SKS SUNNMØRE KONTROLLUTVAL-SEKRETARIAT

Innkalling

Utval	Fjord kontrollutval
Møtestad	kommunestyresalen, rådhuset Valldalen
Dato	01.02.2022
Tidspunkt	kl 10:00

Den som har lovleg forfall eller vil ha vurdert habilitet til ei eller fleire av sakene, må melde frå snarast mogleg til sekretariatet på e-post: post@sksiks.no eller på telefon 92611735

Varamedlem møter etter nærare innkalling.

Sakliste

PS 01/22	Godkjenning av innkalling og sakliste, protokoll frå forrige møte
PS 02/22	Orienteringar
OS 01/22	Orientering om varslingsrutinane i Fjord kommune
PS 03/22	Meldingar
MS 01/22	Kontrollutvalshandboka i ny utgåve
MS 03/22	Tilsynsrapport - tvungen somatisk helsehjelp 2021 - Helsetilsynet
MS 02/22	Tilsynsrapport undersøkingar i barnevernet 2021 Fjord og Ålesund kommune
PS 04/22	Årsmelding 2021 Fjord kontrollutval
PS 05/22	Interimrevisjon Fjord kommune 2021

Ålesund, 25.01.2022

Jonas Falch
Leiar kontrollutval

Bjørn Tømmerdal
Dagleg leiar SKS IKS

SUNNMØRE KONTROLLUTVAL-SEKRETARIAT

Vår ref.	22/31 - 1
Saksbehandlar	Bjørn Tømmerdal
Dato	21.01.2022

Saksframlegg

Saksnr.	Utval	Møtedato
PS 01/22	Fjord kontrollutval	01.02.2022

Godkjenning av innkalling og sakliste, protokoll frå forrige møte

Tilråding til vedtak:
Kontrollutvalet godkjenner innkalling og sakliste, samt møteprotokoll frå forrige møte slik den ligg føre.

Vedlegg
Protokoll - Fjord kontrollutval - 16.11.2021

SUNNMØRE KONTROLLUTVAL-SEKRETARIAT

Møteprotokoll

Utval	Fjord kontrollutval
Møtestad	Rådhuset Valldal, kommunestyresalen
Dato	16.11.2021
Tidspunkt	kl 10:00 - 11:30

Frammøtte
Gudmund Relling
Jonas Falch
Nina Grøndahl
Solveig Linge Stakkestad
Tanja Mathiesen

Møtenotat
Frå administrasjonen deltok kommunedirektør Karl Andre Birkhol. Frå kommunerevisjonen deltok oppdragsansvarleg revisor Ronny Rishaug. Frå sekretariatet deltok rådgjevar Bjørn Tømmerdal.

På sitt neste møte ønskjer kontrollutvalet ei orientering kring komunen sine varslingsrutinar.

Jonas Falch
Leiar kontrollutval

Bjørn Tømmerdal
Dagleg leiar SKS IKS

Sakliste

PS 15/21	Godkjenning av innkalling og sakliste, protokoll frå forrige møte
OS 01/21	Barnevernreforma 2022 - Status Fjord kommune
MS 01/21	Erklæring om oppdragsansvarleg revisor sitt sjølvstende 2021
MS 02/21	Statusoppfølging av forvaltningsrevisjon - Fjord kommune
PS 16/21	Revisjon og kommunikasjonsplan 2021
PS 17/21	Forenkla etterlevelseskontroll 2021
PS 18/21	Møteplan Fjord kontrollutval 2022

PS 15/21 Godkjenning av innkalling og sakliste, protokoll frå forrige møte

Tilråding til vedtak:
Kontrollutvalet godkjenner møtebok frå forrige møte slik den ligg føre.

Fjord kontrollutval 16.11.2021

Behandling

Votering: samrøystes

FKU - 15/21 vedtak

Kontrollutvalet godkjenner møtebok frå forrige møte slik den ligg føre.

OS 01/21 Barnevernreforma 2022 - Status Fjord kommune

Tilrådning til vedtak:

Kontollutvalet tek orienteringa til vitande.

Fjord kontrollutval 16.11.2021

Behandling

FKU - 01/21 vedtak
Kontollutvalet tek orienteringa til vitande.

MS 01/21 Erklæring om oppdragsansvarleg revisor sitt sjølvstende 2021

Tilrådning til vedtak:
Kontrollutvalet tek meldinga til vitande.

Fjord kontrollutval 16.11.2021

Behandling

Votering: samrøystes

FKU - 01/21 vedtak

Kontrollutvalet tek meldinga til vitande.

MS 02/21 Statusoppfølging av forvaltningsrevisjon - Fjord kommune

Tilrådning til vedtak:
Kontollutvalet tek orienteringa til vitande.

Fjord kontrollutval 16.11.2021

Behandling

Votering: samrøystes

FKU - 02/21 vedtak

Kontollutvalet tek orienteringa til vitande.

PS 16/21 Revisjon og kommunikasjonsplan 2021

Tilråding til vedtak:

Fjord kontrollutval tek framlagte revisjon og kommunikasjonsplan 2021 til vitande.

Fjord kontrollutval 16.11.2021

Behandling

Votering: samrøystes

FKU - 16/21 vedtak

Fjord kontrollutval tek framlagte revisjon og kommunikasjonsplan 2021 til vitande.

PS 17/21 Forenkla etterlevelseskontroll 2021

Tilråding til vedtak:

Fjord kontrollutval tek framlagte plan for etterlevelseskontroll 2021 til vitande.

Fjord kontrollutval 16.11.2021

Behandling

Votering: samrøystes

FKU - 17/21 vedtak

Fjord kontrollutval tek framlagte plan for etterlevelseskontroll 2021 til vitande.

PS 18/21 Møteplan Fjord kontrollutval 2022

Tilråding til vedtak:

Kontrollutvalet i Fjord kommune vedtar følgande møter for kalenderåret 2022:

tysdag 1. februar, tysdag 22. mars, onsdag 1. juni, onsdag 7. september, tysdag 15. november

Fjord kontrollutval 16.11.2021

Behandling

votering: samrøystes

FKU - 18/21 vedtak

Kontrollutvalet i Fjord kommune vedtar følgande møter for kalenderåret 2022:

tysdag 1. februar, tysdag 22. mars, onsdag 1. juni, onsdag 7. september, tysdag 15. november.

SUNNMØRE KONTROLLUTVAL-SEKRETARIAT

Vår ref. 22/31 - 2
Saksbehandlar Bjørn Tømmerdal
Dato 21.01.2022

Saksframlegg

Saksnr.	Utval	Møtedato
PS 02/22	Fjord kontrollutval	01.02.2022

Orienteringar

Tilråding til vedtak:
Kontrollutvalet tek orienteringane til vitande.

Underliggande saker

01/22	Orientering om varslingsrutinane i Fjord kommune

SUNNMØRE KONTROLLUTVAL-SEKRETARIAT

Vår ref. 22/17 - 1
Saksbehandlar Bjørn Tømmerdal
Dato 21.01.2022

Saksframlegg

Saksnr.	Utval	Møtedato
OS 01/22	Fjord kontrollutval	01.02.2022

Orientering om varslingsrutinane i Fjord kommune

Tilråding til vedtak:

Kontollutvalet tek orienteringa til vitande.

På forrige møte i Fjord kontrollutval (16.11.2021) bad utvalet om å få ei orientering om varslingsrutinane i kommunen. Det blei diskutert med kommunedirektøren ka for områder ein ønskja å få belyst.
Kommunedirekktør Karl Andre Birkhol har bekrefta at kontrollutvalet vil få ei slik orientering på sitt møte 1. februar 2022.

SUNNMØRE KONTROLLUTVAL-SEKRETARIAT

Vår ref. 22/31 - 3
Saksbehandlar Bjørn Tømmerdal
Dato 21.01.2022

Saksframlegg

Saksnr.	Utval	Møtedato
PS 03/22	Fjord kontrollutval	01.02.2022

Meldingar

Underliggande saker

01/22	Kontrollutvalshandboka i ny utgåve
03/22	Tilsynsrapport - tvungen somatisk helsehjelp 2021 - Helsetilsynet
02/22	Tilsynsrapport undersøkingar i barnevernet 2021 Fjord og Ålesund kommune

SUNNMØRE KONTROLLUTVAL-SEKRETARIAT

Vår ref. 22/23 - 1
Saksbehandlar Bjørn Tømmerdal
Dato 11.01.2022

Saksframlegg

Saksnr.	Utval	Møtedato
MS 01/22	Fjord kontrollutval	01.02.2022

Kontrollutvalshandboka i ny utgåve

Tilråding til vedtak:

Kontrollutvalet tek meldinga til vitande.

