

Møteinnkalling - Kontrollutvalget i Overhalla kommune

Arkivsak: 23/228
Møtedato/tid: 06.06.2023 kl. 09:00
Møtested: Overhalla Barne- og Ungdomsskole(OBUS)

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

Sakliste

Saksnr.	Sakstittel
11/23	Besøk på Overhalla Barne- og Ungdomsskole(OBUS)
12/23	Prosjektplan - forvaltningsrevisjon internkontroll i pleie- og omsorg
13/23	Referatsaker juni 23
14/23	Godkjenning av protokoll

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

Varamedlemmer møter etter nærmere innkalling.

Steinkjer 02.06.2023

Anne Lise Grande Vollan (sign.)
Leder av kontrollutvalget

Einar Sandlund/s/
Seniorrådgiver
Konsek Trøndelag IKS

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

Besøk på Overhalla Barne- og Ungdomsskole(OBUS)

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Overhalla kommune

Møtedato

06.06.2023

Saknr

11/23

Saksbehandler Einar Sandlund

Arkivkode FE-033

Arkivsaknr 22/34 - 9

Forslag til vedtak

Besøket tas til orientering

Saksopplysninger

Kontrollutvalget gjennomfører samtaler med rektor, tillitsvalgte, verneombud, leder FAU og elevrådsleder, samt omvisning på skolen. Disse besvarer også spørsmål fra kontrollutvalget.

Vurdering

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

Prosjektplan - forvaltningsrevisjon internkontroll i pleie- og omsorg

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Overhalla kommune

Møtedato

06.06.2023

Saknr

12/23

Saksbehandler Einar Sandlund

Arkivkode FE-217, TI-&58

Arkivsaknr 22/241 - 2

Forslag til vedtak:

1. Prosjektplan datert 02.06.23 godkjennes med slike endringer:

-
-

2. Rapporten forventes levert 29.03.24 innenfor den angitte ressursbruk på 300 timer.

3. Kontrollutvalget bes å bli orientert underveis for å kunne ta stilling til evt. behov for endringer i prosjektplanen.

Vedlegg

Prosjektplan - internkontroll i pleie- og omsorg

Uavhengighetserkæring - forvaltningsrevisjon internkontroll pleie-omsorg

Saksopplysninger

Kommunelovens § 23-3 sier at det skal gjennomføres forvaltningsrevisjon i kommunen.

Kontrollutvalget fattet i sak 02/22 den 19.01.22 slikt vedtak:

1. Kontrollutvalget bestiller forvaltningsrevisjon av kvaliteten i åpen omsorg(hjemmesykepleie, hjemmehjelp, m.v).og gir følgende innspill til prosjektplanen:

•»Omsorgstrappa», overgangen hjemmebasert omsorg – institusjon

•Hvordan ivaretar kommunen kompetansebehov og fremtidig kvalitet i overgangen åpen – institusjonsomsorg

•Brukermedvirkning, hvordan sikrer kommunen dette, spørres brukere og pårørende?

• Hvordan definerer kommunen kvalitet i åpen omsorg, er godt nok, «godt nok»?

• Mellomledernes ressurser og utfordringer

2. Revisjonen bes utarbeide prosjektplan til kontrollutvalgets første møte i 2023.

Revisjonen har ut fra bestillingsvedtaket utarbeidet prosjektplan datert 02.06.23, jfr. vedlegg. Planen angir følgende hovedproblemstilling:

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

Herunder:

- gjennomføring og bruk av risikovurderinger
- avvikshåndtering og oppfølging
- ressurser og organisering
- bruk av kompetanse
- sykefravær og arbeidsmiljø

Av ulike årsaker har ikke revisjonen kunnet levere utkast til prosjektplan før nå.

Aktuelle kilder tilrevisjonskriterier vil være Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven 2011), relevante forskrifter og veiledere, samt kommunens planer for helse og omsorg.

