnsvitenskap. Vi har oversikt over lov- og regelverk som er viktig for kontrollutvalgene. Selskapet har dessuten to jurister som bistår i saker som krever juridisk kompetanse. Hver medarbeider skal være oppdatert på viktige politiske saker i kommunen, på kommunale planer og retningslinjer og følge kommunen i lokale medier. I sum mener vi at dette gir kontrollutvalgene et godt tjenestetilbud.

Vi vil heretter orientere om timeleveransen årlig.

Med hilsen
Konsek Trøndelag IKS

Torbjørn Berglann
daglig leder

Dette brevet er elektronisk godkjent og har derfor ikke signatur.

Orientering fra kommunedirektøren

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Levanger kommune

Møtedato

28.02.2023

Saknr

02/23

Saksbehandler Paul Ivar Stenstuen

Arkivkode FE-033

Arkivsaknr 22/117 - 5

Forslag til vedtak

Kontrollutvalget tar den gitte informasjon til orientering.

Vedlegg

Orienteringsnotat til kontrollutvalget - 28.02.2023

Saksopplysninger

Kontrollutvalget har bedt kommunedirektøren om orienteringer knyttet til:

- Reguleringsplanen for Staupshaugen friluftsområde, herunder om eventuelle føringer mht. bruk og konsekvensanalyser
- Arbeidsmiljø og sykefravær
- Personalforvaltning
- NAV – sosialhjelp
- Oppfølging av feil og mangler knyttet til flerbruksbygget på Ytterøy.
- IT-sikkerhet/sikring av nettverk og systemer
- orientering/redegjørelse for beredskapsplaner/arbeid
- Svar til kontrollutvalget vedtak i referatsak 37/22 punkt nr. 5.

Kommunedirektørens notat følger vedlagt saken. Svar til referatsak 37/22 punkt nr. 5 vil bli delt ut i møtet.

Kommunedirektøren/administrasjonen vil for øvrig være tilstede for å svare på eventuelle spørsmål.

Orienteringen vedrørende IT-sikkerhet/sikring av nettverk og systemer vil bli gitt av IT-leder i møtet.



Dato: 20.02.2023

Notat

Orienteringsnotat til kontrollutvalget - møtedato 28.02.2023

Innhold

Vedrørende Arbeidsmiljø og sykefravær.	1
Orientering om personalpolitikken og om hvordan den følges opp.	4
NAV – Sosialhjelp	8
Orientering/redegjørelse for beredskapsplaner/arbeid	8
Statusrapport omstillingsprosess helse og velferd pr 31.12.2022	9
Tilsyn med Regnbuen barne- og avlastningsbolig.	18
Evalueringsprosjekt i Levanger - Delrapport 1 – Flerbrukshus på Ytterøy	21
Vedrørende Staupshaugen friluftsområde	23
IT-sikkerhet	23

Vedrørende Arbeidsmiljø og sykefravær.

I Levanger kommune arbeider vi systematisk og kunnskapsbasert med sykefravær- og nærvær. Levanger kommune skal være en helsefremmende arbeidsplass, og ledere i Levanger kommune skal legge til rette for utvikling av helsefremmende og etisk bevisste arbeidsplasser. Dette er i tråd med kommunens ledelsesplattform og kommunens overordnede HMS/IA-mål:

1. Vårt HMS-arbeid skal gi grunnlag for helsefremmende arbeidsplass for alle, og ansatte skal vernes mot arbeidsrelatert sykdom og uønskede arbeidsbelastninger.
2. Vi skal skape en kommune med plass til alle gjennom å forebygge sykefravær og frafall, der et godt samarbeid mellom partene er det viktigste verktøyet i inkluderingsarbeidet.

Ressursgruppe Ny giv i sykefraværarbeidet

I 2019 ble det opprettet en partssammensatt ressursgruppe som ble gitt navnet «Ny giv i sykefraværarbeidet». Ressursgruppa består av representanter fra bedriftshelsetjenesten, hovedverneombud, hovedtillitsvalgte, HR, NAV Arbeidslivssenter og NAV lokalt. Ny giv spiller en aktiv rolle i planlegging av det systematiske sykefravær- og nærværarbeidet på organisasjonsnivå, og gjennomfører også samarbeidsprosjekter ute i enhetene med mål om å styrke fraværet og redusere sykefraværet i kommunen. I dette ligger beslutningsmyndighet til å sette i gang og

evaluere forebyggende tiltak, undersøkelser og prosjekter ute på enhetene, og koordinering av de ulike aktørenes rolle og involvering.

HR-/personalseksjonen jobber systematisk med opplæring og kompetanseutvikling for å sikre at vi har ledere i kommunen som skal utvikle helsefremmende og etisk bevisste arbeidsplasser i tråd med den vedtatte ledelsesplattformen i kommunen. Dette omfatter et grundig arbeid med å få på plass gode rutiner og retningslinjer, samt opplæring av ledere slik at de følger disse. I tillegg til individuell oppfølging og bistand i enkeltsaker, benytter vi oss av verktøy som er -læring og webinar. Vi fokuserer på tett og hyppig dialog mellom HR-/personal som lederstøtte i linjeorganisasjonen, og på tett og hyppig dialog mellom ledere og de som er sykmeldt. Dette omfatter god dokumentasjon i sykefraværsløp, noe som både er til hjelp for å bedre tilrettelegge arbeidet for den enkelte og for å kunne redusere fraværslengden. Vi jobber også aktivt med å vurdere alternative arbeidsoppgaver, arbeidsutprøving ved andre enheter/avdelinger eller helsemessig omplassering dersom det er behov for det.

Kommunen gjennomfører årlig en egen HMS-uke på senhøsten. Målet med uka er å formidle informasjon, spre kunnskap og skape ekstra engasjement rundt tema innenfor helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid blant alle ansatte. I forbindelse med HMS-uka arrangerer vi også en årlig IA-fagdag der alle ledere, tillitsvalgte og verneombud i kommunen inviteres til å delta. I 2022 var *«Robust nok til å jobbe med folk og relasjonelle og emosjonelle belastninger på jobb»*, hovedtema for både HMS-uka og IA-fagdag. Dette omhandler hvordan det kan oppleves som emosjonelt belastende å arbeide med mennesker. Fokuset vil spesielt være rettet mot å jobbe forebyggende med disse risikofaktorene, for å unngå at det fører til økt sykefravær i kommunen.

I Levanger gjennomføres 40-timerskursene i egen regi, i samarbeid med bedriftshelsetjenesten. Vi opplever at det å ha en lokal tilpasning og eierskap til kursene, øker kvaliteten på det lokale HMS-arbeidet. Vi gjennomfører også to samlinger i et eget forum for alle verneombudene i kommunen. Målet med forumet er å samle alle nye og gamle verneombud for erfaringsutveksling og faglig oppdatering på HMS/IA-arbeid, samt bli tryggere på verneombudsrollen.

Bedriftshelsetjenesten gjennomfører også årlige arbeidsplassbesøk på alle enheter og avdelinger i kommunen. Dette for å få å få innsyn i enhetenes lokale HMS-arbeid, møte medbestemmelsesgruppene og kartlegge status og ev. utfordringsområder. Hovedandelen av andre aktiviteter har vært innenfor tema psykososialt arbeidsmiljø, medarbeiderutvikling og deltakelse i plan- og strategimøter. Arbeidsplassbesøkene har utgjort en viktig del av kunnskapsgrunnlaget for strategiske prioriteringer gjennom Ny giv, men har også vært viktig for å bli kjent med de kommunale tjenestene.

I Levanger kommune gjennomfører vi 10-faktor medarbeiderundersøkelse annethvert år, sist gang var februar/mars 2022. Det ble jobbet grundig med forankring og opplæring i forkant av gjennomføring, og i tiden etterpå har enheter og avdelinger jobbet i medbestemmelsesgruppene og personalgruppene med oppfølging. Medarbeiderundersøkelsen avdekker grunnlag for ytelse, nærvær, kollegastøtte og samarbeidskultur.

Høsten 2021 initierte Ny giv målrettede prosesser i to enheter som over tid har hatt høyt sykefravær; Frol barneskole og Institusjonstjenesten. Hovedmålsettingen med prosessen på Frol barneskole var å redusere sykefraværet, bygge en kultur for nærvær, og skape en helsefremmende arbeidsplass. Arbeidet startet høsten 2021 og fortsetter fram til sommeren 2023. Friskgården bedriftshelsetjeneste har ledet arbeidet i tett samarbeid med enhetsleder og involvering av medbestemmelsesgruppa som består av avdelingsledere, tillitsvalgte og verneombud. Bedriftshelsetjenesten har fulgt opp enheten tett i perioden. Arbeidslivssenteret og HR har også bidratt med ressurser. De konkrete tiltakene går ut på å analysere sykefraværet, styrke lederferdigheter i oppfølging av sykmeldte, bygge en kultur for nærvær og mer målrettet oppfølging av ansatte som står i fare for å bli, eller allerede er sykmeldt. Det første året var intensjonen todelt: Få på plass en bedre systematikk i oppfølging av ansatte og lederstøtte i dette arbeidet. I år to av prosjektet er det fortsatt fokus på det samme, men i tillegg skal det jobbes med å utvikle teamene på Frol barneskole til å bli gode arbeidsfellesskap. Sykefraværet ved enheten var 13,6 % i 2. tertial 2021, mens det etter ett år i prosjektet er redusert til 5,4 % i 2. tertial 2022. Selv om sykefravær er ferskvare, viser tallene at arbeidet som legges ned gir resultater.

Sykefraværet ved Staup Helsehus var i 2021 15,8 %. I samarbeid med ledelsen i Institusjonstjenestene søkte Ny giv deltakelse i KLPs arbeidsmiljønettverk. Målsetningen er å redusere det høye sykefraværet og styrke nærværet gjennom å skape ett fellesskap som gir trivsel på jobb, og et ønske om å være med i utviklingen av arbeidsmiljøet og faglig utvikling av egne arbeidsoppgaver. Viktige elementer er å få på plass gode samhandlingsstrukturer for styrke det relasjonelle samarbeidet mellom ansatte.

KLP-prosjektet gjennomførte tre HMS-dager på Staup helsehus i juni 2022 der alle ansatte fikk anledning til å bidra med innspill på dagens arbeidsmiljø og hva de tenker er viktige grep i det videre arbeidet. I etterkant av disse dagene ble det utarbeidet en egen SWOT-analyse der innspillene ble brukt til å sette sammen prosjektmandatet. HR og bedriftshelsetjenesten bidrar med ressurser inn i arbeidet. Prosjektet har en plan med tilhørende aktiviteter som skal gjennomføres frem til februar 2024. Medbestemmelsesgruppen er både prosjektgruppe og styringsgruppe, og vil få månedlige statusoppdateringer på aktiviteter og fremdrift. Prosjektleder er enhetsleder og rådgiver organisasjonsutvikling. Per februar 2023 er prosjektet i rute. Arbeidet som gjennomføres ved Frol og Staup Helsehus rapporteres til ressursgruppe for Ny giv, og videre til arbeidsmiljøutvalget.