Ein velfungerande eigenkontroll styrkjer innbyggjarane sin tillit til kommunen og er viktig for å sikre effektiv og rett bruk av ressursane. Aktørane i eigenkontrollen er kommunestyret, kontrollutvalet saman med sekretariatet, kommunedirektøren og revisor. Ein god eigenkontroll krev samspel mellom desse. For at dette samspelet skal fungere, er det naudsynt at aktørane kjenner både si eiga og kvarandre sine roller. Målet med denne rettleiaren er å skape større forståing for rolla og oppgåvene til kontrollutvalet og å medverke til eit godt samspel mellom dei ulike aktørane.

I denne rettleiaren gjer departementet greie for si generelle forståing av kommunelova og dei aktuelle forskriftene. Kommunane og fylkeskommunane har eit sjølvstendig ansvar når dei brukar lova, og for vedtaka sine.

Første utgåve av rettleiaren blei utarbeidd av Deloitte på oppdrag frå departementet. Denne tredje utgåva er oppdatert av departementet i samarbeid med Forum for kontroll og tilsyn og Norges Kommunerevisorforbund. Sidan denne andre utgåva blei publisert, er det vedteke ny kommunelov og nye forskrifter. Dette er innarbeidd i den nye utgåva. Også andre oppdateringar er gjorde.

Førebels finn ein boka som eit elektronisk dokument på:

https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/kontrollutvalsboka/id2893214/

Når boka kjem som trykt eksemplar vil medlemmane i kontrollutvala få ho utdelt.

Kilde: Kommunal- og moderniseringsdepartementet

SUNNMØRE KONTROLLUTVAL-SEKRETARIAT

Vår ref. 21/145 - 3
Saksbehandlar Bjørn Tømmerdal
Dato 21.01.2022

Saksframlegg

Saksnr.	Utval	Møtedato
MS 03/22	Fjord kontrollutval	01.02.2022

Tilsynsrapport - tvungen somatisk helsehjelp 2021 - Helsetilsynet

Tilråding til vedtak:

Kontrollutvalet tek meldinga til vitande.

Bakgrunn:

Det vert gjennomført statleg tilsyn med kommunar på ei rekkje ulike områder. Statleg tilsyn og kommunal eigenkontroll har det til felles at dei skal medverke til at kommunen løyser sine oppgåver innanfor rammene av lover og forskrifter. Det er nyttig for kontrollutvalet å vere orienterte om kva arbeid som er gjort knytt til statlege tilsyn, slik at dei kan bruke informasjonen inn i eige arbeid. Der kan vere synergiar og kompetanseoverføring frå eit tilsyn som kontrollutvalet kan nytte når utvalet skal bestille forvaltningsrevisjon, eigarskapskontroll eller andre kontrollhandlingar.

Statsforvaltaren sin konklusjon:

Kommunen har ikkje oversikt over områder innan tvungen helsehjelp kor det er risiko for svikt eller mangel.Kommunen har ikkje tydeleg fordelt ansvar, oppgåver og mynde, då dette ikkje i tilstrekkeleg grad er gjort kjent for dei tilsette. Kommunen sikrar ikkje at vedtekne prosedyrar er kjent blant dei tilsette og at dei vert nytta i praksis.Kommunen sikrar ikkje at dei tilsette har naudsynt kompetanse knytt til pasient- og brukarrettslova kapittel 4 og 4A. Då er det fare for at pasientaneikkje får forsvarleg helsehjelp. Kommunen sikrar ikkje at vedtak vert vurdert når pasienten manglar samtykkekompetane og motset seg helsehjelp.Kommunen følger ikkje med på at iverksette tiltak blir følgt i praksis, fungerer etter hensikta si og eventuelt blir korrigert.Det som er nemnt ovanfor er brot på helse- og omsorgstenestelova §§ 3-1 tredje ledd og 4- 1, jf. helsepersonellova §§ 39 og 40, samt pasient- ogbrukarrettslova § 4A-3. Statsforvaltaren viser og til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6 - 9.

Vedlegg
Tilsynsrapport - tvungen somatisk helsehjelp 2021 - Helsetilsynet

TILSYNSRAPPORT

Tilsynsrapport – tvungen somatisk helsehjelp 2021

Tidsrom for tilsynsbesøket:
03.11.21 – 05.11.21

Statsforvaltaren i Møre og Romsdal 17.12.2021

Innholdsfortegnelse

1. Tema og omfang for tilsynet
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

3. Framstilling av faktagrunnlaget
4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag
5. Statsforvaltarens konklusjon

Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

Alle tilsynsrapporter fra dette landsomfattende tilsynet

Statsforvaltaren gjennomførte tilsyn med Fjord kommune 03.11.21 – 05.11.21. Vi håpar at tilsynet vert oppfatta som eit bidrag til vidare utviklingsarbeid på området, og takkar dei tilsette og leiinga i Fjord kommune for måten vi vart møtt på.

Vi undersøkte om Fjord kommune sørgjer for at helsehjelp som blir gitt til tross for motstand ved sjukeheimen vert utført i samsvar med aktuelle lovkrav slik at pasientane får trygge og gode tenester.

Tilsynet vart gjennomført som del av eit landsomfattande tilsyn initiert av Statens helsetilsyn.

Førebels rapport er sendt til kommunen for justering av eventuelle feil, men vi har ikkje fått tilbakemelding om feil.

Statsforvaltaren sin konklusjon:

Kommunen har ikkje oversikt over områder innafor tvungen helsehjelp kor det er risiko for svikt eller mangel.

Kommunen har ikkje tydeleg fordelt ansvar, oppgåver og mynde, då dette ikkje i tilstrekkeleg grad er gjort kjent for dei tilsette. Kommunen sikrar ikkje at vedtekne prosedyrer er kjent blant dei tilsette og at dei vert nytta i praksis.

Kommunen sikrar ikkje at dei tilsette har naudsynt kompetanse knytt til pasient- og brukarrettslova kapittel 4 og 4A. Då er det fare for at pasientane ikkje får forsvarleg helsehjelp. Kommunen sikrar ikkje at vedtak vert vurdert når pasienten manglar samtykkekompetane og motsett seg helsehjelp.

Kommunen følger ikkje med på at iverksette tiltak blir følgt i praksis, fungerer etter hensikta si og eventuelt blir korrigert.

Det som er nemnt ovanfor er brot på helse- og omsorgstenestelova §§ 3-1 tredje ledd og 4- 1, jf. helsepersonellova §§ 39 og 40, samt pasient- og brukarrettslova § 4A-3. Vi viser og til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6 - 9.

Statsforvalteren ber om at Fjord kommune sender oss ein plan for korleis lovbrotet skal rettast. I tilbakemeldinga bør det går fram:

- Kva tiltak som er gjennomført eller skal bli gjennomført, samt tidsfristar for å setje i verk og kven som har ansvaret
- Korleis leiinga vil følgje med på og følgje opp at planlagde tiltak blir sett i verk og fungerer slik at praksis blir varig endra

Statsforvaltaren ber om tilbakemelding innan 14.02.22.

1. Tema og omfang for tilsynet

I dette kapittelet skildrar vi kva som vart undersøkt i tilsynet.

Det landsomfattande tilsynet med kommunale helse- og omsorgstenester i 2020/2021 er retta mot kommunen si praktisering av tvungen somatisk helsehjelp.

Statsforvaltaren har undersøkt om kommunen sikrar at pasientar som manglar samtykkekompetanse får nødvendig helsehjelp, og at helsehjelpa så langt som råd blir gitt utan bruk av tvang.

Undersøkingane har vore retta mot kommunen sine helsetenester i sjukeheim og gjeld følgande område:

1. om pasientar sin motstand mot helsehjelp blir fanga opp
2. om motstand frå pasientar blir følgd opp med tillitsskapande tiltak
3. om pasientar sin samtykkekompetanse blir vurdert og den som er ansvarleg for helsehjelpa vurderer om helsehjelpa skal bli gjennomført med tvang
4. om tvungen helsehjelp fortløpande blir evaluert i gjennomføringsperioden.

Statsforvaltaren har gjennomført tilsynet som systemrevisjon. Det inneber at vi har undersøkt korleis kommunen styrer og leier helsetenesta og helsepersonellet sin praktisering av tvungen somatisk helsehjelp, og om dei aktuelle lovkrava blir oppfylt. Synfaring og formøte vart gjennomført ved Valldal sjukeheim, tilstades var også leiar for Stordal Informasjonsmøte, oppsummeringsmøte og intervju vart gjennomført digitalt.