Kildene er nærmere beskrevet i prosjektplanens kap. 3.3. Prosjektet er tenkt gjennomført med blant annet dokumentgjennomgang, intervjuer og spørreundersøkelse. Dette er nærmere beskrevet i prosjektplanens kap. 3.4.

Av hensyn til både ressurser og leveringstid vil det være nødvendig å avgrense datainnsamlingen og analyser i forvaltningsrevisjonen. Dette er nærmere beskrevet i prosjektplanens kap. 3.2.

Forvaltningsrevisjonsrapporten er planlagt med levering innen 29.03.24 og ressursbruk på 300 timer.

Vurdering

Sekretariatet er av den oppfatning at den fremlagte prosjektplan i hovedsak ansees for å være i tråd med kontrollutvalgets bestilling i sak 21/22 Prosjektplanens problemstilling, beskrivelser og avgrensninger er etter sekretariatets oppfatning relevant innenfor den ressursramme revisor har satt. Hvis rapportens funn viser at det er felt som en bør gå nærmere etter kan det gjøres gjennom å bestille en videre undersøkelse.

Den foreslåtte tidsressurs og leveringstidspunkt betraktes som relevant. Ved evt. behov for endringer i prosjektplanen underveis i prosjektet må kontrollutvalget kunne ta stilling til disse.

Kontrollutvalget anbefales å godkjenne fremlagt prosjektplan datert 02.06.23 evt. med endringer som vedtas i møtet, levering innen 29.03.24 og med en ressursbruk ressursbruk på 300 timer.

Internkontroll i pleie- og omsorg

Overhalla Prosjektplan

1 FAKTA OM OPPDRAGET

FORMÅL

Formål med forvaltningsrevisjonen er oppfølging av forvaltningsrevisjonsrapporten «Kvalitet i eldreomsorgen» fra 2018 for å vurdere pleie- og omsorgstjenestens bruk av tilgjengelig risikoverktøy, avviksmeldinger, internkontrollsystem. Revisor bes i denne sammenheng også vurdere kompetanse, ressurser, arbeidsorganisering og arbeidsmiljø.

PROBLEMSTILLINGER

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

Herunder:

- gjennomføring og bruk av risikovurderinger
- avvikshåndtering og oppfølging
- ressurser og organisering
- bruk av kompetanse
- sykefravær og arbeidsmiljø

TIDS- OG RESSURSBRUK

Timeforbruk: 300 timer

Rapport til sekretær: 29.3.24

OPPDRAGSANSVARLIG REVISOR

Mette Sandvik

mette.sandvik@revisjonmidtnorge.no

Tlf. 95081305

2 MANDAT

I dette kapittelet redegjøres det for bestillingen.

2.1 Bestilling

Kontrollutvalget i Overhalla kommune gjorde i sak 21/22 slikt vedtak:

1. Kontrollutvalget bestiller slik forvaltningsrevisjon: «Hvordan er vurdering og bruk av risikoverktøy, avviksmeldinger, internkontroll, anvendt som ledd i pleie- og omsorgstjenesten innenfor kompetanse, ressurser, arbeidsorganisering og arbeidsmiljø, etter forvaltningsrevisjonsrapport Kvalitet i eldreomsorgen fra 2018. Intervju av ansatte skal være en del av metodetilnærmingen.»
2. Revisor bes å utarbeide prosjektplan til kontrollutvalgets første møte i 2023.....»

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

«Kvaliteten på tjenestene i eldreomsorgen er i stor grad i tråd med utvalgte krav og målsettinger på området.

Revisor mener pleie og omsorg i Overhalla kommune har oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring. Videre er revisors inntrykk at avvik meldes og behandles. Dette bidrar til kvalitetsforbedring og gir kommunen oversikt over risikoområder.