Sykefravær i Helse og velferd

Det totale sykefraværet i Helse og velferd i fjor endte på 11,3 %. Dette er 0,9 prosentpoeng lavere enn i 2021, men høyere enn i 2019 og 2020 da fraværet var henholdsvis 10,7 % og 10, 5%.

Enhetsvis i Helse og velferd er det Habilitering som har det laveste totale fraværet med 10,5 % og NAV det høyeste med 17,4%. Fraværet i Helse og velferd er høyere enn de resterende sektorene i kommunen. Dette er ikke spesielt for Levanger kommune, men gjenkjennbart også fra nasjonale

tall. Året 2022 var preget av mye sykdom, samt at det deler av året var nasjonale anbefalinger om å holde seg hjemme ved mistanke om koronavirus. I tillegg har det vært lang tid med lite sosial kontakt, noe som gjør at det har vært en oppblomstring av andre infeksjoner i perioden. Sett i lys av dette, er fraværet på årsbasis kanskje lavere enn en kunne forvente ut fra de utfordringene vi hadde i fjor.

Sykefravær i Oppvekst og utdanning

Sykefraværet i Oppvekst og utdanning var med sine 8,7 % høyere i 2022 enn de tre foregående årene. Enhetsvis ser vi at Enhet barnehage i 2022 hadde et totalt fravær på 11,3 %. Dette er lavere enn i 2021 da fraværet var på 12,1 %, men langt høyere enn i 2019 og 2020 da fraværet var på 7,7 % og 10 %. Mye av årsaksforklaringen her vil nok være den samme som for helse.

Når det gjelder skolene er det Frol barneskole og Halsan barneskole som har det høyeste fraværet med 10 % og 10,5 %, mens Ytterøy har det laveste fraværet med 3,7 %, noe som er en reduksjon på 7,4 prosentpoeng fra året før.

Orientering om personalpolitikken og om hvordan den følges opp.

Kommuneplanens samfunnsdel skal ligge til grunn for kommunens virksomhet.

Levanger skal være en samskapende kommune og det beskrives blant annet slik:

- Kommuneorganisasjonen anvender kommuneplanen som styringsdokument og arbeider målrettet med å styrke ledelsen til å samarbeide mot felles mål.
- Kommuneorganisasjonen utvikler en balansert lederstruktur og helhetlig ledelse i samsvar med ledelsesplattformen og kommunens behov.
- Kommuneorganisasjonen utvikler en endringsvillig kultur som preges av kunnskap, tverrfaglighet, nyskaping, samarbeid og tillit.
- Folkevalgte, ledere, ansatte og tillitsvalgte sikrer en kommuneøkonomi som gir handlingsrom for å nå felles samfunns mål.

Personalpolitikken omhandler generelle og prinsipielle retningslinjer for hvordan vi skal arbeide med de menneskelige ressursene i kommunen, og i det hvordan forholdet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker reguleres. Målet for personalpolitikken skal være å legge forholdene til rette for at Levanger kommune skal være en helsefremmende arbeidsplass og at ansatte jobber i tråd med de overordnede samfunnsmålene.

Kommunen har en rekke felles føringer som utøves innenfor rammene av gjeldende lov- og avtaleverk. Under beskrives nærmere rammene som danner grunnlag for Levanger kommunes personalpolitikk.

HMS-arbeid, helsefremmende organisasjon og et inkluderende arbeidsliv

Levanger kommune skal være en helsefremmende arbeidsplass, og ledere i Levanger kommune skal legge til rette for utvikling av helsefremmende og etisk bevisste arbeidsplasser. Dette er i tråd med kommunens overordnede HMS/IA-mål.

Partssamarbeid, medbestemmelse og medvirkning står svært sentralt i utøvelsen og utviklingen av personalpolitikken. Dette i tråd med Hovedavtalens og hovedtariffavtalens bestemmelser.

Partssamarbeidet på organisasjonsnivå ivaretas gjennom møter i Forum for tillitsvalgte (FFT) der alle hovedtillitsvalgte i kommunen deltar. FFT ledes av kommunalsjef Organisasjon og HR, men kommunedirektøren deltar også i alle møter. Avtaler om lønn, sosiale bestemmelser etc. mellom partene forhandles sentralt på organisasjonsnivå. I tillegg er det sektorvise partsmøter og lokale medbestemmelsesgrupper bestående av leder, tillitsvalgte og verneombud i alle enheter og avdelinger.

I Levanger kommune arbeider vi systematisk og kunnskapsbasert med sykefravær- og nærvær. Levanger kommune skal være en helsefremmende arbeidsplass, og ledere i Levanger kommune skal legge til rette for utvikling av helsefremmende og etisk bevisste arbeidsplasser. Dette er i tråd med kommunens ledelsesplattform og kommunens overordnede HMS/IA-mål: Vårt HMS-arbeid skal gi grunnlag for helsefremmende arbeidsplass for alle, og ansatte skal vernes mot arbeidsrelatert sykdom og uønskede arbeidsbelastninger.

Å utvikle helsefremmende og etisk bevisste arbeidsplasser betyr:

- Å arbeide i tråd med arbeidsmiljøloven
- Å ikke slite ut folk, men å motivere for optimal ytelse
- Å ha god kjennskap til etisk plattform, med jevnlig repetisjon for alle
- Å ha tilstrekkelige rammevilkår
- Å ha god rolleforståelse og et avklart forhold til egne og andres standarder
- Å jobbe godt i trepartssamarbeidet
- Å bidra til forståelse og aksept av at vi er forskjellige
- Å bidra til å forvente realistiske krav
- Å se sine ansatte, og å anerkjenne og akseptere dem også i vanskelige periode
- Å skape grunnlag for at medarbeidere gleder seg til å gå på jobb

Ressursgruppe Ny giv i sykefraværarbeidet

I 2019 ble det opprettet en partssammensatt ressursgruppe som fikk navnet «Ny giv i sykefraværarbeidet». Ny giv spiller en aktiv rolle i planlegging av det systematiske sykefravær- og nærværarbeidet på organisasjonsnivå, og gjennomfører også samarbeidsprosjekter ute i enhetene med mål om å styrke fraværet og redusere sykefraværet i kommunen. I dette ligger beslutningsmyndighet til å sette i gang og evaluere forebyggende tiltak/undersøkelser/prosjekt ute på enhetene, og koordinering av de ulike aktørenes rolle og involvering.

I 2020 vedtok AMU at ressursgruppa skal være et rådgivende underutvalg til AMU (godkjent i AMU 31.08.20). Enhetsledere fra ulike sektorer, hovedtillitsvalgte, HR og NAV Arbeidslivssenter, NAV

lokalt og bedriftshelsetjeneste er faste medlemmer av gruppa. Ny giv arbeider aktivt med å utvikle og styrke partssamarbeidet. I 2021 initierte Ny giv etablering av medbestemmelsesgrupper i alle enheter/avdelinger i kommunen, og utarbeidet i den forbindelse en praktisk veileder for medbestemmelsesgruppene med aktuelle diskusjonstema og aktiviteter for gruppene til hjelp i det praktiske arbeidet.

Ledelsesplattformen

Gjennom god ledelse ønsker Levanger kommune å nå samfunnsmålene og legge til rette for gode og fremtidsrettede tjenester. Ledelsen forvalter kommunens viktigste ressurs, nemlig de ansatte.

Ledere i Levanger kommune skal kjennetegnes ved å:

- Være endringsdyktig, omgivelsesorientert og samskapende
- Være tillitsskapende og læringssøkende
- Tilrettelegge for mestring og motivasjon
- Utvikle helsefremmende og etisk bevisste arbeidsplasser
- Vise gjennomføringskraft og evne til å prioritere tildelte ressurser
- Myndiggjøre sine medarbeidere og ha evne til selvledelse.

I 2020 og 2021 ble det gjennomført et lederutviklingsprogram for alle ledere i Levanger kommune, der målet var å gi lederne et kompetanseløft, både på individnivå og som gruppe, og å svare ut forventninger til god ledelse i Levanger kommune. Lederutviklingsprogrammet var obligatorisk for alle ledere i kommunen med økonomi og/eller personalansvar, og deltakerne ble inndelt i tverrgående basisgrupper som samarbeidet både i og mellom samlingene.

Et annet oppfølgingstiltak etter arbeidet med ledelsesplattformen i 2019, var å utarbeide nye lederavtaler i kommunen. Nye lederavtaler for alle enhetsledere og avdelingsledere ble presentert i siste ledersamling med PwC i oktober 2021. Disse beskriver krav og forventninger til lederrollen i LK.

Som et ledd i å operasjonalisere ledelsesplattformen er det også utarbeidet og gjennomført opplærings- og utviklingstiltak, og dette arbeidet utvikles kontinuerlig. På organisasjonsnivå jobbes det med å tilrettelegge for og utvikle e-læringskurs innenfor operativ personalledelse. I tillegg gjennomføres månedlige webinar og opplæring i kommunens rutiner og retningslinjer som er førende for den operative personaloppfølgingen. Herunder nevnes permisjonsreglement, ansettelsesreglement, fleksibel arbeidstid, sykefraværsoppfølging, tilrettelegging m.m. Listen er ikke uttømmende.

Lønnspolitikk

Lønnspolitikken er en integrert del av kommunens personalpolitikk og skal bidra til å sikre en forutsigbar og enhetlig praksis ved fastsettelsen av den enkelte ansattes lønnsnivå.

I 2019 ble det vedtatt en ny lønnspolitisk plan for Levanger kommune. I 2022 ble det nedsatt ei partssammensatt arbeidsgruppe som har arbeidet med å revidere planen som skal behandles i Administrasjonsutvalget 01.03.23. Et viktig tema i den lønnspolitiske planen er strategisk

kompetansestyring og viktigheten av kompetanseplaner. Levanger kommune ønsker å stimulere og motivere ansatte til kompetanseutvikling.