Statsforvaltaren legg vekt på brukarmedverknad, og vi har difor invitert pasientar og pårørande til informasjonsmøte, samt gjennomført samtale med fleire pårørande. Vi har også vært i kontakt med eldrerådet i kommunen.

2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

Statsforvalteren er gitt mynde til å føre tilsyn med kommunal helse- og omsorgstjeneste, etter helse- og omsorgstjenestelova § 12-3 og helsetilsynslova § 4 andre ledd.

For dette tilsynet er det undersøkt om kommunen oppfyller krav i:

- Pasient- og brukarrettslova (pbrl.)
- Helse- og omsorgstenestelova (hol.)
- Helsepersonellova (hpl.)
- Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta
- Forskrift om pasientjournal

Eit tilsyn er kontroll av om verksemda sin praksis er i samsvar med gjeldande reglar i lov- og forskrift. Vi gir derfor her ei oversikt over krava som vart lagt til grunn i tilsynet.

2.1 Kommunen si plikt til systematisk leiing og kvalitetsforbetring

Kommunen har ei generell plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere verksemda slik at omfang og innhald av tenesta er i samsvar med lov og forskrift, jf. hol. § 3-1 tredje ledd. Desse styringskrava må bli sett i samanheng med internkontrollplikta etter helsetilsynslova § 5. Dei må vidare bli sett i samanheng med ansvaret for å tilby og yte forsvarlege helse- og omsorgstenester, og med plikta til å arbeide systematisk for kvalitetsforbetring og pasient- og brukartryggleik, jf. hol. §§ 4-1 og 4-2.

Innhaldet i styringskrava er nærare regulert i forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta. Internkontroll blir i forskrifta omtalt som styringssystem.

Styringssystemet er summen av dei aktivitetar, system og prosessar som kommunen tar i bruk for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere tenestene, jf. forskrifta §§ 6-9.

Styringssystemet skal være tilpassa kommunen sin størrelse, eigenart, aktivitetar og risikoforhold, og ha det omfang som er nødvendig, jf. forskrifta § 5. Tilsvarande gjeld for i kva grad kommunen skal dokumentere styringsaktivitetane.

I dette tilsynet har vi hatt merksemd på følgande styringskrav:

2.1.1 Kommunen har oversikt over område innanfor tvungen helsehjelp der det er risiko for svikt eller mangel på etterleving av myndigheitskrav, § 6d

Det inngår i plikta til å planlegge og også ha oversikt over område der det er risiko for svikt. Tvungen helsehjelp er eit risikoområde som krev skjerpa merksemd på risikostyring og risikohandtering. For at kommunen skal ha grunnlag for å velje styringstiltak som reduserer risiko, må kommunen ha oversikt over kvar det er risiko og sårbarheit i eiga verksemd.

2.1.2 Kommunen har klar fordeling av ansvar, oppgåver og mynde jf. §§ 6a og 7a

Kommunen skal ha ei klar organisering av helsetenestene og organiseringa skal være kjend for dei tilsette. Uklar organisering og fordeling av ansvar og oppgåver mellom ulike tenester og mellom helsepersonell er ei hyppig årsak til svikt i tenestene. På området tvungen helsehjelp er det ofte fleire helsepersonell som yter helsehjelp til same pasient, men med ulik kompetanse. Det er då heilt vesentleg å ha ei klar fordeling av ansvar, oppgåver og mynde for å redusere svikt.

2.1.3 Kommunen sikrar at helsepersonell har tilstrekkeleg kunnskap og kompetanse til å utføre oppgåvene sine, §§ 6f og 7b

For å kunne organisere helsetenesta og fordele ansvar og oppgåver, treng kommunen kunnskap om kva kompetanse helsetenesta treng og kva kompetanse dei tilsette har. Kommunen har eit ansvar for at helsepersonell har naudsynt kunnskap og kompetanse om tvungen somatisk helsehjelp for å kunne etterleve krava i pbrl. kapittel 4A og for å kunne yte helsehjelpa på ein fagleg forsvarleg og god måte.

Tiltak for å sikre kompetanse skal være tilpassa den einskilde sitt ansvar og oppgaver.

2.1.4 Kommunen legg til rette for felles praksis, samarbeid og informasjonsutveksling, §§ 6c og 6d

Tvungen helsehjelp er eit område der det er behov for samarbeid, rutiner og informasjonsutveksling for å sikre forsvarleg og lik praksis.

Samarbeid og informasjonsutveksling mellom helsepersonell som yter helsehjelp til pasienten, og samarbeid mellom desse og den som er ansvarleg for helsehjelpa, er vidare ein føresetnad for å sikre at hjelpetilbodet til pasienten er føreseieleg og har kontinuitet. Samarbeid og informasjonsutveksling er vidare naudsynt for at helsepersonell har tilstrekkeleg med informasjon til å gjere forsvarlege helsefaglege vurderingar. Kommunen skal ha vurdert kva faglege og administrative rutinar, instruksar og avtaler som er naudsynte for å sikre lik praksis, samarbeid og informasjonsveksling på området tvungen helsehjelp. I dette inngår at kommunen har rutiner for dokumentasjon i pasientane sin journal, slik at opplysningar som er viktige for helsehjelpa er tilgjengeleg for dei som har tenestleg behov for det, og at dei enkelt kan finne opplysningane.

2.1.5 Følge med på at iverksette tiltak blir følgd i praksis, har effekt og eventuelt korrigerast, §§ 6g, 7e og §§ 8 og 9

Kommunen har ansvar for at iverksette aktivitetar blir gjennomført som planlagt og for å følge med på om dei er hensiktsmessige og fungerer etter hensikta. Kommunen sin kontroll kan til dømes skje gjennom intern rapportering, ved å ha oversikt over meldingar om svikt og mogelege forbetringsområde frå tilsette, oversikt over klager frå pasientar og pårørande og ved å bruke resultat frå pasientundersøkingar og eigne revisjonar.

Kommunen skal ha utpeikt kven som skal være overordna fagleg ansvarleg for tvungen helsehjelp. Den/dei som er utpeikt til å ha denne funksjonen, skal få kopi av vedtak om tvungen helsehjelp som er gjort i kommunen, og får gjennom vedtaka dermed viktig informasjon om kommunes praktisering av tvungen helsehjelp. Det er forventa at kommunen nyttar denne informasjonen i sin kontroll av praksis. Dersom kommunen gjennom sin kontroll avdekker manglar, skal kommunen iverksette nødvendige forbetringstiltak.

2.2 Krava som blir stilt til helse- og omsorgstenesta

I lovgivinga er det stilt ei rekke krav til kommunen si helse- og omsorgsteneste. Kommunen skal gjennom si styring og leiing sikre at desse krava blir oppfylt. Nedanfor er ei oversikt over dei krava som er undersøkt:

2.2.1. Nødvendige og forsvarlege helse- og omsorgstenester

Pasientar har rett til nødvendige helse- og omsorgstenester frå kommunen, jf. pbrl. § 2-1a andre ledd, og § 2-1 e. Kommunen har ei tilsvarande plikt til å gi slik hjelp etter hol. § 3-1, og aktuelt for dette tilsynet er helsehjelp under opphald på sjukeheim.

Helsehjelpa som blir ytt skal vere forsvarleg, jf. hol. § 4-1. Kravet om forsvarleg verksemd er ein rettsleg standard. Dette inneber at innhaldet i kravet blir bestemt av kva som til ei kvar tid er anerkjent fagkunnskap, faglege retningsliner og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Kravet til forsvarlege tenester set ikkje berre krav til den faglege kvaliteten, men også til at tenestene blir ytt i tide og har eit tilstrekkeleg omfang.

Det følgjer av hol. § 4-1 at kravet til forsvarlege tenester også omfattar at tenestetilbodet skal vere verdig, heilskapleg og koordinert. Dette må sjåast i samanheng med kommunen si plikt etter hol. § 3-4 første ledd til å legge til rette for samarbeid og samhandling mellom ulike deltenester i kommunen og med andre tenesteytarar.