Overhalla kommune har likevel et stykke å gå for å få et fullt ut tilfredsstillende system for helhetlige risiko- og sårbarhetsanalyser. Kommunen er oppmerksom på at de ikke har hatt gode nok verktøy til å gjennomføre slike analyser og er i gang med å få til en ryddig og ensartet dokumentasjon gjennom dokumentasjonsprosjektet. Prosjektet vil bidra til kvalitetsforbedring og bedre pasient- og brukersikkerheten.

Revisor mener å ha sett gjennom dokumentanalyse og intervju at det kvalitative innholdet for bruker av pleie- og omsorgstjenester i Overhalla kommune er bra.

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

Kontrollutvalgets plan for forvaltningsrevisjon 2020-2024 omfatter blant annet avvik og avviksmeldinger som aktuelt prosjekt innenfor oppvekst- og helsesektoren.

2.2 Bakgrunnsinformasjon

Ihht helse- og omsorgstjenesteloven har kommunen overordnet ansvar for helse- og omsorgstjenester og skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Kommunens ansvar etter §3-1, første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

Det er en nær sammenheng mellom forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten og kvalitetsforskriften. Forskriftene skal medvirke til at tjenester etter sosial- og helselovgivningen blir ivaretatt på en kvalitetsmessig god måte.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenestene av 2016

er strukturert ut ifra etablert teori om kvalitet og kvalitetsforbedring: **planlegging, gjennomføring, evaluering, korrigering.**

Forskriftens §6 omhandler plikten til å **planlegge** virksomhetens aktiviteter

Forskriftens §7 omhandler plikten til å **gjennomføre** virksomhetens aktiviteter

Forskriftens §8 omhandler plikten til å **evaluere** virksomhetens aktiviteter

Forskriftens §9 omhandler plikten til å **korrigere** virksomhetens aktiviteter

Kvalitetsforskriften

Kvalitetsforskriftens §3 vektlegger at kommunen skal utarbeide et system av prosedyrer for å løse de oppgavene som fremkommer i bestemmelsen på en slik måte at de tilfredsstiller brukernes grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.

Tilsyn

Statsforvalteren har i 2022 gjennomført 2 tilsyn i Overhalla kommune innen helse og omsorg. Ett tilsyn gjaldt enkeltsak/klage vedr helsehjelp legekantor, med resultat avvik. Det andre tilsynet gjaldt enkeltsak/klage vedr helsehjelp på sykehjemmet, med resultat ikke avvik.

Annet

I kommunedirektørens årsberetning for 2022 beskrives det at dokumenter og rutinebeskrivelser i all hovedsak er lagt i kvalitetssystemet Compilo. Kommunen har en egen prosedyre for risikovurdering, akseptabel risiko og risikohåndtering. Kvalitetssystemet omfatter også avvikssystemet.

I tertialrapport for 2. tertial 2022 skriver kommunedirektøren blant annet:

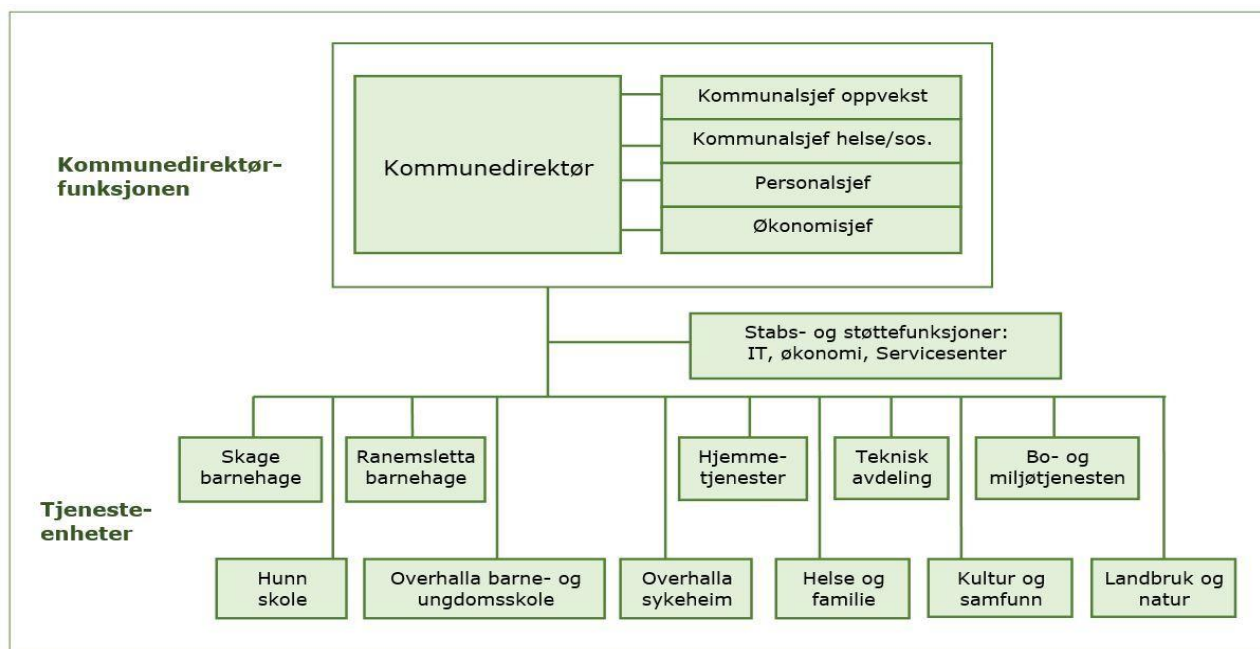
Sykeheimen: Medarbeidersamtaler og personalmøter gjennomføres etter plan. Nærværstatistikk 8,1%, nærværsoppfølging gjøres fortløpende. Utfordrende å rekruttere kompetanse. Fagdager gjennomført i juni og ansatte oppfordres til å ta relevant utdanning ut fra kompetanseplan. Årsturnus. Prosessen med oppgavedeling fortsetter. Kartlegging av tidsbruk på sykepleieroppgaver skal gjennomføres tidlig i september.

Hjemmetjenester: Forebyggende hjemmebesøk startet opp og fullføres i løpet av høsten. Sykefravær mai-juli: 6,93%. Gjennomført opplæring vedr forebygging av vold og trusler, velferdsteknologiens ABC, utarbeidet bedre rutiner for opplæring vikarer/nyansatte. Kontinuerlig oppfølging i turnusprogrammet Notus, personalmøter etter plan, HMS-gjennomgang i samarbeidsutvalg. 45 meldte avvik i mai-juli, derav 17 legemiddelhåndtering, 8 fall og 10 ikke gitt tjenestetilbud som er tildelt. Gjennomgang i alle primærgrupper om kartlegging av pårørendebelastning. Kontinuerlig fokus på bruk av teknologi i tjenesten.

I revisors risiko- og vesentlighetsvurdering (2020) for område helse- og omsorg i Overhalla kommune ble det pekt på avviksoppfølging som den største risikoen på området.

I revisors løpende risikovurdering er det blant annet beskrevet høy risiko knyttet til kompetanse og rekruttering. Risiko ved bruk av velferdsteknologi knyttet til gjennomføring, personvern og potensiell svikt i systemer og risiko for manglende samtykke ved bruk av velferdsteknologi.

2.3 Kommunens organisering



Kilde: kommunens hjemmeside

Fagområdet helse og omsorg ledes av kommunalsjef og er organisert i fire enheter:

- Sykehjem med 35 plasser, fordelt på 3 avdelinger (71 ansatte)
- Hjemmetjeneste med 95-110 brukere (30 ansatte)
- Helse og familie (33 ansatte)
- Bo- og miljøtjenesten for mennesker med ulike funksjonsnedsettelse (49 ansatte)

I denne forvaltningsrevisjonen er det sykehjem og hjemmetjenesten som er aktuelle for gjennomgang.