Kommuneplanens samfunnsdel beskriver langsiktige samfunns mål og strategier for Levanger som lokalsamfunn og kommuneorganisasjon, og gir retning for utvikling av Levanger som en samskapende kommune. Lønns politikken skal støtte opp under organisasjonens arbeid med å nå ønskede samfunns mål. Lønns politisk plan skal derfor være et strategisk verktøy både på kort og lang sikt. Lønns politikken skal bidra til å beholde og utvikle ansatte med kompetanse som er i samsvar med kommunens målsettinger, oppgaver og ansvar, og som gjør kommunens drift og utvikling mulig. Lønns politikken skal også bidra til positiv omdømmebygging, fremme og ivareta mangfold, deriblant likestilling mellom kjønnene, samt gjøre Levanger kommune til en attraktiv arbeidsgiver.

Overordnet mål med lønns politikken er å:

- Sikre en langsiktig og overordnet styring av lønns politikken
- Sikre at Levanger kommune opptrer som én arbeidsgiver i utøvelsen av lønns politikken
- Sørge for tydelige retningslinjer og føringer for arbeidsgiver og arbeidstakerorganisasjonene
- Skape grunnlag for god dialog mellom arbeidsgiver og arbeidstakerorganisasjonene om mål og virkemidler
- Være kjent, tydelig og kommunisert i hele organisasjonen, slik at ansatte har mulighet til å innrette seg i henhold til lønns politikken.

Etisk plattform

Levanger kommunes etiske plattform skal bidra til bevisstgjøring av medarbeidere og andre som utfører arbeid for kommunen. Våre holdninger og handlinger, påvirker innbyggernes tillit til kommunen. Vi har alle et personlig ansvar for hvordan vi opptrer. En åpen kultur for å samtale om etiske spørsmål, er nødvendig for å utvikle et godt etisk og faglig skjønn.

Den etiske plattformen gjelder for alle ansatte og folkevalgte i Levanger kommune. Den skal fremme bevissthet omkring etiske tema og bidra til å styrke kommunens omdømme, klargjøre hva som er akseptabel praksis og gi veiledning i vanskelige vurderinger.

Vi legger kommunens grunnleggende verdier lojalitet, ærlighet og respekt til grunn for vårt arbeid. Det grunnleggende er at man skal behandle andre slik man selv ønsker å bli behandlet.

Rekruttering

Levanger kommune skal aktivt bruke tilgjengelige virkemidler for å rekruttere og beholde attraktiv kompetanse ut fra samfunnets behov. Kommunens ansettelsesreglement tydeliggjør hvordan dette skal følges opp i praksis.

Personaloppfølging og kompetanseutvikling

Den enkelte leder har ansvar for aktiv oppfølging av sine medarbeidere, blant annet gjennom regelmessige utviklingssamtaler. Kommunen gjennomfører også 10-faktor medarbeiderundersøkelse annethvert år for å følge opp prosesser som sikrer et aktivt medarbeiderskap.

Ellers kan det også nevnes at det også er utarbeidet et arbeidsreglement som skal behandles i Administrasjonsutvalget 01.03.23.

NAV – Sosialhjelp

Kontrollutvalget har bedt kommunedirektøren om å orientere om gjennomført tilsyn på NAV-Levanger vedrørende økonomisk sosialhjelp. Som kjent ble det under tilsynet avdekket diverse avvik og oppfølgingen på bakgrunn av dette tilsynet har vært omfattende og har gått over tid. Kommunedirektøren henviser i denne sammenhengen til vedlagte korrespondanse mellom Statsforvalteren og Levanger kommune v/ NAV-Levanger. I brev fra Statsforvalter datert den 4. Desember 2022 nevnes følgende:

Etter vår vurdering viser oppsummeringen at kommunen har tatt nødvendige og hensiktsmessige skritt for å hindre nye lovbrudd av den typen som ble avdekket i tilsynet. Dette betyr at formålet med tilsynet er oppnådd. Vi avslutter derfor tilsynet. Vi forutsetter at kommunen bruker erfaringene fra tilsynet til å sørge for at NAV-kontoret gir best mulige sosiale tjenester i fremtiden.

Som det framkommer i vedlagte dokumentasjon, har tjenesten endret sine rutiner på bakgrunn av funn fra tilsynet, slik at praksis er i tråd med sosialtjenesteloven §§ 18, 20a, 29 og 4. Dermed anses tilsynet som avsluttet.

Orientering/redegjørelse for beredskapsplaner/arbeid

Lov om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og Sivilforsvaret (sivilbeskyttelsesloven) beskriver kommunen sine plikter opp mot samfunnsikkerhet og beredskap. Helseberedskap (helsetilsynsloven) §2. og kommunal beredskapsplikt er basert på de samme prinsippene og har et felles mål om beskyttelse av befolkningen.

Sikkerhetsloven tydeliggjør også kommunen sin rolle enda tydeligere enn tidligere sikkerhetslov gjorde. Kommunene har ansvar for å utvikle trygge og robuste lokalsamfunn, og opprettholde nødvendige tjenester også når lokalsamfunnet rammes av uønskede hendelser som utfordrer kommunen, enten de forekommer i fredstid, ved sikkerhetspolitiske kriser eller i væpnet konflikt.

Levanger kommune har nylig hatt tilsyn fra Statsforvalteren, tilsynet ble gjennomført med hjemmel i Sivilbeskyttelsesloven §29, forskrift om kommunal beredskapsplikt §10 og Helsetilsynsloven §2. Levanger kommune har gjort et godt arbeid med overordnet planverk de siste årene, herunder planstrategi, kommuneplanens samfunnsdel, kommuneplanens arealdel, overordnet beredskapsplan, overordnet plan for kommunal atomberedskap. Vi er nå i gang med revisjon av helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse og har målsetting om å ferdigstille denne første halvår 2023.

Her legges det opp til en bred prosess med involvering av mange interne og eksterne aktører. Levanger kommune har et kommunalt beredskapsråd, og vil benytte også det ved utarbeidelse av ny helhetlige ROS-analyse

Det skal være en tydelig sammenheng mellom det overordnede planverket hvor samfunnssikkerhet og beredskap er et sentralt element i alle planer.

Kriseberedskapsplan, atomberedskapsplan og plan for pårørende/etterlatte senter ble ferdigstilt som nye dokument i 2022, det jobbes nå med Helhetlig ROS, samt en ny informasjonsplan som skal følge nye føringer på beredskapsarbeidet i Levanger Kommune.

Beredskap i enhetene

- Det er etablert forebyggende brannvern ved kommunale institusjoner
- Kommunen har nødstrømsaggregat mv både på Staup helsehus og på Ytterøy helsetun, samt andre steder i kommunen
- Kommunen har beredskapslager for legemidler og utstyr
- Kommunen har medikamentlager for 2-3 uker
- Helsetjenesten har til enhver tid oppdaterte varslingslister til helsepersonell ved akutte hendelser
- Psykososial beredskapsteam er tverrfaglig sammensatt med ansatte fra ulike enheter i kommunen og teamleder møter fast i krisestab.

Se liste under for planverk ihht helseberedskap:

- Overordnet plan for kommunal atomberedskap, 2022
- Helseberedskapsplan, del A, B, C, 2019
- Smittevernplan, 2018
- Lokal beredskapsplan – Staup helsehus – opprettelse av pårørende og evakueringssenter, 2022
- Retningslinjer for psykososialt kriseteam, 2022
- Rutiner ved radikalisering og voldelig ekstremisme, 2022

Statusrapport omstillingsprosess helse og velferd pr 31.12.2022

På bakgrunn av Kontrollutvalgets vedtak i sak 40/22.: «*Kontrollutvalget viser til oversendelsesforslaget og ber kommunedirektøren i første omgang om en redegjørelse for iverksatte tiltak og kommunedirektørens vurderinger knyttet til effekten av disse innen 15.04.23.*»

På bakgrunn av dette vedtaket, orienteres kontrollutvalget om følgende:

På bakgrunn av en intern evalueringsrapport fra 2020 og PWC sin rapport fra kartleggings- og analysearbeid i 2020, ble det tidlig i 2021 igangsatt en strukturert omstillingsprosess i tjenesteområdet med

Overordnet målsetting

En organisasjonskultur preget av samhandling, og en økonomi som setter oss i stand til å møte framtidens innbyggerbehov

Dette betyr:

1. En organisasjon som håndterer endringer og omstillinger
2. En organisasjon som har et handlingsrom økonomisk og kompetansemessig slik at den kan møte tjenestebehovene nå og i framtida
3. En drift innenfor tildelte budsjettrammer
4. Samhandling og ressursbruk på tvers av avdelinger og enheter
5. En organisasjonskultur og -struktur som understøtter målene

Det ble definert fem fokusområder/delprosesser i omstillingsarbeidet:

I: Iverksette enkelttiltak definert i PwC-rapporten

II: Redusere bemanningsnorm i alle tjenestene

III: Ledelse og organisasjonskultur

IV: Administrativ struktur og ressursutnyttelse på tvers

V: Informasjon og kommunikasjon

Arbeidet i delprosessene/fokusområdene må pågå i flere år, og det jobbes fortsatt med tiltak innenfor disse. Status for arbeidet pr 2021 er presentert i «Statusrapport omstillingsprosess helse og velferd 2021», lagt fram i kommunedirektørens orienteringsnotat for november 2021 og pr mai 2022 i kommunedirektørens orienteringsnotat for mai 2022.