2.3 Føresetnader og krav i pasient- og brukarrettslova kapittel 4A

For at pasient- og brukarrettslova kapittel 4A skal kunne gjelde, er det enkelte føresetnader som må vere oppfylte. Helsehjelpa må vere somatisk, pasienten må vere over 16 år, mangle samtykkekompetanse og motsetje seg helsehjelpa. Der føresetnadane er oppfylte, er det ei rekke vilkår som må vere oppfylt før helsehjelpa kan gjennomførast med tvang, og det er stilt særskilte krav til saksbehandlinga.

2.3.1 Samtykkevurderingar

Hovudregelen er at pasienten skal samtykke til helsehjelpa, jf. pbrl. § 4-1. Der det er usikkert om pasienten forstår konsekvensane av å ta imot eller nekte helsehjelpa, skal den som har det faglege ansvaret for helsehjelpa vurdere om pasienten manglar samtykkekompetanse etter pbrl. § 4-3. Dette vil ofte vere den same som skal gjere dei helsefaglege vurderingane etter pbrl. kapittel 4A. Fordi avgjerder om manglande samtykkekompetanse er ein premiss for å nytte tvungen helsehjelp, er det heilt vesentleg at pasienten sin samtykkekompetanse blir vurdert på ein forsvarleg måte.

2.3.2 Motstand mot helsehjelp

Pasientar kan vise motstand mot helsehjelp på ulike måtar. Helsehjelp som blir gjennomført sjølv om pasienten gjer motstand, er tvungen helsehjelp. Dersom pasienten manglar samtykkekompetanse, men ikkje gjer motstand mot helsehjelpa, gir pbrl. § 4-6 helsepersonell heimel til å ta avgjerd om kva helsehjelp pasienten skal ha.

2.3.3 Tillitsskapande tiltak

Tillitsskapande tiltak er tiltak som blir sett i verk for å få pasienten til frivillig å ta imot helsehjelpa. Det er eit vilkår om at tillitsskapande tiltak er prøvd før helsehjelpa blir gjennomført med tvang, med mindre det er openbert formålslaust å prøve slike tiltak, jf. pbrl. § 4A-3 første ledd.

2.3.4 Helsefaglege vurderingar

Ansvarleg for helsehjelpa skal gjere helsefaglege vurderingar av om vilkåra i § 4A-3 andre og tredje ledd er oppfylte. Desse vurderingane omfattar om helsehjelpa er nødvendig, noko som inneber at det omhandlar helsehjelp som pasienten har rett på etter pbrl. § 2-1 a andre ledd og om det å ikkje gi helsehjelpa kan føre til vesentleg helseskade. Vidare skal vurderingane omfatte om det planlagde tvangstiltaket står i forhold til behovet for helsehjelpa og at tvungen helsehjelp etter ei heilskapleg vurdering står fram som den klart beste løysinga for pasienten.

Dersom tiltaket er vurdert som eit alvorleg inngrep for pasienten, som til dømes tiltak som inneber inngrep i kroppen, bruk av reseptpliktige legemiddel, tvungen innlegging og tilbakehald på sjukeheim, skal ansvarleg for helsehjelpa samrå seg med anna kvalifisert personell, jf. § 4A-5 andre ledd. Så langt det er mogeleg skal helsepersonell innhente informasjon frå pasienten sine næraste pårørande om kva pasienten ville ha ønskt, før avgjerda om tvungen helsehjelp blir tatt, jf. § 4A-5 fjerde ledd.

2.3.5 Evaluering av tvungen helsehjelp

Helsepersonell skal etter § 4A-4 fjerde ledd evaluere den tvungne helsehjelpa fortløpande og avbryte tvangen straks vilkåra ikkje lenger er oppfylte. Dei skal i evalueringa legge vekt på om helsehjelpa viser seg å ha ønska verknad, eller ha uventa negative verknader.

2.3.6 Dokumentasjon

Helsepersonell skal føre journal i tråd med krava som blir stilt til journalens innhald, jf. hpl.§ 39. Formålet med kravet om å føre pasientjournal, er blant anna å sikre forsvarleg oppfølging av pasienten og ivareta pasienttryggleiken. Opplysningar knytt til tema i dette tilsynet er å sjå på som relevante og nødvendige opplysningar om pasienten og helsehjelpa. Slike opplysningar skal helsepersonell, etter hpl. § 40 og pasientjournalforskrifta §§ 4–8, dokumentere i pasienten sin journal.

3. Framstilling av faktagrunnlaget

Her vert det gjort greie for korleis verksemda sine aktuelle tenester fungerer, inkludert verksemda sine tiltak for å sørgje for at krava til kvalitet og tryggleik for tenestemottakarane blir haldne, jf. lovkrava nemnt ovanfor.

3.1 Omtale av verksemda

Fjord kommune vart etablert 01.01.2020 då kommunane Norddal og Stordal vart slått saman. Kommunen har ca 2 600 innbyggjarar fordelt på 7 bygder.

Kommunen har to sjukeheimar. Valldal sjukeheim har 28 plassar derav 8 demensplassar og ein palliativ plass. Sjukeheimen i Stordal har 19 plassar derav 6 demensplassar.

Det er to tilsynslegar knytt til sjukeheimane og dei har tilsaman 1 dag pr. veke på kvar sin institusjon, eller pr. d.d. to halve dagar.

3.2 Systematisk styring og ansvarsplassering

3.2.1 Fordeling av ansvar, oppgåver og mynde

Øvste leiar for pleie og omsorg er kommunalsjef. Kommunalsjefen er direkte underordna kommunedirektør. Under kommunalsjef er det to leiarar, leiar for pleie og omsorg i Stordal og leiar for pleie og omsorg i Valldal og Eidsdal. Under dei to siste er det tre teamleiarar, teamleiar institusjon i Stordal, teamleiar institusjon somatisk og teamleiar på skjerma eining (Loftet).

Kommunen har delegasjonsskriv på si heimeside som mellom anna viser at kommunalsjef har fått delegert mynde når det gjeld vedtak om helsehjelp som pasienten motset seg.

Kommunalsjef har og delegert mynde når det gjeld organisering av verksemd som yter helse- og omsorgstenester (hpl. § 16). Fram til tilsynet vart varsla var det i praksis tilsynslegen som vart rekna som overordna fagleg ansvarleg på området som gjeld vedtak med heimel i pasient- og brukarrettslova kapittel 4A og kopi av vedtak vart difor sendt til ho.

Når det gjeld kommunen sitt overordna ansvar for helse- og omsorgstenester (hol. § 3-1) er dette delegert frå kommunestyret til kommunedirektør, til helse, omsorg og velferd – kommunalsjef til Helseleiar.

Kommunalsjef har totalansvar og avgjerdsmynde innafor tilvising gitt i budsjett for sin sektor.

Kommunedirektøren har faste møte med kommunalsjef, men det er ikkje eigne krav til rapportering når det gjeld bruk av tvang på sjukeheimen.

Leiar for pleie og omsorg for Valldal og Eidsdal har møte kvar veke med kommunalsjef og dei andre einingsleiarane. Kommunalsjef får pr. d.d. kopi av vedtak som gjeld tvang på sjukeheimane, men ønskjer meir systematisk styring av området. Statsforvaltaren er einig i at det er eit behov for dette.

Det går ikkje klart fram av kommunen sine prosedyrer kven som skal fatte vedtak om tvungen helsehjelp. I praksis er det teamleiar som skriv vedtak, og det har vore usikkert kven som skal ha kopi av vedtak som vert fatta. I kommunen sitt skriv som gjeld mynde står det at det er kommunalsjef som har ansvar for vedtak.

3.2.2 Kommunen skal ha oversikt over områder kor det er risiko for svikt.

Kommuneleiinga er einig i at tvungen somatisk helsehjelp er å sjå på som eit risikoområde, men det er ikkje tidlegare gjennomført systematisk risikovurdering av området.

Kommunen har etter at tilsynet vart meldt , under arbeidet med å samle etterspurt dokumentasjon, oppdaga avvik som dei har prøvd å lukke. Kommunen skriv at dei er gode på praktisk gjennomføring, men ser sjølv at dei kan bli betre på dokumentasjonssida. Dette samsvarer med det Statsforvaltaren har avdekt i tilsynet.

Kommunen har i samband med meldt tilsyn starta arbeidet med risikovurderingar knytt til vald og truslar. Det er i tilsynet opplyst at risikovurderingane og skal omfatte bruk av tvang. Arbeid med risikovurdering for den einskilde pasient er forventa ferdig i januar 2022.

Statsforvaltaren si vurdering er at også mangelfull opplæring og kjennskap til lovverket hjå dei tilsette er eit område med risiko for svikt når det gjeld kapittel 4A. Svikt på dette området kan medføre at pasientar ikkje får forsvarlege tenester.