3 PROSJEKTDESIGN

Nedenfor avgrenses prosjektet og revisor går nærmere inn på problemstillingen i prosjektet. Aktuelle kilder til revisjonskriteriene er nevnt og metode for innsamling av data er beskrevet.

I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring er plikten til å **planlegge** virksomhetens oppgaver beskrevet i §6, herunder stilles det krav om ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten. Det skal videre planlegges hvordan risiko kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt. Lederen skal ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, jf. § 6f. I veilederen til overnevnte forskrift utdypes ansvaret øverste leder har for å sikre at medarbeiderne har kunnskap og ferdigheter til å utføre oppgavene sine.

Forskriftens § 7 omhandler plikten til å **gjennomføre** virksomhetens aktiviteter, herunder sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres. Sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet

Videre skal ledelsen utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

I forskriftens § 8 omhandles plikten til å **evaluere** virksomhetens aktiviteter, herunder vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Ledelsen skal evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen, gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges

Ledelsen skal også minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

§ 9 omhandler plikten til å **korrigere** virksomhetens aktiviteter, herunder rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold. Ledelsen skal sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres.

Videre skal nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak forbedres for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Rapporten vil vurdere kommunens internkontrollsystem og oppfølging av dette, beskrive pleie- og omsorgstjenestens implementering og bruk av kvalitetssystemet Compilo, samt vurdere pleie- og omsorgstjenestens arbeid med kompetanse, sykefravær og arbeidsmiljø.

3.1 Problemstilling

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

Herunder:

- gjennomføring og bruk av risikovurderinger
- avvikshåndtering og oppfølging
- ressurser og organisering
- bruk av kompetanse
- sykefravær og arbeidsmiljø

3.2 Avgrensning

Av hensyn til både ressurser og leveringstid vil det være nødvendig å avgrense datainnsamlingen og analyser i forvaltningsrevisjonen.

Revisor vil avgrense datainnsamlingen til å gjelde en undersøkelse som omfatter implementering og bruk av internkontrollsystemet med avvikssystem, samt vurdering av sykefraværsarbeidet og kommunens arbeid og ressurser for å rekruttere og beholde nødvendig kompetanse innen helse- og omsorgstjenestene for å oppfylle kvalitetsforskriftens krav.

3.3 Kilder til kriterier

Revisjonskriteriene vil utledes fra følgende kilder:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven 2011)
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv. (Kvalitetsforskriften)
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten av 01.01.2017
- IS-2620: Ledelse og kvalitetsforbedring. Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse – og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet 2017)
- IS -1201: Kvalitet i pleie – og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie – og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven (Sosial- og helsedirektoratet 2004)
- IS-1162: ... Og bedre skal det bli! Veileder i nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (Sosial og helsedirektoratet 2005)
- Kommunale planer for helse- og omsorg

3.4 Metoder for innsamling av data

Revisor vil benytte seg av følgende metoder for datainnsamling:

- Oppstartsmøte med kommunedirektør
- Dokumentgjennomgang av kommunens rutiner, planer, sjekklister, maler, avvik osv.
- Intervju med ledere og ansatte ved institusjonene (inkl tillitsvalgte/verneombud)
- Spørreundersøkelse/spørsmål per epost ved behov

4 PROSJEKTORGANISERING

4.1 Prosjektteam

Oppdragsansvarlig revisor	Mette Sandvik
Prosjektmedarbeider	Marit Ingunn Holmvik
Kvalitetssikrer	Merete Montero
Kvalitetssikrer	Line Johnsen Wirum

4.2 Milepælsplan

Bestillingsdato	Dato
Prosjektplan til sekretær	2.6.23
Oppstartsmøte	Uke 47 (2023)
Datainnsamling ferdig	15.2.24
Rapport til uttalelse	1.3.24
Rapport til sekretær	29.3.24