Delprosess/fokusområde I: Enkelttiltak identifisert i PwC-rapporten

Tiltak	Iverksatt	Kommentar
Stillinger som er ledige holdes vakante hvis mulig	Januar/februar 2021	Har rask effekt på kort sikt. Endringer må innarbeides i bemanningsplan innenfor budsjett på lengre sikt.
Ansettelseskontroll	Vår 2021	Pågår
Vikarinnleie og bruk av overtid blir holdt på minimumsnivå	Januar/februar 2021	Pågår

Øker kompetanse på bemanningsplanlegging og turnus	Vismakurs og KS-kurs høsten 2021 Årlig intern kursing ifm planlegging av årsturnus	Avdelingsledere og plasstillitsvalgte
Analyse av styringsdata	Høsten 2021	Bistand fra Statsforvalter og PwC
Tjenestenivå vurderes nøye ved nye/endrede vedtak	Vår 2020	Pågår
Sykefravær – forebygging og oppfølging.	Pågått over år	Medbestemmelsesgrupper har fått større fokus og bedre struktur siden 2020. Veileder for medbestemmelsesgruppene er utarbeidet.
Velferdsteknologi – jobber med innføring av nye teknologier, kartlegging og opplæring	Pågått over år	Temaplan utarbeidet i 2019, økt bruk av ulike typer teknologi de siste par årene

Delprosess/fokusområde II: Redusere bemanningsnorm

Tiltak	Iverksatt	Kommentar
Rapport med anbefalinger om pleiefaktor utarbeidet	April – august 2021	Egen arbeidsgruppe ledet av HR-avdelingen i kommunen
Ny pleiefaktor (0,74) i ny bemanningsplan som ligger til grunn for årsturnus ved BBT	August 2021	Planlagt reduksjon 5 årsverk. Turnus inneholder frivillige langvakter på helg. Prognose for 2022 viser budsjettbalanse.
Ny pleiefaktor (0,78) i ny bemanningsplan som ligger til grunn for årsturnus ved Stokkbakken	Januar 2022	Planlagt reduksjon 2 årsverk. Dette har ikke lyktes fullt ut, og prognose for 2022 viser et merforbruk på ca 2 mill kroner.
Ny pleiefaktor (0,9) i ny bemanningsplan som ligger til grunn for årsturnus ved Staup helsehus	Januar 2022	Budsjett for 2022 ble redusert med 7 mill kroner. Antall plasser i bruk ved Staup helsehus er økt fra 2021, noe som har medført at definert pleiefaktor er overholdt, men en har ikke greid å ta ned bemanningen i tråd med ambisjonsnivået som ble lagt til grunn for lavere budsjetttramme for 2022. Det er

		behov for å bruke plassene, da trykket fra sykehuset har vært svært stort i 2022. Prognosen for 2022 tilsier et merforbruk på 9-10 mill kroner ved Staup helsehus. Kommunedirektøren gjennomfører månedlige oppfølgingsmøter med institusjonstjenesten med tema regnskap, tiltaksoppfølging, støtte og bistand (innsatsteam). Her deltar kommunedirektør, kommunalsjef, HR-seksjonen og økonomirådgiver sammen med enhetsleder og eventuelt avdelingsleder.
Arbeidsflytkartlegging – identifisering av tidstyver ved Staup helsehus (pilot)	Okt – 2021 – mars 2022 (PwC)	Ulike tiltak for bedre arbeidsflyt iverksettes gjennom 2022 ved Staup helsehus. Medbestemmelsesgruppen er sentral i arbeidet. Videre arbeid tas inn i KLP-prosjektet som Staup deltar i (fra høst 2022 og framover)
Arbeidsflytkartlegging i alle relevante avdelinger	10. juni 2022	Erfaringer fra Staup formidles til andre avdelinger. Arbeidsflytkartlegging i avdelingene i 2022 og 2023.
Felles innleierutiner i helse og velferd utarbeidet og vedtatt	Okt 2021 – mars 2022 (PwC)	Godkjent av kommunalsjef i april 2022 – gjøres kjent i medbestemmelsesgruppene, for ansvarlige for innleie og for alle ansatte.
Oppfølging av utfordringer i enhet habilitering relatert til brukervekst og økonomisk merforbruk	2022	Kommunedirektøren gjennomfører månedlige oppfølgingsmøter med enhet habilitering med tema regnskap, tiltaksoppfølging, støtte og bistand (innsatsteam). Her deltar kommunedirektør, kommunalsjef, HR-seksjonen og økonomirådgiver sammen med enhetsleder.

Delprosess/fokusområde III: Ledelse og organisasjonskultur

Tiltak	Iverksatt	Kommentar
Prosser på ulike ledernivå med fokus på kulturbygging	2021	Organisasjonskultur blir til i det daglige arbeidet med kjernevirksomheten. Pågår kontinuerlig.
Verktøy «Aktiv sammen» presentert for avdelingslederne	Januar 2022	Enkelt verktøy for kulturbygging. Kan tas i bruk i personalmøter og andre møter umiddelbart
Lederutviklingsprogram	2019	Alle ledere har deltatt i programmet siden oppstart. Siste oppfølgingsmøte var fredag 22.04.22.

Delprosess/fokusområde IV: Administrativ struktur og ressursutnyttelse på tvers

Tiltak	Iverksatt	Kommentar
Utarbeide designkriterier som grunnlag for evt strukturendringer	Vår 2021	Ferdig høsten 2021
Kartlegge eksisterende samarbeidsrelasjoner på tvers av avdelinger og enheter	Vår 2021	Ferdig høsten 2021
Alle avdelinger skal ha minst en allianseavdeling	Vår 2022	Det er utviklet allianseavtaler mellom avdelinger slik at de kan bistå hverandre på en så forutsigbar måte som mulig.
Anbefaling fra PwC ift administrative strukturendringer (etter workshops des 2021 – mars 2022)	2022	Jobbes med i arbeidsgrupper på tvers av enheter og avdelinger. Risikovurderinger og kost/nyttevurderinger. Tett samarbeid med tillitsvalgte og verneombud. Forventet ferdigstilt høsten 2022
Vurdere endringer i administrativ struktur	Våren 2022	Fem arbeidsgrupper har jobbet med utkast til endringer i adm. struktur, og utvidet ledermøte har jobbet videre med forslagene. Neste steg i dette arbeidet er å drøfte forslag med tillitsvalgtapparatet, og legge fram et endelig forslag for styringsgruppa (strategisk

		lederteam). Det er foreløpig ikke endelig besluttet når en evt ny struktur skal legges inn i ansvarsstrukturen i økonomiplanen. Innføringen av helseplattformen medfører noen begrensninger i forhold til når dette kan skje.
--	--	---

Delprosess/fokusområde V: Informasjon og kommunikasjon

Tiltak	Iverksatt	Kommentar
Innbyggere, politikere: månedlig økonomirapportering til politisk nivå, orienteringsnotat fra kommunedirektøren, media	Mai/juni 2021	Pågår
Brukere og pårørende: ansatte og ledere i avdeling – hva betyr omstilling for den enkelte bruker?	Jan 2021	Pågår
Ledere – bruker eksisterende møtearenaer	Jan 2021	Pågår
Ansatte – medbestemmelsesgrupper, personalmøter	Mars 2021	Pågår
Kommunikasjonsplan er utarbeidet med bistand fra PwC	Nov 2021	

Generelt:

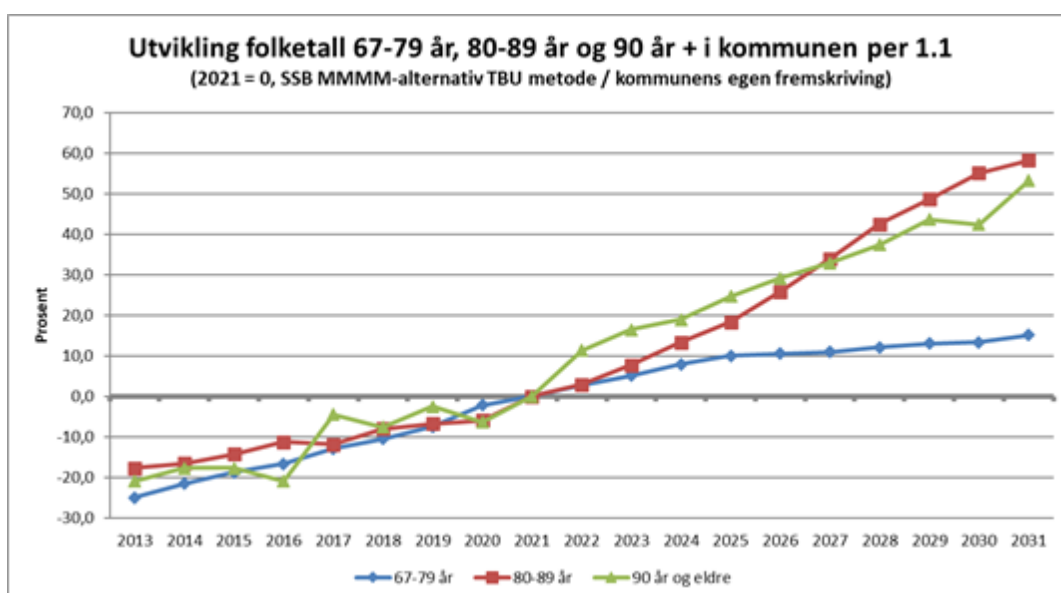
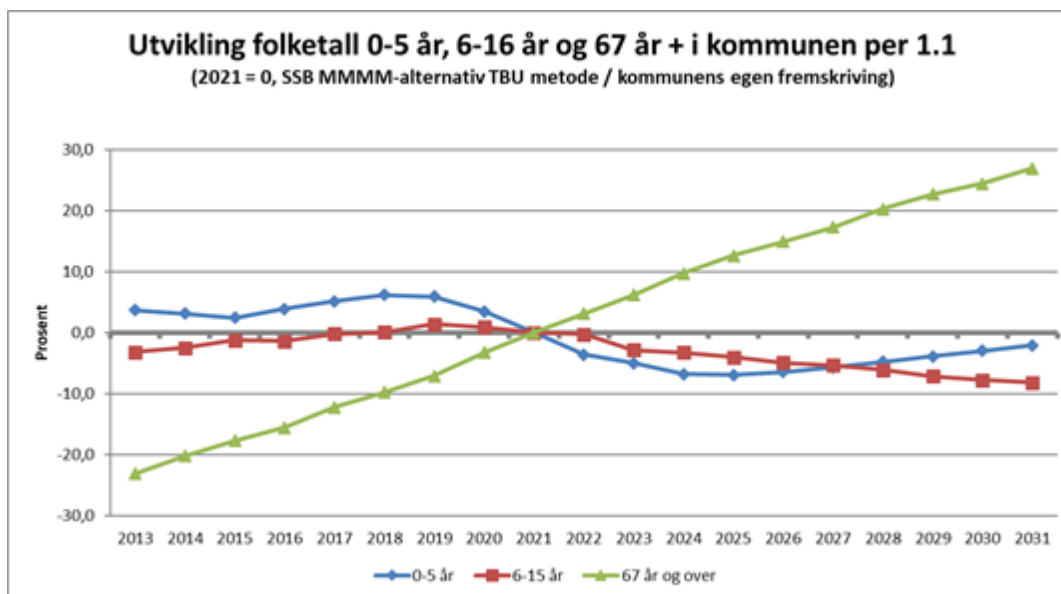
Tiltak	Iverksettes/iverksatt	Kommentar
Skal vurdere framtidig tjenesteinnretning – institusjon vs HDO-boliger. Politisk sak om omhjemling av BBT fra HDO-boliger til institusjonsplasser ble lagt fram i sak om boligsosial temaplan del 1 i juni 2022.	Våren 2023	I politisk vedtak i sak om boligsosial temaplan i juni 2022 ble følgende vedtak fattet: ... «Kommunedirektøren skal vurdere muligheten for omhjemling av 22 plasser ved BBT fra HDO til institusjon. Kostnad, pålydende kr. 1 000 000,-. forsøkes innarbeidet i budsjett-/økonomiplan 2023 – 2026»

		Det er foreslått fra kommunedirektøren i første omgang å prioritere omhjemling av de 11 stengte plassene ved BBT, samt å ta dem i bruk innenfor eksisterende budsjетtrammer.
Videre arbeid med forebygging og oppfølging av sykefravær	Pågår kontinuerlig	Fokus på ledelse i sammenheng med å bygge en helsefremmende organisasjon. Enkelte avdelinger har bistand fra Ny giv eller BHT/NAV. 2. tertial 2022 viser lavere sykefraværstall i helse og velferd enn tilsvarende periode i 2020 og 2021.
Fortsette arbeidet med behovskartlegging og oppfølging av brukere i forhold til velferdsteknologi	Pågår kontinuerlig	Trygghetsalarmer, RoomMate og GPS er teknologi som er igangsatt og videreføres. Temaplan velferdsteknologi følges opp, og etter innføring av Helseplattformen, som er ressurskrevende for avdelingene, vil det settes større trykk på å videreutvikle bruken av velferdsteknologi.