Kommunen har eige avviksystem, men det er lite kjent kva det skal meldast avvik på når det gjeld bruk av tvang og pasientar som motsett seg helsehjelp.

3.2.3 Kommunen skal legge til rette for omforeina praksis, samarbeid om informasjonsutveksling

Dei tilsette rapporterer munnleg til kvarandre i dagleg rapport. I tillegg har dei personalmøte kvar 6. veke. Det er ikkje andre faste møtearenaer/fagmøte utanom adhoc refleksjonsmøte ved behov. Fleire ønskjer fleire møtepunkt kor ein kan dele erfaringar med kvarandre. Rapportmøte mellom vaktene er ofte hektiske.

Journalar er i liten grad nytta til dokumentasjon av tillitsskapande tiltak, sjølv om dei tilsette i praksis nyttar mykje tillitsskapande tiltak. I praksis er ikkje journalen nytta til informasjonsdeling når det gjeld til dømes tillitsskapande tiltak og kva slags helsefaglege vurderingar som er gjort ved motstand eller når ein må vente med å gje helsehjelp.

3.2.3 Kommunen skal sikre at helsepersonell har tilstrekkeleg kunnskap og kompetanse til å utføre sine oppgåver

Kommunen skriv at etter meldt tilsyn ser dei at opplæring av tilsette ikkje er godt nok oppfølgt. Dei har avdekt manglande gjennomført opplæring etter årshjula deira mellom dei tilsette. Alle tilsette i pleie- og omsorg har hatt tilgang til Visma Veilederen i fleire år og kommunen viser til at dei har prosedyre knytt til Profil som er EPJ systemet deira.

Det står i prosedyra for vurdering av samtykkekompetanse at alle tilsette skal gjennomføre e-læringskurs om Tvang og makt, samtykke til helsehjelp og tillitsskapande tiltak.

Dei tilsette har blitt oppmoda til å ta e-læringskurs via *veilederen.no*, men kursa er ikkje gjort obligatoriske og det er ikkje sett av fast tid i arbeidstida til å gjennomføre kursa. Leiinga har ikkje følgt opp dei som har unnlate å ta kursa og leiinga har ikkje sikra at dei har naudsynt kunnskap når det gjeld vurdering av samtykkekompetanse og vilkåra for å nytte tvang med heimel i pasient- og brukarrettslova kapittel 4A..

Nytilsette må gå gjennom ei sjekkliste ved opplæring. Tvang og kap. 4A er ikkje ein del av denne sjekklista. I opplæring til sommarvikarar kjem det fram at dei skal gjennomføre kurs i brukarmedverknad og sjølvråderett.

Kommunen har lagt fram sitt årshjul som mellom anna inneheld opplæring når det gjeld samtykkekompetanse og tvang/makt for somatisk helsehjelp. Kommunen har oversikt via Visma når det gjeld kven som har tatt kurs via *veiledaren*, men manglande deltaking på kurs vert ikkje følgt opp.

Etter meldt tilsyn har fleire av dei tilsette brukt tid på å sette seg inn i tema for tilsyn og fleire meiner det er positivt at det gjennom tilsynet er sett fokus på tema som gjeld tvungen somatisk helsehjelp i sjukeheim. Dei tilsette er kjent med at det ligg kurs tilgjengeleg for dei.

Kommunen har prosedyrer når det gjeld brukarmedverknad, tillitsskapande tiltak, vurdering av samtykkekompetanse, vedtak om somatisk helsehjelp med tvang og handtering av avvik.

Rutinane er i svært liten grad kjent for dei tilsette, og dei vert i liten grad nytta i praksis. Dei tilsette har fokus på tillitsskapande tiltak, sjølv om dei tiltaka som vert gjort ikkje alltid kjem fram i journalane.

Kommunen har eige system for avvik. Det er ikkje kjent for dei tilsette kva den einskilde tilsette skal melde av avvik når det gjeld motstand mot helsehjelp og utøving av til dømes helsehjelp til tross for motstand.

Det kjem fram i intervju, og ved gjennomgang av journalar, at kommunen sine rutinar for dokumentasjon når det gjeld samtykkekompetanse og bruk av tillitsskapande tiltak ikkje er nytta i praksis.

Kommuneleiinga ser behov for meir strukturert oppfølging når det gjeld opplæring av dei tilsette for å sikre naudsynt kunnskap i tenestene. Statsforvaltaren er einig i dette.

Nedanfor følgjer funn knytt til motstand, tillitsskapande tiltak, samtykkekompetanse, helsefaglege vurderingar, samt evaluering.

3.2.1.1 Tema 1: Identifisering av motstand

- Motstand mot helsehjelp blir dokumentert i pasientjournal, noko vi fann fleire døme på ved vår journalgjennomgang.
    - Einskilde pasientar på sjukeheimen motset seg stell. Det kjem likevel ikkje fram av journalen kva for vurderingar som er gjort knytt til dette når det gjeld om helsehjelpa skal gis eller ikkje.
- Valldal sjukeheim har pr. i dag fem vedtak som omhandlar tvungen somatisk helsehjelp ved Valldal sjukeheim som er sendt over til Statsforvaltaren. Fleire av dei tilsette trur det er fleire gjeldande vedtak.
- Ved gjennomgang av journal kjem det fram at det kan være behov for tvang knytt til tannpuss, utan at dette er følgt opp med vedtak.
- Det følgjer av rutinane for tillitsskapande tiltak A.10B, at pasienten sin motstand skal observerast kontinuerleg. Ut frå dei same rutinane skal pasienten sin motstand og måten den kjem til uttrykk på journalførast i EPJ under tillitsskapande tiltak.
    - I den grad motstand er journalført er det berre i einskilde tilfelle gjort i samsvar med gjeldande prosedyre og det er ulik oppfatning av kor ein finn informasjon knytt til motstand i journalen.

3.2.1.2 Tema 2: Om motstand blir følgt opp med tillitsskapande tiltak

- Dei tilsette opplyste i intervju at dei nyttar tillitsskapande tiltak og har fokus på at dei ikkje skal nytte tvang ovanfor pasientane.
- Vi fann fleire døme i journalane på at tillitsskapande tiltak vert brukt
- Vi fann i liten grad døme på individualiserte planar for tillitsskapande tiltak ved journalgjennomgangen.
- Det følgjer av rutinane at tillitsskapande tiltak som har vore prøvd skal journalførast i Profil og at effekten/manglande effekt vert loggført
    - I praksis vert tillitsskapande tiltak journalført i varierande grad. I einskilde journalar kjem det ikkje fram kva helsepersonellet har gjort når pasienten motsett seg helsehjelpa.
- Journalgjennomgangen vår viste at det var dokumentert motstand mot helsehjelp hos fleire pasientar, men det var ikkje alltid dokumentert kva som skjedde vidare, om det blei gitt helsehjelp med tvang eller ikkje.
- Det var nokre døme på at helsehjelpa vart utsett.

- Det mangla vurderingar av om det skulle gjerast tvangsvedtak for pasientar som gjentekne gonger viste motstand mot til dømes stell og dusj.

3.2.1.2 Tema 3: Om samtykkekompetanse blir vurdert og om gjennomføring av helsehjelp blir vurdert

- Det går fram av prosedyre for vurdering av samtykkekompetanse at dersom ein finn at pasienten ikkje har samtykkekompetanse så skal det dokumenterast og grunngjevast av helsepersonell – lege i profil – i samanfatning og planområde for samtykkekompetanse. Det skal ifølgje prosedyra komme klart fram kva grunngjevinga byggjer på.
    - I praksis er det berre i einskilte tilfelle at det går fram av sammenfatninga om pasienten manglar samtykkekompetanse.
- I same prosedyre står det at dersom personen ikkje har samtykkekompetanse så skal dei opprette området tillitsskapande tiltak i profil der ein skal dokumentere kortid og korleis pasienten motset seg helsehjelp og kva tillitsskapande tiltak ein har gjennomført.
    - I praksis er det få tilfelle kor vurderinga kjem fram under dette punktet i journalen
- I prosedyra ser det ut til at det er tilsynslege/lege som skal gjere I praksis er det teamleiar som gjer denne vurderinga.
- Vi fann døme på at pasient fleire gonger har ramla, utan at det er vurdert å setje i verk tiltak med heimel i pasient- og brukarrettslova for å hindre nye fall. Bord er nytta foran stol men det er ulik oppfatning av om dette er for å hindre pasienten i å bevege seg
- Det går ikkje fram av journal kva for helsefaglege vurderingar som vert gjort der pasientane motset seg helsehjelp.
- Helsepersonellet er usikre på om samtykkekompetansen er falt bort for pasientane fullt ut eller berre delvis. Det går i liten grad fram av journalen om samtykkekompetansevurderinga berre er knytt opp mot einskilde tiltak.