Brekstad, 2.6.23

Mette Sandvik

Oppdragsansvarlig revisor



Hovedkontor: Brugata 2, Steinkjer

Tlf. 907 30 300 - www.revisjonmidtnorge.no

Prosjekt nr: 1262

Kommune: Overhalla

Vurdering av uavhengighet - revisors egenvurdering i forbindelse med forvaltningsrevisjonsprosjekt:

Internkontroll i pleie- og omsorg

Hovedreferanse:

Kommuneloven § 24-4
Forskrift om kontrollutvalg og revisjon kapittel 3
RS 200 --- Formål og generelle prinsipper for revisjon av regnskaper pkt. 4
RS 220 -- Vilkår for revisjonsoppdrag pkt. 4, 12-13
RS 300 -- Planlegging av revisjon av regnskaper pkt. 6
Standard for forvaltningsrevisjon RSK 001 pkt. 8

Ansettelsesforhold:	<i>Undertegnede har ikke ansettelsesforhold i andre stillinger enn Revisjon Midt-Norge SA</i>
Medlem i styrende Organer	<i>Undertegnede er ikke medlem av styrende organ i noen virksomhet som ovenfor nevnte kommune deltar i.</i>
Delta eller inneha funksjoner i annen virksomhet, som kan føre til interessekonflikt eller svekket tillit	<i>Undertegnede deltar ikke i eller innehar funksjoner i annen virksomhet som kan føre til interessekonflikt eller svekket tillit til rollen som revisor.</i>
Nærstående	<i>Undertegnede har ikke nærstående som har tilknytning til ovenfor nevnte kommune som har betydning for uavhengighet og objektivitet.</i>
Rådgivnings- eller andre tjenester som er egnet til å påvirke revisors habilitet	<i>Før slike tjenester utføres foretas en vurdering av rådgivningens eller tjenestens art i forhold til revisors uavhengighet og objektivitet. Dersom vurderingen konkluderer med at utøvelse av slik tjeneste kommer i konflikt med bestemmelsen i forskriften § 18, skal revisor ikke utføre tjenesten. Hvert enkelt tilfelle må vurderes særskilt.</i> <i>Revisor besvarer løpende spørsmål/henvendelser som er å betrakte som veiledning og bistand og ikke revisjon. Paragrafen sier at også slike veiledninger må skje med varsomhet og på en måte som ikke binder opp revisors senere revisjons- og kontrollvurderinger.</i> <i>Undertegnede har ikke ytet rådgivnings- eller andre tjenester overfor ovenfor nevnte kommune som kommer i konflikt med denne bestemmelsen.</i>
Tjenesten under kommunens egne ledelses- og kontrolloppgaver	<i>Undertegnede har ikke ytet tjenester overfor ovenfor nevnte kommune som hører inn under kommunens egne ledelses- og kontrolloppgaver.</i>
Opptre som fullmektig for den revisjonspliktige	<i>Undertegnede opptrer ikke som fullmektig for ovenfor nevnte kommune.</i>
Andre særegne forhold	<i>Undertegnede kjenner ikke til andre særegne forhold som er egnet til å svekke tilliten til uavhengighet og objektivitet.</i>

Brekstad 02.06.2023

Mette Sandvik
Oppdragsansvarlig revisor

Dokumentet er signert digitalt av:

• METTE SANDVIK, 02.06.2023

Forseglet av



Posten Norge

Referatsaker juni 23

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Overhalla kommune

Møtedato

06.06.2023

Saknr

13/23

Saksbehandler Einar Sandlund

Arkivkode FE-033

Arkivsaknr 20/177 - 44

Forslag til vedtak

Referatene tas til orientering

Vedlegg

Kommuneundersøkelsen 2023

Kjønnsmessig balanse så langt det er mulig

AS med kommunedirektør som daglig leder kan føre til inhabilitet

Saksopplysninger

Det kan bli fremlagt ytterligere referater i møtet

Vurdering

Referatene anbefales tatt til orientering

Kommuneundersøkelsen 2023

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) har siden 2002 gjennomført spørreundersøkelser om kommunenes samfunnssikkerhetsarbeid.