I 2022 har tjenestene igjen merket stort trykk med økte brukerbehov, økt antall både eldre og yngre brukere og lavere tilgang på helsefaglig kompetanse. Spesielt gjelder dette sykepleiere og vernepleiere. Antall brukere og de behovene brukerne har, og som de har lovfestet rett til å få bistand i forhold til, er ikke noe kommunen kan påvirke eller ha kontroll på. Når det gjelder tilgang på kompetanse, vil kommunens omdømme, godt arbeidsmiljø, struktur i hverdagen og opplevelsen av å få brukt sin kompetanse, kunne påvirke det å lykkes med å rekruttere og beholde kompetanse. Helse og velferd jobber mye med dette. Kommunen deltar også i et stort prosjekt (Sykepleier i Nord) sammen med Nord universitet, KS og de andre kommunene i nordre del av Trøndelag og i Nordland for å fremme rekruttering til sykepleierutdanning og til jobb i kommunene.

I hjemmetjenesten er det økt brukervekst fra 2021 til 2022. Dette påvirker i år, som tidligere år, behovet for personell og dermed økte lønnsutgifter. Denne utviklingen vil ifølge prognosene fortsette i årene framover (fra KS sin prognosemodell):

Utvikling i folketall viser at befolkningen fra 67 år og oppover har størst vekst fram mot 2030, med aller størst økning over 80 år. Med så stor vekst og en forventet utvikling av mer komplekse sykdomsbilder med økende alder, må det påregnes en økning i tjenestebehov i årene som kommer.



Enhet habilitering hadde en vekst i antall vedtakstimer på 1850 pr uke fra mai 2021 til mai 2022. Fra januar 2022 til november 2022 var økningen på 1387,5 timer pr uke. Dette endret budsjettpremissene for 2022-budsjettet og medførte økte utgifter.

Regnskapsresultat

Tabellen under viser utviklingen i regnskap og budsjett pr år samlet på enhet hjemmetjenester, enhet habilitering og enhet institusjon. Regnskap for 2022 er et anslag basert på årsprognose beregnet pr november 2022. Alle tall er eksklusive koronautgifter, for å kunne vise «ordinær» drift. En ser her at det største merforbruket var i 2020, da på hele 60 millioner kroner. Siden da har merforbruket krympet betydelig. Regnskapsresultatet for 2022 ligger likevel fortsatt høyere enn regnskapsresultatet for 2019

År	Regnskap	Budsjett	Forbruk	Avvik i kr
2014	293 495 059	291 341 589	100,7	-2 153 470
2015	291 817 114	295 034 235	98,9	3 217 121
2016	300 681 037	306 194 049	98,2	5 513 012
2017	357 276 415	329 455 200	108,4	-27 821 215
2018	366 490 048	343 362 710	106,7	-23 127 338
2019	378 410 750	362 042 208	104,5	-16 368 542
2020	439 838 297	380 335 600	115,6	-59 502 697
2021	444 887 336	412 893 172	107,7	-31 994 164
2022	463 671 443	439 402 926	105,5	-24 268 517

Sammenligning med andre kommuner

Tabellen nedenfor viser netto driftsutgifter pr innbygger i kroner til pleie og omsorg. I 2020 brukte Levanger 3681 kroner mer pr innbygger enn Verdal, 2168 kroner mer enn Steinkjer og 1125 kroner mer enn snittet i kostragruppen. I 2021 er differansene redusert til henholdsvis 1736 kroner, 1422 kroner og 66 kroner. Det er for alle kommuner en økning fra 2020 til 2021, men denne økningen er vesentlig lavere i Levanger enn i de andre kommunene, kun på 4,2%. Kostratallene for 2022 er klare i mars 2023.

	2018	2019	2020	2021	Endring 20 til 21	Endring i %	Differanse 2020	Innsparings- potensial 2020	Differanse 2021	Innsparings- potensial 2021	Endring i innsparings- potensial
Levanger	17 259	17 938	19 841	20 684	843	4,2					
Verdal	15 599	16 423	16 160	18 948	2 788	17,3	3 681	74 223 684	1 736	35 015 120	-39 208 564
Steinkjer	15 736	17 348	17 673	19 262	1 589	9,0	2 168	43 715 552	1 422	28 681 740	-15 033 812
Melhus	15 538	16 498	16 093	18 427	2 334	14,5	3 748	75 574 672	2 257	45 523 690	-30 050 982
Malvik	19 953	19 874	18 527	21 263	2 736	14,8	1 314	26 495 496	-579	-11 678 430	-38 173 926
Kostragruppe 09	17 669	18 584	18 716	20 618	1 902	10,2	1 125	22 684 500	66	1 331 220	-21 353 280

Kompleksiteten i tjenesteområdet

Kompleksiteten i tjenesten utfordrer både planlegging og resultat. Budsjettpremissene endrer seg gjennom året bl.a i form av nye og ressurskrevende tjenestebehov som ikke var kjent da budsjettet ble lagt. Det er lite forutsigbart hvilke brukere som gjennom året kommer til og faller fra.

En forventer at den negative effekt pandemien har hatt i 2020, 2021 og delvis i 2022 vil dempes og at sykefravær dermed reduseres.

Omstillingsarbeid krever endringsvilje og fleksibilitet hos alle. En organisasjonskultur som preges av omstillingsvilje kan ikke vedtas, men må arbeides med kontinuerlig. Det er nødvendig å sette temaet på dagsorden over tid, og medbestemmelsesgruppene er sentrale i arbeidet.

Kommunedirektøren ser at arbeidet har hatt effekt i flere avdelinger, men det er fortsatt viktig å jobbe videre med dette.

Vegen videre og forventet utvikling

I institusjonstjenesten har en hittil ikke greid å innfri kravet om redusert forbruk tilsvarende ambisjonsnivået som ligger til grunn i budsjett 2022. Usikkerhetsmomenter er i første rekke knyttet til brukerbehov som er større enn det som ligger til grunn for planene i budsjettet. For eksempel vil en person med utagerende atferd (voldelig og truende mot ansatte og medpasienter) kreve ekstra bemanning i kortere eller lengre perioder. Dette kommer som ekstra utgifter det ikke er tilstrekkelig rom for i budsjett.

I habiliteringstjenesten har antall brukere og antall vedtakstimer de siste årene økt, og denne trenden ser ut til å fortsette. I budsjett 2022 er det ikke tatt høyde for brukervekst innenfor området, men som tidligere nevnt har antall vedtakstimer økt mye. Premissene for budsjett 2022 endres på denne måten gjennom året og påvirker regnskapet.

Innføring av helseplattformen vil i 2022 gi pukkelkostnader det ikke er tatt tilstrekkelig høyde for i budsjettet, først og fremst gjelder det kostnader til opplæring av alle ansatte og oppgradering av utstyr.

For å følge opp enheter og avdelinger som ligger an til merforbruk, har kommunedirektøren etablert et innsatsteam for å følge tett opp. Innsatsteamet etterspør tiltak og resultater, og bistår med støtte fra ledelse, HR-avdelingen og økonomiavdelingen i månedlige oppfølgingsmøter.

Kommunedirektøren ser det nødvendig å fortsette arbeidet med omstilling i helse og velferd med stort trykk også i årene framover. Målet om en bærekraftig organisasjon økonomisk og kompetansemessig er ikke nådd, selv om en ser tydelige tegn på at helse og velferd er på rett vei. Det handler også om å rigge seg for ei framtid med flere og tyngre brukerbehov samtidig som det ikke vil bli tilsvarende stor tilgang på kompetanseressurser og økonomiske ressurser.

Tilsyn med Regnbuen barne- og avlastningsbolig.

21.11 og 22.11.22 gjennomførte Statsforvalteren et tilsyn ved Regnbuen barne- og avlastningsbolig. Dette ble gjennomført som en del av et landsomfattende tilsyn initiert av Statens helsetilsyn.

Statsforvalteren har undersøkt og vurdert om kommunen/virksomheten sikrer at barna i Regnbuen barne- og avlastningsbolig får habilitering/opplæring som samsvarer med deres behov, og har omfattet undersøkelser av om Regnbuen barne- og avlastningsbolig:

1. har tilstrekkelig informasjon om barnets situasjon og behov
2. bruker informasjonen til å identifisere behov for habilitering/opplæring og til å utforme mål og tiltak for barnet
3. gjennomfører tiltak for habilitering/opplæring
4. evaluerer og korrigerer mål og tiltak for habilitering/opplæring

Tilsynsprosessen har bygget på systemrevisjon som metode. En systemrevisjon har som formål å undersøke om gode og trygge tjenester er resultatet av systematisk styring og ledelse og kontinuerlig forbedringsarbeid. I dette tilsynet har undersøkelsene vært tett knyttet til faglige arbeidsprosesser for habilitering/opplæring. I undersøkelse av krav til styring og ledelse er det derfor aktiviteter tett på de faglige prosessene, som har vært mest aktuelle.

Barna og foreldrenes meninger om og erfaringer med opphold på barne- og avlastningsboligen, har vært en viktig informasjon for å vurdere både kvaliteten på tjenestene og kommunens praksis på om barna får dekket sitt behov for habilitering. Et utvalg foreldre og barn har derfor blitt intervjuet i dette tilsynet.

Vurdering av faktagrunnlag opp mot aktuell lovgrunnlag.

Tilsynet finner ikke tiltaksplaner med mål om habilitering/opplæring for det enkelte barnet. En tiltaksplan må beskrive konkrete tiltak for å forbedre ferdigheter, for å nå konkrete mål. En tiltaksplan vil gjøre det mulig å evaluere om tiltakene fungerer etter formålet, og eventuelt korrigere praksisen i tråd med de erfaringene man gjør seg underveis.