3.2.1.2 Tema 4: Om tvungen helsehjelp blir evaluert jamnleg

- I intervju kjem det fram at dei tilsette er kjent med at det er fatta vedtak om tvang, men ikkje alle har gjort seg nærare kjent med innhaldet i vedtaka.
- Det går ikkje fram av journalen korleis vedtak blir evaluert i perioden vedtaket Det er i liten grad kjent for dei tilsette korleis ei eventuell vurdering gjerast utover at nytt vedtak må fattast når det er gått eit år og det fortsett er behov for helsehjelpa.

4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

I dette kapittelet vurderer vi fakta i kapittel 3 opp mot lovreglane i kapittel 2.

Kommunen skal planlegge, organisere og leggje til rette for at helse- og omsorgstenesta og tilsett helsepersonell kan oppfylle krav fastsett i eller i medhald av lov eller forskrift, jf. helse- og omsorgstenestelova § 3-1 tredje ledd. Kommunen skal ha etablert eit internkontrollsystem og sørgje for at tenestene som vert ytt vert planlagt, utført og vedlikehalde i samsvar med krav i lov og forskrifter, jf. Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten § 5 første ledd.

Denne plikta er nærare omtalt i Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta.

Tilretteleggingsplikta etter helse- og omsorgstenestelova § 3-1, jf. helsepersonellova § 16 og forskrift om pasientjournal, inneber at kommunen mellom anna må etablere journalsystem som sikrar at relevante og naudsynte helseopplysningar dokumenterast. I verksemder der fleire skriv i journal bør det utarbeidast interne retningslinjer for struktur og handtering av journal. Leiinga skal ha ei overordna styring av kva praksis som skal følgje ved dokumentasjon av relevant og naudsynt informasjon, for å sikre forsvarleg behandling og pleie.

I helseinstitusjonar skal det vere ein journalansvarleg, jf. helsepersonellova § 39, som skal ha det overordna ansvaret for den einskilde pasientjournal og ta stilling til kva opplysningar som skal stå der. Den journalansvarlege skal sørgje for at journalen kan fungere som eit godt og hensiktsmessig verktøy.

Ved vår journalgjennomgang går det fram at det ikkje vert journalført i samsvar med kommunen sine prosedyrar og det er ikkje eit system som sikrar at ulik praksis vert fanga opp, evaluert og korrigert.

Kommunen har kjøpt inn tilgang til e-læringskurs og oppmoda dei tilsette til å ta kurs, men det er ikkje et system i kommunen som sikrar at dei tilsette gjennomfører kurs eller få kunnskapen på anna måte.

Kommunen har heller ikkje eit system som sikrar at det vert gjort helsefaglege vurderingar når det er naudsynt å utsetje til dømes medisinering når pasienten motset seg.

Kommunen sikrar ikkje at helsehjelp som blir gitt til tross for motstand blir vurdert opp mot vilkåra i pasient- og brukarrettslova til dømes tannpuss og pleietiltak.

Kommunen sikrar ikkje at tiltak som er iverksett for å hindre at forventa motstand vert vurdert opp mot vilkåra i pasient- og brukarrettslova til dømes brett på stol som tiltak for å hindre bevegelse og Sobril i forkant av stell for å dempe motstand.

Kommunen har rutiner for å sikre at journalføring vert gjort der dei fattar vedtak om tvang, men ikkje generelle rutiner for kva journalen skal innehalde av relevante og naudsynte opplysningar. Leiinga har heller ikkje eit system som fangar opp om rutinane er følgt eller ikkje, eller om helsefaglege vurderingar og bruk av tillitsskapande tiltak er dokumentert.

Det er ei viktig leiaroppgåve å følgje med på om rutinane i praksis vert følgt, samt å sikre at dei tilsette har nok tid og kompetanse til å journalføre i tråd med regelverket.

Manglande styring kan føre til risiko for at tvang blir nytta når det ikkje er heimel for det. Det er og ei fare for at pasientar ikkje får naudsynte helse- og omsorgstenester fordi helsehjelpa ikkje blir ytt med tvang, sjølv om vilkåra for dette er oppfylt.

5. Statsforvaltarens konklusjon

Her presenter vi konklusjonen av undersøkinga vår, basert på vurderingane i kapittel 4.

Kommunen har ikkje oversikt over områder innan tvungen helsehjelp kor det er risiko for svikt eller mangel.

Kommunen har ikkje tydeleg fordelt ansvar, oppgåver og mynde, då dette ikkje i tilstrekkeleg grad er gjort kjent for dei tilsette. Kommunen sikrar ikkje at vedtekne prosedyrar er kjent blant dei tilsette og at dei vert nytta i praksis.

Kommunen sikrar ikkje at dei tilsette har naudsynt kompetanse knytt til pasient- og brukarrettslova kapittel 4 og 4A. Då er det fare for at pasientane ikkje får forsvarleg helsehjelp. Kommunen sikrar ikkje at vedtak vert vurdert når pasienten manglar samtykkekompetane og motset seg helsehjelp.

Kommunen følger ikkje med på at iverksette tiltak blir følgt i praksis, fungerer etter hensikta si og eventuelt blir korrigert.

Det som er nemnt ovanfor er brot på helse- og omsorgstenestelova §§ 3-1 tredje ledd og 4- 1, jf. helsepersonellova §§ 39 og 40, samt pasient- og brukarrettslova § 4A-3. Vi viser og til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6 - 9.

Med helsing

Grete Teigland (e.f.)
direktør Helse- og sosialavdelinga

Marit Vestad
revisjonsleiar/jurist

Dokumentet er elektronisk godkjent

Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

I dette vedlegget omtaler vi korleis tilsynet vart gjennomført, og kven som deltok. Varsel om tilsynet vart sendt 08.09.2021.

Førebuande møte med verksemda og informasjonsmøte for pårørande/pasientar vart gjennomført 19.10.2021.

Synfaring vart gjennomført 19.10.21.

Tilsynet vart gjennomført ved Valldal sjukeheim, og innleia med eit kort informasjonsmøte 03.11.2021. Oppsummerande møte med gjennomgang av funn vart halde 05.11.2021.

Etterspurt dokumentasjon vart tilsendt og gjennomgått på førehand. Følgjande dokument vart gjennomgått og vurderte som relevante for tilsynet:

- Årsoversikt over e-kurs på veiledaren
- Årshjul Pleie og omsorg, Stordal
- Årshjul Loftet 2021
- Årshjul institusjon Valldal somatisk
- Vedtakskjema for kapittel 4A
- Brukarrettleiing under planområdet tvungen helsehjelp
- Samanfatning veiledning

- Planstruktur i Visma profil
- Skjema for vurdering av samtykkekompetanse til helsehjelp
- Tilsette ved Valldal sjukeheim
- Tilsette ved Stordaltunet
- Systematisk gjennomgang av drift
- Stillingsbeskrivelse for leiar for PLO
- Stillingsbeskrivelse for kommunalsjef
- Standard dokumentasjon Fjord
- Risikovurderingar en prosess på institusjonane
- Risikovurdering oversikt sjukeheimane
- Prosedyre for tavlemøte
- Funksjonsforklaring Teamleiar
- E-læringskurs årshjul Valldal somatisk
- Døme på Risikoanalyse 206 Loftet
- Døme 2 Risikoanalyse 207 Loftet
- A.107 D Somatisk helsehjelp til personar---- tvang
- A.10.7 C Vurdering av samtykkekompetanse
- A.10 B Tillitsskapande tiltak, kapittel 4A i Pasient- og brukarrettlova
- A.2.1 Brukarmedverknad
- Brev datert 08.10.21 frå Fjord kommune til Statsforvaltaren
- Program for introduksjon av nytilsette
    - Sjekkliste nytilsette
    - En god start – introduksjon av tilsette i Fjord kommune
    - Samtaleskjema - Oppfølging av nytilsatte
- Velkommen som tilsett – egne brosjyrer
- E-læringskurs for sommervikarer
- Oversikt over deltakere på e-læringskurs
- Oversikt over hva en skal melde avvik på
- Prosedyrer for melding av avvik og forbetringar
- Rettleiing for å behandle avvik
- Avvikssystem for Fjord kommune

Det vart i tillegg innhenta 10 journalar i forkant av tilsynet.