Datainnsamlingen for Kommuneundersøkelsen 2023 pågikk i perioden 9. januar til 6. februar 2023. Totalt svarte 320 kommuner på undersøkelsen, hvilket gir en svarprosent på 90.

[Resultater fra Kommuneundersøkelsen 2023 \(PDF\)](#)

[Rådata for Kommuneundersøkelsen 2023](#)

[Spørreskjema for Kommuneundersøkelsen 2023](#)

Om kommuneundersøkelsen

Fra Sivilbeskyttelsesloven og forskrift om kommunal beredskapsplikt trådte i kraft har spørsmålene i Kommuneundersøkelsen vært nært knyttet opp til formuleringen i dette regelverket. Dette gjør det mulig å følge utviklingen over tid når det gjelder kommunenes etterlevelse av kravene. Datamaterialet er å regne som en egenrapportering. Rapporter fra fylkesmennenes tilsyn med kommunene er en annen viktig kilde til informasjon.

Kommuneundersøkelsen sier noe om status på det systematiske samfunnssikkerhetsarbeidet, men ikke noe om kommunens krisehåndteringsevne.

Kommuneundersøkelsen er en populasjonsundersøkelse. Det innebærer at vi ber alle landets kommuner om å svare, og ikke bare et utvalg. Undersøkelsen sendes til beredskapskoordinator/beredskapsansvarlig i kommunen. Ved eventuelle feil- og fraværsmeldinger blir det tatt kontakt med kommunen for å be om en ny kontaktperson.

Fylkesberedskapssjefene bistår DSB i å skaffe kontaktinformasjon og i å oppmuntre kommunene til å svare. Sammen bidrar dette til en svært høy svarprosent. Tallene i undersøkelsen gir derfor et godt grunnlag for å si noe om status på samfunnssikkerhetsarbeidet i kommunene.

Undersøkelsen gjennomføres som en elektronisk surveyundersøkelse i spørreundersøkelsesverktøyet SurveyXact. Alle svar i undersøkelsen registreres og behandles elektronisk, noe som minimerer tilfeldige målefeil.

Kjønnsmessig balanse «så langt det er mulig»

Kommunal Rapport 22.05.2023 Jan Fridthjof Bernt, professor emeritus ved Universitetet i Bergen.

Hva skjer med kravet til kjønnsmessig balanse når kun ett kjønn er representert på valglista?

SPØRSMÅL: Det er enkelte partier som kommer til å levere kandidatlistene til høstens valg med kun et kjønn representert. Slik jeg forstår det er det ikke noe krav om at kandidatlista må inneholde begge kjønn. Hva skjer så etter valget når partiene skal stille lister til de ulike utvalgene og i kommunestyret, hvor det er krav til minimum 40 prosent av hvert kjønn?

SVAR: For formannskapet og kommunestyrekomiteer gjelder kravet om kjønnsmessig balanse bare «så langt det er mulig», se [kommunelovens § 7-5 andre avsnitt](#), siste setning. Valgbar til disse organene er bare medlemmer av kommunestyret, se [§ 5-6 andre avsnitt](#), første setning, og [§ 5-9](#) andre avsnitt.

For alle andre folkevalgte organer må partiene om nødvendig sørge for at lovens regler om kjønnsmessig balanse oppfylles, om nødvendig ved å foreslå kandidater som ikke er medlem av kommunestyret.

AS med kommunedirektør som daglig leder kan føre til inhabilitet

Kommunal Rapport 08.05.2023 Jan Fridthjof Bernt, professor emeritus ved Universitetet i Bergen.

Blir det habilitetsproblemer når kommunen lager investeringsselskap med kommunedirektør som sjef og kommunestyret som generalforsamling?