Tiltaksplaner skal være resultatet av en faglig planlegging, og er et verktøy for de ansatte. Planen har dermed stor betydning for om det er god praksis i gjennomføringen av tjenester.

Tilsynet ser imidlertid at virksomheten har etablert strukturer hvor habilitering og opplæring vil kunne inngå som en naturlig del. Primærkontaktrollen er sentral i denne sammenhengen, men vi ser at man per i dag har en organisering som ikke legger til rette for den enkelte primærkontakt å gjøre de oppgavene som ligger til rollen.

At alt ansvaret for informasjonsflyt legges til foreldrene, gjør systemet sårbart og kan føre til svikt, slik at barne- og avlastningsboligen går glipp av viktig informasjon.

Når planleggingen av habilitering/opplæring er mangelfull, er det risiko for at det ikke er lagt til rette for en systematisk og målrettet gjennomføring av disse tjenestene. Praksisen blir dermed ikke styrt, men basert på enkeltansattes kompetanse, erfaring og kunnskap om det enkelte barn. Dette er en sårbar drift, ved at kompetanse, erfaring og kunnskap om barnets behov for habilitering/opplæring forsvinner dersom ansatte slutter eller er fraværende.

Hvorvidt barnet får forsvarlige tjenester, avhenger av disse enkeltpersonene, og dette gir en tilfeldig praksis. Dette øker risikoen for at tiltak ikke blir gjennomført på en lik måte. Konsekvensen av dette kan da være at barnet mangler trygghet og forutsigbarhet under oppholdene. Det er også en risiko for at barna ikke får økt og opprettholdt sine funksjoner. Manglende habilitering og opplæring anses derfor som et brudd på kravet til forsvarlighet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

Statsforvalterens konklusjon:

Levanger kommune sikrer ikke at barn ved Regnbuen barne- og avlastningsbolig får habilitering og opplæring i samsvar med sine behov. Dette er brudd på helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

Oppfølging av påpekte lovbrudd

Statsforvalteren har bedt Levanger kommune om å oversende plan for hvordan lovbruddet skal rettes. I tilbakemeldingen bør det gå fram:

1. hvilke tiltak som er iverksatt/skal iverksettes for å rette opp lovbruddet
2. hvordan ledelsen vil følge med på at planlagte tiltak blir iverksatt
3. hvordan ledelsen vil følge med på at iverksatte tiltak har virket som planlagt når de har fått virket en stund
4. hvordan interne rutiner skal gjøres kjent for ansatte i dag og hvordan de skal gjøres kjent for nye ansatte
5. tidsplan for retting av lovbruddet

Her er svaret Levanger kommune oversendte til Statsforvalteren 07.02.2023

Viser til brev datert 13.12.2022 og innvilgelse av utsatt svarfrist datert 12.01.2023.

For å sikre at barn ved Regnbuen barne- og avlastningsbolig i Levanger kommune får habilitering og opplæring i samsvar med sine behov, vil Levanger kommune gjennomføre følgende tiltak:

1. Tiltak 1: Lage funksjonsbeskrivelse for primærkontakt/koordinator tilpasset Regnbuen barne- og avlastningsbolig. Frist for gjennomføring er 17. Januar
2. Tiltak 2: Lage tiltaksplaner for det enkelte barnet. Frist for gjennomføring er 29. Januar
3. Tiltak 3: Legge til rette for at den enkelte primærkontakt/koordinator kan utføre de oppgaver som ligger til rollen. Tiltaket er iverksatt
4. Tiltak 4: Lage en rutine som sikrer informasjonsflyt. Frist for gjennomføring er 10. Mars
5. Tiltak 5: Fokus på avvik. Frist for gjennomføring er Mai 2023
6. Tiltak 6: Ny praksis for vedtak. Frist for gjennomføring er Mai 2023
7. Tiltak 7: Opprette en arbeidsgruppe som ivaretar lukking av avvik fra Statsforvalter. Tiltaket er iverksatt
8. Tiltak 8: Oppdatere årshjul. Frist for gjennomføring er 20 januar.

Hvordan ledelsen skal følge med på at planlagte tiltak blir iverksatt.

Avdelingsleder følger med på at planlagte tiltak blir iverksatt gjennom hyppige samarbeidsmøter. Møtene skal sikre at planlagte tiltak blir iverksatt. Blant annet skal forventninger knyttet til tiltaksplaner, opplæring i forhold til lovverk, koordinatorskole, evaluering av årshjul der tiltaksplaner blir tatt med, være tema. Ledelsen skal lage en turnus som ivaretar tid til primærkontaktarbeid. Fokus på primærkontakt/koordinatorrollen vil også inngå i medarbeidersamtale.

Primærkontakter skal rapportere til avdelingsleder gjennom statusrapportering i samarbeidsmøtene. Det lages en sjekkliste som viser oversikt over hvilke brukere som har fått tiltaksplaner knyttet til habilitering/opplæring.

Hvordan ledelsen vil følge med på at iverksatte tiltak virker som planlagt når de har fått virket en stund.

Når ansatte begynner å skrive avvik på temaet, vil leder få avviket og er ansvarlig for at avviket følges opp og lukkes.

Hvordan interne rutiner skal gjøres kjent for ansatte i dag og hvordan de skal gjøres kjent for nye ansatte.

Når avdelingen lager nye rutiner, legges de tilgjengelig for alle ansatte i Teams, med beskjed om at den er laget og hvor de finner den, og at den må leses. Vi kan også ha mer fokus på nye rutiner om barna i overlappingene. Intensjonen er å få det meste inn i helseplattformen, men vi vet ikke enda hvordan denne vil ivareta behovet for en del av rutinene vil må ha knyttet til barna. Nye ansatte får opplæring med en opplæringsansvarlig som går igjennom hvordan Regnbuen er strukturert og hvor de finner informasjon. Det er egne opplæringsvakter i forhold til å bli kjent med barna.

Evaluerings av byggeprosjekt i Levanger - Delrapport 1 – Flerbrukshus på Ytterøy

- Sørge for at arbeidet med behovsanalyse, målsettinger og kvalitetssikring fra tredjepart, gjøres i henhold til anbefalt praksis ved større byggeprosjekter.
 - Behovsanalyser og målsettinger må utarbeides sammen med de som har ett behov. Riktig nivå på behovet er viktig og bestandig en kilde til diskusjon. Se på sammenlignbare kommuner/prosjekter hjelper prosessen.
 - En stor fordel med minst mulig utskifting av personell på brukersiden og prosjektledelses siden før, under og etter gjennomføringen av byggeprosjektet. Det er sjelden flere personer har lik tankemåte på hvordan målet skal nås. Omforente behov og målsettinger.
 - I de større byggeprosjektene er det som regel flere eksterne rådgivere og arkitekt. De er med å lage underlag og kostnadsoverslag. Men de får ikke med seg alle punktene vi som offentlig byggherre har i mange sammenhenger. Vi må som regel bruke vår erfaring på prisstigning, byggherrekostnader etc. for å få overslag mest mulig riktig. Spesielt i dagens situasjon med krig og pandemi.
 - Det skal gjøres en jobb med investeringsreglementet i kommunen. Det er viktig at vi i det arbeidet utarbeider/definerer retningslinjer som er tilpasset vår kommune, organisasjon og de entreprisemodeller vi benytter. Ett godt praktisk reglement vil være til god hjelp i byggeprosjektene.
- Sørge for at konkurransegrunnlaget ved anskaffelser beskriver prosjektet på en korrekt måte, også ved gjenåpning av konkurranse (mini-konkurranse).
 - Vi hadde rammeavtale med 3 firma på prosjektledelse som vi kjørte mini-konkurranse mellom på restaurering av eksisterende bygg på Ytterøy. I prosessen ble dette endret til nybygging. Det ble påpekt at vi skulle ha gått ut med en ny mini-konkurranse i rapporten til forvaltningsrevisjonen. Vi har i ettertid sjekket dette med medlem i KOFA

(klagenemnda for offentlige anskaffelser). Vi har fått til svar: I og med at vi hadde rammeavtale var ikke ny mini-konkurranse nødvendig, men heller opplyst til de andre firmaene i mini-konkurransen at omfanget ble endret.

- Rammeavtalene vi har i dag har en prioritert rekkefølge mellom firma avropsmessig. Vi kan kjøre mini-konkurranse om vi ønsker det. Under prosjektet med Flerbrukshuset var rammeavtalene kun basert på mini-konkurranse mellom rammeavtalepartene.
 - Viktig å ta en fot i bakken og tenke seg om når det kommer større endringer i byggeprosjekt i forhold til hva vi har beskrevet og kjøpt av oppgaver til eksterne. Spesielt dersom det er anskaffet utenfor rammeavtale.
 - De fleste prosjekt har teknisk enhet 1 mann i prosjektledelsen. Lett at prosessen i byggeprosjektet tar all fokus.
- Utarbeider rutiner for å undersøke habiliteten til den som tilrettelegger for større anskaffelser på vegne av kommunen.
- Det er utarbeidet et habilitetsskjema som skal fylles ut og signeres personlig av den som er engasjert. Har benyttet dette på byggherreombud i pågående prosjekt (Levanger brannstasjon).
 - Det er ingen eksterne prosjektledere engasjert i noen prosjekter som pågår nå. En utfordring kapasitetsmessig da vi må bruke mere tid i hvert prosjekt.
- Sikre en tydelig definering av roller og ansvar ved større investeringsprosjekter, samt at det er tilstrekkelig kapasitet i prosjektstrukturen.
- Roller og ansvar er definert i Prosjekt-Håndboka på teknisk.
 - I oppstartsmøte internt kan det være greit å tydeliggjøre de forskjellige roller og ansvar.
 - Organisasjonskartet i prosjektet kan definisjonene være med som en forklarende tekst.
 - Vi har ikke utviklet prosjekthåndboka på teknisk som ønsket siden 2017 da det kapasitetsmessig har vært fokus på å få gjennomført prosjekt som er vedtatt. I dag består investering/utvikling bygg av 1 fagansvarlig prosjekt på avdelingen, 1 nyansatt prosjektleder (05.09.22) under opplæring og en på pensjonistavtale (timer) som tar mindre prosjekter. Dette er få personer sammenlignet med andre kommuner av samme størrelse som Levanger. I perioden før 2017 var vi 2 prosjektledere i tillegg til enhetsleders rolle på Ytterøy.
- Skriftlig formalisere brukergruppens rolle, ansvar og rettigheter i større byggeprosjekter.
- Mulig måte å gjøre dette på er en avtale som signeres av deltakerne, som en bekreftelse på at dette er lest og forstått. Arkiveres på prosjektet. Har ikke utarbeidet forslag pr. dato. Mål om å ta det i bruk ved etablering av nye brukergrupper/prosjekter.
 - I alle prosjekt med brukergrupper fra 2012 til i dag er det kommunisert muntlig hvilken rolle de har. Ikke opplevd uenighet om dette i andre prosjekter.