I tabellen under gir vi eit oversyn over kven som vart intervjua, og kven som deltok på oppsummerande møte ved tilsynsbesøket:

Ikkje publisert her

Frå Statens helsetilsyn deltok Sjur Kåsin-Hevrøy som observatør.

Desse deltok frå Statsforvaltaren i Møre og Romsdal

- Revisor, jurist Thomas Sørflaten,
- Revisor, spesialsjukepleiar Guro Sæter
- Revisjonsleiar, jurist Marit Vestad

Med helsing

Grete Teigland (e.f.)
direktør Helse- og sosialavdelinga

Marit Vestad
revisjonsleiar/jurist

Dokumentet er elektronisk godkjent

Kopi: Statens helsetilsyn

Alle tilsynsrapporter fra dette landsomfattende tilsynet

2020–2021 Tvungen somatisk helsehjelp i kommunale helse- og omsorgstjenester

Søk

SUNNMØRE KONTROLLUTVAL-SEKRETARIAT

Vår ref. 21/145 - 4
Saksbehandlar Bjørn Tømmerdal
Dato 21.01.2022

Saksframlegg

Saksnr.	Utval	Møtedato
MS 02/22	Fjord kontrollutval	01.02.2022

Tilsynsrapport undersøkingar i barnevernet 2021 Fjord og Ålesund kommune

Tilråding til vedtak:

Kontrollutvalet tek meldinga til vitande.

Bakgrunn:

Det vert gjennomført statleg tilsyn med kommunar på ei rekkje ulike områder. Statleg tilsyn og kommunal eigenkontroll har det til felles at dei skal medverke til at kommunen løyser sine oppgåver innanfor rammene av lover og forskrifter. Det er nyttig for kontrollutvalet å vere orienterte om kva arbeid som er gjort knytt til statlege tilsyn, slik at dei kan bruke informasjonen inn i eige arbeid. Der kan vere synergiar og kompetanseoverføring frå eit tilsyn som kontrollutvalet kan nytte når utvalet skal bestille forvaltningsrevisjon, eigarskapskontroll eller andre kontrollhandlingar.

Statsforvaltaren sin konklusjon:

Tilsynet avdekte fleire manglar i dokumentasjonen av barnevernet sine vurderingar som er i strid med barnevernlova § 1-4. Det kom vidare fram at barn og foreldre sin rett til medverknad ikkje var sikra tilstrekkeleg og at barneverntenesta ikkje vurderte kva som er best for barnet i undersøkingane. Statsforvaltaren peiker på at dette er i strid med barnevernlova § 1-6, § 1-7 og § 4-1. I følgje rapporten datert 16.12.2021 frå Statsforvaltaren så er det skissert ei rekke tiltak som skal setjast i verk for å rette lovbrota. Dette skal setjast i verk innan 01.06.2022 og tenesta 13 av 57 skal gjennomføre eigenvurderingstilsyn med arbeidet innan 01.11.2022.

Det er Statsforvaltaren som følgjer opp dette.

Vedlegg
Tilsynsrapport undersøkingar i barnevernet 2021 - Ålesund og Fjord barnevern

Statsforvaltaren i Møre og Romsdal

Vår dato: 16.12.2021
Vår ref: 2021/30
Dykkar dato:
Dykkar ref:

ÅLESUND KOMMUNE
Postboks 1521
6025 ÅLESUND

Saksbehandlar, innvalstelefon
Heidrunn Avdem, 71 25 85 42

Rapport frå tilsyn med Ålesund og Fjord barneverntenesteste sitt arbeid med undersøkingar

Statsforvaltaren i Møre og Romsdal gjennomførte tilsyn med Ålesund og Fjord barneverntenesteste og besøkte i samband med dette tenesta i Ålesund frå 21.10.21 – 23.10.21. Vi undersøkte om kommunen sørgjer for at barneverntenesta sitt arbeid med undersøkingar blir utført i samsvar med aktuelle lovkrav slik at barna får trygge og gode tenester. Tilsynet vart gjennomført som del av eit landsomfattande tilsyn initiert av Statens helsetilsyn.

Ålesund kommune har gått gjennom utkast til rapporten og barnevernleiar har gjeve nokre merknader i brev datert den 26.11.21. Vi har innarbeidd nokre endringar i faktagrunnlaget på bakgrunn av desse. I møte med leiinga for Ålesund og Fjord barneverntenesteste den 09.12.21 avklara vi kva slags endringar som skal gjennomførast i tenesta sin praksis for å rette lovbrota som tilsynet avdekte. Dette er konkretisert i p. 6 i rapporten.

Konklusjon

Tilsynet avdekte fleire manglar i dokumentasjonen av barnevernet sine vurderingar som er i strid med barnevernlova § 1-4. Det kom vidare fram at barn og foreldre sin rett til medverknad ikkje var sikra tilstrekkeleg og at barneverntenesta ikkje vurderte kva som er best for barnet i undersøkingane. Dette er i strid med barnevernlova § 1-6, § 1-7 og § 4-1.

1. Tema for tilsynet

Statsforvaltaren i Møre og Romsdal har undersøkt og vurdert om kommunen sikrar at arbeidet med undersøkingane i barneverntenesta er forsvarleg. Vi har særleg undersøkt om barneverntenesta har

- planlagt undersøkinga i samsvar med innhaldet i meldinga og eventuelt tidlegare undersøkingar eller kontakt med familien
- sørga for at innhaldet i undersøkinga, omfanget og framdrifta er i samsvar med alvoret i

situasjonen for barnet
- gjort relevante barnevernfaglege og juridiske vurderingar både undervegs og til slutt i undersøkinga
- konkludert undersøkinga i samsvar med dei vurderingane som er gjort

Tilsynet har omfatta undersøkingar av situasjonen til barn som budde heime da barnevernstenesta fekk bekymringsmeldinga og gjeld altså barn under 18 år som bur i biologisk familie, adoptivfamilie eller er plassert hos andre utan at barneverntenesta har medverka til det. Tilsynet er gjennomført som systemrevisjon. Det inneber at Statsforvaltaren har ført tilsyn med korleis kommunen styrer og kontrollerer at barneverntenesta oppfyller dei aktuelle lovkrava i arbeidet sitt.

Barn og foreldre sine synspunkt og erfaringar frå undersøkingane i barnevernet gjev viktig informasjon både om kvaliteten på tenestene og om korleis kommunen praktiserer brukarmedverknad. I dette tilsynet har vi difor også intervjua eit utval av foreldre.

2. Aktuelt lovgrunnlag

Statsforvaltaren har ansvar for å føre tilsyn med den kommunale barneverntenesta etter barnevernlova § 2-3 b. Eit tilsyn er kontroll av om drifta i verksemda er i samsvar med reglane i lov og forskrifter. Krava som er lagt til grunn for dette tilsynet kan oppsummerast slik:
Barneverntenesta har rett og plikt til å undersøke saka når ein vurderer at det er opplysningar som gjev grunnlag for tiltak etter barnevernlova kapittel 4, jf. Barnevernlova § 4-3. Formålet med undersøkinga er å vurdere og konkludere om barnet lever i ein omsorgssituasjon som kan gje grunnlag for barneverntiltak. Det er reglar i barnevernlova (bvl.) og i forvaltningslova (fvl.) som set krav til undersøkingane.

Forsvarlege tenester
Det går fram av bvl. § 1-4 at alle tenester og tiltak etter barnevernlova skal vera forsvarlege. Denne regelen har eit heilskapleg utgangspunkt og må tolkast i samanheng med dei andre reglane i lova, for eksempel prinsippet om barnet sitt beste. Saksbehandlingsreglane i barnevernlova og forvaltningslova gjev også rettleiing for kva som er ei forsvarleg undersøking. Bvl. § 1-4 omfattar vidare organiseringa og leiinga av arbeidet og det er nær samanheng mellom dette kravet og kravet i bvl. § 2-3 tredje ledd om internkontroll for å sikre at oppgåene blir utført i samsvar med lovkrava.