SPØRSMÅL: Kommunen har opprettet et kommunalt investeringsselskap (AS) der kommunedirektøren er daglig leder, formannskapet utgjør styret og kommunestyret er generalforsamling.

Hvilke habilitetsproblemer vil kunne oppstå hos eier (dvs. kommunen) når det gjelder saksbehandling i administrasjonen og i behandling av saker de politiske organer når disse skal ta stilling til saker som gjelder (om-)organisering, aksjeutvidelser i og utlån til investeringsselskapet mm?

SVAR: Dette kan bli vanskelig av flere grunner:

Både formannschaftsmedlemmene og kommunedirektøren vil bli inhabile i alle saker i kommunen der selskapet er part, se [forvaltningsloven § 6 første avsnitt, bokstav e](#), om inhabilitet for den som er leder eller har ledende stilling, eller er medlem av styret, i et selskap som er part i saken. Dette gjelder ikke bare for vedtak, men også på alle trinn i saksbehandlingen i kommunen.

Og når kommunedirektøren er inhabil, vil også alle underordnede tilsatte være inhabile til å treffe «avgjørelse i saken», ([forvaltningsloven § 6 tredje avsnitt](#)), noe som også må omfatte det å legge fram innstilling til annet folkevalgt organ i sak til behandling der. Det vil da også gjelde sak om utlån fra kommunen til selskapet. Samlet betyr det at i praksis vil det ikke være mulig å bruke formannskapet som styre eller kommunedirektøren som daglig leder av selskapet.

Vedtak om organisering og aksjeutvidelser er som alminnelig regel ikke kommunale saker, men behandles i aksjeselskapets organer. Forvaltningslovens regler om inhabilitet gjelder ikke der, men hvis det er tale om vedtak som berører enkeltpersoners eller nærstående tilsettingsforhold eller økonomiske interesser, vil det forventes at man følger inhabilitetsreglene i forvaltningsloven i aksjeselskapet, og at kommunen gjennom sin eierposisjon påser at dette skjer. Dette gjelder i alle selskapets organer og da på lik linje for kommunalt tilsatte eller folkevalgte, og alle andre.

Endelig er det problemer ved å benytte kommunestyret som generalforsamling i selskapet. Generalforsamlingen er det øverste organet i et aksjeselskap, se [aksjeloven § 5-1](#): «Gjennom generalforsamlingen utøver aksjeeierne den øverste myndighet i selskapet».

Kommunestyret er ikke et selskapsorgan etter aksjeloven, men et organ for kommunen som eier. De bestemmer hvem de vil utpeke til å møte i selskapets generalforsamling. Men i og med at selskapet bare har én eier – kommunen – vil den eller de som møter der for kommunen, møte med bundet mandat – i siste

instans fastsatt av kommunestyret, og må stå for ett samlet standpunkt på vegne av kommunen i de sakene som behandles.

I praksis kan disse to funksjonene langt på vei flyte over i hverandre, ved at kommunestyret møter på generalforsamlingen og treffer vedtak om hva de som møter på vegne av kommunen som eier, skal mene der. Men på det formelle plan må man også her holde fast ved at generalforsamling og kommunestyret er to ulike organer.

Vedtak i generalforsamlingen treffes ikke av kommunestyret, heller ikke der det er fastsatt at generalforsamlingen skal utgjøres av medlemmene av kommunestyret. I dette møtet er det reglene i aksjeloven og ikke kommuneloven som gjelder.

Godkjenning av protokoll

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Overhalla kommune

Møtedato

06.06.2023

Saknr

14/23

Saksbehandler Einar Sandlund

Arkivkode FE-033, TI-&17

Arkivsaknr 23/228 - 2

Forslag til vedtak

Protokollen godkjennes

Saksopplysninger

Protokollen gjennomgås i møtet.

Vurdering

Protokollen anbefales godkjent