Generelt:

Det er bestandig rom for å gjøre ting litt bedre. Man lærer noe nytt hver dag. I så måte vil rapporten bli brukt internt.

Økonomiteamet sammen med Teknisk skal utarbeide et nytt investeringsreglement som skal utdype det som står i økonomireglementet om investeringer.

Vedrørende Staupshaugen friluftsområde

Viser til henvendelse i forbindelse med Staupshaugen friluftsområde. Det er riktig det som skrives at det er flere aktiviteter som nå foregår i Staupshaugen og at dette medfører at flere folk ferdes i området, og dette er noe vi selvsagt ønsker med tanke på folkehelse. Men samtidig skal all aktivitet og ferdsel i området være trygt og gjøre minst mulig skade på friluftsområdet og dyre/fugleliv generelt.

- For å starte med frisbeeklubbens aktivitet i området så har de tett samarbeid med flere frisbeeklubber i Midt-Norge og spesielt med Steinkjer frisbeeklubb som har lang erfaring med dette og fokus på sikkerhet. Plasseringen av korer og utkastepunkter er plassert slik at det skal være mest mulig trygt for annen ferdsel i området. Vurderinger er blitt gjort i samarbeid mellom Levanger kommune og frisbeeklubb. Aktiviteten medfører selvsagt noe slitasje når det er såpass mange som benytter seg av dette tilbudet, men at dette pr. nå ikke er så mye at vi trenger å sette inn tiltak/restriksjoner.
- I forbindelse med konsertområdet er en del av området rundt blitt tynnet. Arbeidet som er utført må sees på som skjøtsel, og som over flere år dessverre ikke har blitt godt nok fulgt opp. Vurderinger som har blitt gjort er at dette i stor grad ikke påvirker dyre/fuglelivet vesentlig. Vi har nå i ettertid sendt en henvendelse til BirdLife Trøndelag som er en forening for fugl og fuglevern og vi ønsker selvsagt å samarbeide med de for å finne gode løsninger, men har ikke mottatt noe svar fra de enda. Vi har ellers ikke foretatt noen vurderinger i forhold til biologisk mangfold, da vi ser på arbeidet som vanlig skjøtsel.

IT-sikkerhet

IKT lederen orienterer i møte

Peter Ardon
kommunedirektør

Prioritering av forvaltningsrevisjon - bestilling

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Levanger kommune

Møtedato

28.02.2023

Saknr

03/23

Saksbehandler Paul Ivar Stenstuen

Arkivkode FE-217, TI-&30

Arkivsaknr 20/64 - 15

Forslag til vedtak

Saken legges fram uten forslag til vedtak.

Ikke trykte vedlegg

Plan for forvaltningsrevisjon 2020-2024

Saksopplysninger

Kommunestyre behandlet plan for forvaltningsrevisjon i møte den 24.06.2020, sak 39/20. Det ble prioritert slik:

1. Kommunens drift, økonomi, budsjetteringsprosesser og budsjettoppfølging
2. Helse- og omsorgstjenester
3. Kommunens arbeid med kvalitetsforbedringer – avviksmeldinger (internkontroll)
4. Kommunens kriseberedskap
5. Samspillmodellen
6. Selskapskontroll Levanger Arena KF/Levanger camping
7. Rus- og psykiatri
8. Kommunens eierskapsforvaltning, strategier, informasjonsflyt og oppfølgingsrutiner

Kontrollutvalget har fått levert rapporter knyttet til Byggeprosjekter/Samspillmodellen og Innherred Legevakt IKS fra revisor. Videre er det prosjekter knyttet til prioriteringene nr. 1. og nr. 3 på listen ovenfor, samt et prosjekt vedrørende kommunen som forurensningsmyndighet, under arbeid.

I henhold til revisor har kontrollutvalget igjen 585,11 timer tilgjengelig for bestilling i 2023.

Vurdering

Gjenstående timerressurs er tilstrekkelig til et fullt forvaltningsrevisjonsprosjekt, og det er hensiktsmessig at kontrollutvalget disponerer gjenstående ressurs så raskt som mulig. Flere av prosjektene på listen over synes fortsatt å være aktuelle, men det har gått flere år siden planen ble vedtatt. Kontrollutvalget bør derfor vurdere hva det ønsker å bruke den gjenstående ressurs til.

Saken legges med dette fram til diskusjon i møtet uten forslag til vedtak.

Kontrollutvalgets årsmelding for 2022

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Levanger kommune

Møtedato

28.02.2023

Saknr

04/23

Saksbehandler Paul Ivar Stenstuen

Arkivkode FE-033

Arkivsaknr 20/63 - 32

1. Det fremlagte forslag til "Kontrollutvalgets årsmelding for 2022" vedtas som kontrollutvalgets årsmelding for 2022.
2. Årsmeldingen oversendes kommunestyret.

Forslag til innstilling til kommunestyret

Kommunestyret tar kontrollutvalgets årsmelding for 2022 til orientering.

Vedlegg

Kontrollutvalget årsmelding for 2022

Ikke trykte vedlegg

Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) m/forskrifter

Saksopplysninger

Ifølge kommunelovens § 22-1 har kommunestyret det øverste ansvar for å kontrollere kommunens virksomhet. Til å forestå den løpende kontroll på sine vegne, velger kommunestyret et kontrollutvalg, jfr. kommuneloven § 23-1. Kontrollutvalget har hatt den praksis at forhold som kontrollinstansen avdekker, løses på lavest mulig nivå, og bare unntaksvis resulterer i rapporter til kommunestyret. Kontrollutvalgets årlige rapport vil derfor være en oppsummering av utvalgets arbeid i løpet av året og er således viktig informasjon til kommunestyret om den kontroll utvalget utøver på kommunestyrets vegne.

Møteinnkallinger og møteprotokoller sendes ordfører og kommunedirektøren. Dette fungerer som en fortløpende informasjon til kommunen og det politiske miljøet. Ordfører har møte- og talerett i kontrollutvalgets møter. Ut fra tidligere praksis er det også for 2022 utarbeidet en årsmelding til kommunestyret der det er redegjort for sentrale deler av kontrollutvalgets virksomhet og aktivitet i 2022.

Vurdering

Årsmeldingen anbefales oversendt kommunestyret med forslag om at kommunestyret tar kontrollutvalgets årsmelding 2022 til orientering.



Konsek
TRØNDELAG IKS Kontrollutvalgenes sekretariat

Kontrollutvalgets årsmelding 2022

Levanger kommune



Innholdsfortegnelse

1.	Om kontrollutvalget, mandat og sammensetning	3
1.1	Kontrollutvalgets sammensetning i 2022	3
1.2	Reglement for kontrollutvalget	3
1.3	Rammer for utvalgets arbeid	3
1.4	Kontrollutvalgets ressurser	4
2.	Lovpålagte oppgaver	4
2.1	Regnskapsrevisjon	4
2.2	Forvaltningsrevisjon	4
2.3	Eierskapskontroll	5
2.4	Påse-ansvar overfor revisor	5
3.	Annet arbeid i utvalget	5
3.1	Møter	5
3.2	Saker	5
3.3	Opplæring og faglig samarbeid	5
4.	Avslutning	6
5.	Vedlegg: Saker behandlet i kontrollutvalget i 2022	7

1. Om kontrollutvalget, mandat og sammensetning

Alle kommuner skal ha et kontrollutvalg valgt av kommunestyret ¹. Kontrollutvalget er kommunestyrets kontrollorgan, og skal føre løpende kontroll med den kommunale forvaltning.

1.1 Kontrollutvalgets sammensetning i 2022

Navn		Navn	
Kari Johanne Kjerkol	Leder	Anne Grete Hojem	Varamedlem
Johan Dahle Fossan	Nestleder	Brit Elin Ringstad	Varamedlem
Kim Daniel Svendsen	Medlem	Johan Arnt Hoel Dahlen	Varamedlem
Line Thorsen Bratli	Medlem	Leif Inge Paulsen	Varamedlem
Mats Henriksen	Medlem	Line Alfnes Kristiansen	Varamedlem
		Randi Sandnes Bjørås	Varamedlem

Line Thorsen Bratli er innvalgt i kommunestyret.

Kontrollutvalget størrelse og representasjon i kommunestyret er i henhold til kravene i kommuneloven. Kravene i kommuneloven til jevn fordeling mellom kjønnene er i varetatt.

1.2 Reglement for kontrollutvalget

Reglement for kontrollutvalget er vedtatt av kommunestyret.

1.3 Rammer for utvalgets arbeid

Kontrollutvalgets hovedoppgave er å føre kontroll med den kommunale forvaltningen på vegne av kommunestyret og påse at kommunen har en forsvarlig revisjonsordning.

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

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

Innenfor disse rammene skal kontrollutvalget utføre kontrollarbeidet på vegne av kommunestyret, for å bidra til god tjenestekvalitet, effektiv ressursutnyttelse og å sikre at politiske vedtak blir fulgt opp.

I tillegg kan kontrollutvalget på eget initiativ, ta opp forhold som kan oppfattes som uønskede eller i strid med mål om en effektiv og forsvarlig forvaltning av kommunens ressurser.

¹ Jf. kommuneloven § 23.1

Kommunestyret kan be kontrollutvalget utføre konkrete kontrolloppgaver på sine vegne. Dette har kommunestyret ikke gjort i 2022.

1.4 Kontrollutvalgets ressurser

1.4.1 Sekretariat

Kontrollutvalget har sekretariatsbistand fra Konsek Trøndelag IKS, der kommunene er en av deltagerne/eierne sammen med 31 andre kommuner og fylkeskommunen.

Sekretariatet utreder saker, bistår kontrollutvalget i praktisk tilrettelegging og oppfølging av møter, utarbeider forslag til plan for forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll, samt følger opp vedtak.

I det løpende arbeidet er sekretariatet bindeledd mellom kontrollutvalget og revisjonsselskap, og utfører oppgaver på vegne av kontrollutvalget.

1.4.2 Revisjon

Kommunen er medeier i Revisjon Midt-Norge SA. Kommunen har avtale om levering av samtlige revisjonstjenester der.

1.4.3 Økonomi

For å kunne utføre sin lovpålagte kontrollfunksjon på en god måte er det viktig at kontrollutvalget er gitt tilstrekkelig med ressurser.

Kontrollutvalget utarbeider årlig forslag til budsjett for kontroll og revisjon. Dette skal følge innstillingen til årsbudsjett til kommunestyret.²

2. Lovpålagte oppgaver

2.1 Regnskapsrevisjon

Kontrollutvalget behandler saker om regnskapsrevisjon på flere møter gjennom året. Det er etablert rutiner for orienteringer fra oppdragsansvarlig regnskapsrevisor i forbindelse med avleggelse av revisjonsberetning, samt informasjon om planlegging og status for finansiell revisjon og eventuelle områder det arbeides spesielt med.

Kontrollutvalget skal uttale seg om kommunens årsregnskap. Kontrollutvalgets uttalelse er lagt fram for formannskapet og inngikk som beslutningsgrunnlag ved kommunestyrets behandling av regnskapet for 2021.

2.2 Forvaltningsrevisjon

Kontrollutvalget skal utrede behovet for, planlegge og bestille forvaltningsrevisjoner i kommunen og resultatene fra arbeidet skal rapporteres til kommunestyret.

Kontrollutvalget behandlet rapporter knyttet til forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll vedrørende Innherred legevakt IKS og evaluering av byggeprosjekter, jf. sakene 13 og 32/22. Rapportene ble behandlet av kommunestyret i henholdsvis møtene den 27.04.22 og den 22.06.22.

² Sak 21/22, dato 03.05.21

2.3 Eierskapskontroll

Kontrollutvalget skal kontrollere at selskapene som kommunen er eier i blir drevet i tråd med politiske vedtak og lovverket. Utvalget skal også føre kontroll med at formålet med eierskapet blir ivarettatt og at eierstyringen er god.

Kontrollutvalget behandlet rapport knyttet til eierskapskontroll vedrørende Innherred legevakt IKS, se punktet over.

2.4 Påse-ansvar overfor revisor

Kontrollutvalget skal påse at de formelle kravene til revisor blir overholdt, for eksempel krav til utdanning, vandel, uavhengighet og objektivitet. Disse forholdene hviler det et ansvar på revisor å dokumentere, og det er etablert rutiner for at dette skjer.

For å følge opp ansvaret slik det går fram av krav i forskriftene, har kontrollutvalget lagt vekt på en god dialog med revisor og løpende informasjon om det løpende revisjonsarbeidet. For regnskapsrevisjon orienterer oppdragsansvarlig revisor rutinemessig i utvalgets møter.

Når det gjelder forvaltningsrevisjon er dialogen knyttet til den enkelte undersøkelse.

3. Annet arbeid i utvalget

3.1 Møter

Kontrollutvalget har i 2022 avholdt 7 møter og behandlet 50 saker, hvorav 2 av sakene ble oversendt til kommunestyret. En fullstendig oversikt over sakene som er behandlet i kontrollutvalget er vist i vedlegg.

3.2 Saker

En stor del av kontrollutvalgets saksbehandling omfatter forhold de er pålagt å arbeide med, gjennom kravene i kommunelovens del 7 og forskrift om kontrollutvalg og revisjon. Hvilket fokus som velges i de ulike arbeidsoppgavene er det i stor grad opp til utvalget å definere selv.

3.3 Opplæring og faglig samarbeid

Alle medlemmer i kontrollutvalget har fått tilbud om å delta i opplæring og faglig samarbeid gjennom Konsek Trøndelag IKS, Norges kommunerevisorforbund og Forum for kontroll og tilsyn.

Utvalget har vært representert på kurs og samlinger i 2022.

4. Avslutning

Årsmeldingen er en oppsummering av årets virksomhet i kontrollutvalget, utvalgets saker ligger på sekretariatets hjemmesider: www.konsek.no/osen/

Kontrollutvalgets arbeid skal bidra til å styrke tilliten til lokaldemokratiet. Utvalget mener å ha bidratt til dette og vil takke kommunestyret og administrasjonen for samarbeidet.

28.02.2022

Kontrollutvalget

5. Vedlegg: Saker behandlet i kontrollutvalget i 2022

Møtedato	Saksnr	Sakstittel
15.02.2022	01/22	Dialog med ordfører og kommunedirektør vedrørende målstyring og budsjettpremisser
	02/22	Orientering fra revisor vedrørende beste praksis med hensyn til målstyring og budsjettpremisser
	03/22	Orientering fra kommunedirektøren vedrørende oppvekstreformen med vekt på det forebyggende arbeid
	04/22	Orientering fra kommunedirektøren vedrørende kommunens økonomi
	05/22	Orientering fra kommunedirektøren vedrørende status med hensyn til Helse og velferd
	06/22	Orientering fra kommunedirektøren vedrørende Helseplattformen
	07/22	Orientering fra kommunedirektøren vedrørende status på teknisk avdeling
	08/22	Referatsaker
	09/22	Kommunestyrets kontrollansvar og kontrollutvalgets rolle
	10/22	Eventuelt
	11/22	Godkjenning av møteprotokoll
05.04.2022	12/22	Referatsaker
	13/22	Forvaltningsrevisjon - evaluering av byggeprosjekter i Levanger
	14/22	Prioritering av forvaltningsrevisjonsressursen og bestilling
	15/22	Eventuelt
	16/22	Godkjenning av møteprotokoll
03.05.2022	17/22	Referatsaker
	18/22	Kontrollutvalgets uttalelse til årsregnskapet og årsberetningen for Levanger Arena KF for 2021
	19/22	Kontrollutvalgets uttalelse til årsregnskapet for 2021
	20/22	Kontrollutvalgets årsmelding for 2021
	21/22	Kontrollutvalgets budsjett for 2022 - fordeling av tildelt ramme
	22/22	Godkjenning av bestillinger til forvaltningsrevisor
	23/22	Eventuelt
	24/22	Godkjenning av møteprotokoll
07.06.2022	25/22	Referatsaker
	26/22	Orientering fra kommunedirektøren vedrørende status med hensyn til Helse og velferd - utsatt sak
	27/22	Orientering fra kommunedirektøren vedrørende Helseplattformen - utsatt sak
	28/22	Orientering fra kommunedirektøren vedrørende status på teknisk avdeling - utsatt sak
	29/22	Orientering fra sekretær om folkevalgtes innsynsrett
	30/22	Eventuelt
	31/22	Godkjenning av møteprotokoll
	32/22	Forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll knyttet til Innherred legevakt IKS

Møtedato	Saksnr	Sakstittel
06.07.2022	33/22	Referatsaker
	34/22	Drøfting knyttet til bestilt prosjekt - Evaluere bygging av brannstasjon (delprosjekt 2)
	35/22	Eventuelt
	36/22	Godkjenning av møteprotokoll
27.09.2022	37/22	Referatsaker
	38/22	Orientering fra kommunedirektøren vedrørende Staup helsehus
	39/22	Prosjektplan for prosjektet "Forvaltningsrevisjon vedrørende kommunen som forurensningsmyndighet"
	40/22	Oppfølging av kommunestyrets vedtak i sak 20/20 - Bestilling av forvaltningsrevisjon
	41/22	Kontrollutvalgets budsjett for 2023 og budsjettkontroll 2022
	42/22	Eventuelt
	43/22	Godkjenning av møteprotokoll
29.11.2022	44/22	Referatsaker
	45/22	Regnskapsrevisors vurdering av egen uavhengighet og revisjonsstrategi for 2022
	46/22	Forslag til prosjektplan - Internkontroll og forbedringer
	47/22	Forvaltningsrevisjon - Oppfølging av kommunestyrets vedtak
	48/22	Kontrollutvalgets møteplan og årsplan for 2023
	49/22	Eventuelt
	50/22	Godkjenning av møteprotokoll

Fordeling av tildelt budsjettramme for 2023

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Levanger kommune

Møtedato

28.02.2023

Saknr

05/23

Saksbehandler Paul Ivar Stenstuen

Arkivkode FE-033

Arkivsaknr 20/63 - 34

Forslag til vedtak

1. Kontrollutvalget vedtar slik fordeling av rammen for 2023.

Beskrivelse	Ramme 2023
Godtgjørelse folkevalgte	55000
Tapt arbeidsfortjeneste	4000
Arbeidsgiveravgift	12 000
Faglitteratur/tidsskrifter	8000
Bevertning	4000
Kursavgifter og oppholdsutgifter	50000
Kjøregodtgjørelse	2000
Reiseutgifter (inkl. parkeringsavgifter/bomavgifter)	2000
Kjøp av sekretariatstjenester	370000
Kjøp av revisjonstjenester	1450000
Kjøp av tilleggstjenester	0
Medlemskap og kontingenter	13000
Sum ramme - kontroll og revisjon (funksjon 110)	1970000

2. Kontrollutvalget ber kommunedirektøren foreta de nødvendige budsjettregistreringer.

Saksopplysninger

Kontrollutvalget behandlet forslag til budsjettramme for sin virksomhet for 2023 den 27.09.22 sak 41/22. Kontrollutvalget foreslo en budsjettramme på kr. 1 970 000. Denne omfattet kontrollutvalgets samlede virksomhet, herunder kjøp av revisjonstjenester og kjøp av sekretariatstjenester.

Kommunestyrets behandlet kontrollutvalgets budsjett for 2023 den 30.11.22, sak 86/22. Det fremkom ikke andre forslag til ramme for kontrollutvalgets virksomhet.

Ut fra dette foreslås slik fordeling rammen:

Beskrivelse	Ramme 2023
Godtgjørelse folkevalgte	55000
Tapt arbeidsfortjeneste	4000
Arbeidsgiveravgift	12 000
Faglitteratur/tidsskrifter	8000
Bevertning	4000
Kursavgifter og oppholdsutgifter	50000
Kjøregodtgjørelse	2000
Reiseutgifter (inkl. parkeringsavgifter/bomavgifter)	2000
Kjøp av sekretariatstjenester	370000
Kjøp av revisjonstjenester	1450000
Kjøp av tilleggstjenester	0
Medlemskap og kontigenter	13000
Sum ramme - kontroll og revisjon (funksjon 110)	1970000

Vurdering

En tilråd kontrollutvalget å vedta en spesifisering av det samlede budsjett for 2023 for kontroll og tilsyn som fremgår av forslaget til vedtak.

Eventuelt

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Levanger kommune

Møtedato

28.02.2023

Saknr

06/23

Saksbehandler Paul Ivar Stenstuen

Arkivkode FE-033, TI-&17

Arkivsaknr 23/77 - 3

Forslag til vedtak

Det fattes ikke vedtak under eventuelt.

Godkjenning av møteprotokoll

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Levanger kommune

Møtedato

28.02.2023

Saknr

07/23

Saksbehandler Paul Ivar Stenstuen

Arkivkode FE-033, TI-&17

Arkivsaknr 23/77 - 4

Forslag til vedtak

Protokollen fra dagens møte godkjennes.