Rett til medverknad
Barnet har rett til å bli høyrt i samsvar med bvl. § 1-6. Regelen gjev barn i barnevernsaker ein ubetinga og sjølvstendig rett til å medverke. Retten gjeld både sjølve beslutningsprosessen og i alle forhold som gjeld barnet, ikkje berre når ein skal ta rettslege eller administrative avgjerder. Dette inneber at barneverntenesta har plikt til å legge til rette for at barnet skal kunne medverke og dermed sikre at barnet får oppfylt sin rett til medverknad i undersøkingane. Retten til å medverke i eiga sak inneber ikkje at barnet har plikt til å medverke. Prinsippet om barnet sitt beste heng nært saman med barnet sin rett til å medverke. Formålet med medverknad er at barnet si meining om eigen situasjon skal vere med som ein del av grunnlaget i barnevernet si vurdering av kva som er barnet sitt beste i alle avgjerder under undersøkinga.

Barnet sitt beste
Prinsippet om barnet sitt beste går fram både av barnekonvensjonen artikkel 3 og Grunnlova § 104. Barnet sitt beste skal vera eit grunnleggande omsyn i alle handlingar og avgjerder som gjeld barn. I barnevernlova er prinsippet nedfelt i § 4-1 der det går fram at det skal leggast avgjerande vekt på å

finne tiltak som er til beste for barnet. Regelen slår også fast at det i denne vurderinga skal leggast vekt på å gje barnet stabil og god vaksenkontakt og kontinuitet i omsorga. Prinsippet utgjer ein sjølvstendig rett for kvart barn. Det skal også leggast vekt på barnet sitt beste når andre lovreglar skal tolkast og prinsippet er ei retningslinje for saksbehandlinga i alle saker som gjeld barn.

Samarbeid med foreldra

Foreldra har sjølvstendige rettar i undersøkingssaker som gjeld dei. Foreldre som er part i saka, har rett til å uttale seg etter fvl. § 17. Barnevernet skal i utgangspunktet legge fram alle opplysingane som dei får i undersøkinga slik at foreldra kan uttale seg. Barneverntenesta bør også gjera foreldra kjent med andre opplysingar som er av vesentleg betydning for saka i samsvar med fvl. § 17. Etter bvl. § 1-7 skal barnevernet utføre arbeidet sitt med respekt for og så langt som mogleg i samarbeid med barnet og barnet sine foreldre.

Nærare krav til undersøkinga

Barneverntenesta skal sikre at faktum i saka er klarlagt så godt som mogleg før det blir gjort vedtak i saka jf . fvl. § 17. Dette inneber at alle relevante sider av saka må kome fram. Barneverntenesta må vurdere om opplysingane i undersøkinga er riktige. Barneverntenesta må gjera ei konkret vurdering av innhaldet i meldinga og ev. annan informasjon i saka for å avgjera kor omfattande undersøkinga skal vera. I denne vurderinga er moment som grad av alvor, hast og kompleksitet viktige. Bvl § 4-3 andre ledd slår fast at undersøkinga skal gjennomførast slik at den er til minst mogleg skade for den saka gjeld. Den skal ikkje vera meir omfattande enn formålet tilseier.

Foreldra eller den barnet bur hos, kan ikkje setja seg i mot at det blir gjennomført ei undersøking ved besøk i heimen, jf. bvl. § 4-3 tredje ledd. Barneverntenesta kan også engasjere sakkyndige, jf. bvl. § 4-3 fjerde ledd. Etter bvl. § 6-4 femte ledd skal barneverntenesta innhente opplysningar i samarbeid med foreldra.

Innhenting av opplysningar frå andre forvaltningsorgan og helsepersonell er omfatta av teieplikta og barneverntenesta må enten ha gyldig samtykke frå foreldra, jf. fvl. § 13 a nr. 1 eller ein lovheimel som gjev unntak frå teieplikta for å innhente slike opplysingar. Barneverntenesta kan pålegge offentlege myndigheiter m.fl. å gje opplysningar som er underlagt teieplikt i dei situasjonane som går fram av bvl. § 6-4.

Barne- ungdoms og familiedirektoratet har den 18.06.20 gjeve ei presisering av vilkåra for at barneverntenesta kan pålegge andre offentlege tenester å gje informasjon som er underlagt teieplikt. Det går fram her at ein både må vise til heimel i barnevernlova, gjera greie for det faglege behovet for slik informasjon og konkretisere kva slags informasjon ein treng.

Undersøkingar skal i følgje bvl. § 6-9 gjennomførast snarast og seinast innan tre månadar. I særlege tilfelle kan undersøkingane utvidast til seks månader. I brev frå Barne- og likestillingsdepartementet 26. august 2008 tilrår ein at sakene blir vurdert på nytt etter eit halvt år dersom foreldra avviser å ta i mot dei hjelpetiltaka som barnevernet har funne naudsynte etter § 4-4 i barnevernlova. Det er etter dette etablert ein praksis i barnevernet om at saker kan «henleggast med bekymring» og takast opp på nytt om seks månader.

Dokumentasjon

Det er god forvaltningsskikk å sørge for at dokumentasjonen i sakene er tilstrekkeleg og påliteleg, slik at ein kan gjera greie for kva som er gjort i saka og grunngjevinga for dette.
Dokumentasjonsplikta følgjer også av kravet om forsvarlege tenester og plikta til internkontroll.
Det går fram av forarbeida til barnevernlova - Prop. 169 L (2016–2017) at dokumentasjonsplikta

både omfattar barnevernfaglege vurderingar og dei faktiske tilhøva som ligg til grunn for dei avgjerder og vedtak som skal fattast.

Både avgjerder om å innvilge hjelpetiltak og om å henlegge ei sak etter undersøking er enkeltvedtak etter forvaltningslova, jf. bvl. § 6-1 andre ledd og § 4-3 sjette ledd. Dette inneber at vedtaket skal grunngjevast i samsvar med reglane i fvl. §§ 24 og 25. I tillegg skal det etter bvl. § 6-3a gå fram av vedtaket kva som er barnet sitt synspunkt, kva slags vekt ein har lagt på dette og korleis barnevernet har vurdert kva som er best for barnet i denne saka.

Krav til styring og leiing
Kravet til leiing, organisering og styring er eit viktig element i kommunen sitt ansvar for å gje forsvarlege tenester. I barnevernlova § 2-1 andre ledd, jf. kommunelova § 25-1 er det slått fast at kommunen skal ha *«internkontroll med administrasjonens virksomhet for å sikre at lover og forskrifter følges».*

Det går fram av bvl. § 2-1 sjuande ledd at kommunen også skal sørge for at dei tilsette som gjennomfører undersøkingar i barneverntenesta har tilstrekkeleg kompetanse til å utføre dette arbeidet på ein forsvarleg måte. Kommunen har ansvar for å gje nødvendig opplæring ved behov.

3. Fakta

Ålesund og Fjord barnevern er eit interkommunalt samarbeid for dei to kommunane med Ålesund som vertskommune. Tenesta vart etablert den 01.01.20. Lene Solheim er einingsleiar og har både det administrative og faglege ansvaret for tenesta. Vivian Dyb er ansvarleg kommunalsjef.

Det er i alt 14417 barn mellom 0-17 år i Ålesund kommune og Fjord kommune. Pr. 30.06.21 fekk 526 barn tiltak frå barnevernet (3,6 % av barnetalet). Barneverntenesta hadde registrert 464 meldingar i første halvår 2021. Av desse vart 30 henlagt. Av 243 avslutta undersøkingar, vart 161 (66 %) henlagt utan tiltak. Tenesta hadde 3 % brot på tidsfristane (7 saker) i første halvår 2021.

Det er 62,8 årsverk i Ålesund og Fjord barnevernteneste. Tenesta har også 6 årsverk i interkommunal barnevernsvakt for Sunnmøre og fire årsverk i Verksemd for Familiestøtte. Barneverntenesta har fem fagkoordinatorar og tenesta er organisert slik: Avdeling Søndre har følgjande team: Mottaksteam, undersøkingsteam, tiltaksteam og team for omsorg og kontorfag. Undersøkingsteamet har etter bemanningsplanen ni barnevernskonsulentar og ein fagkoordinator. Avdeling Nordre har eit team som både arbeider med undersøkingar og tiltak. Det er 12 barnevernskonsulentar og 1 fagkoordinator i teamet, der 5 av konsulentane i hovudsak arbeider med undersøkingar.

Alle som arbeider med undersøkingane har barnevernfagleg kompetanse. Det vart opplyst at barneverntenesta har høg turnover slik at mange har relativt kort erfaring frå dette arbeidet. Leiinga i barnevernet (barnevernleiar, avdelingsleiarar og fagkoordinatorar) har alle lang erfaring frå barnevernsarbeid.

Vi har gått gjennom dei 18 siste undersøkingane som var gjennomført før tilsynet vart varsla. Nokre av sakene gjaldt familiar med fleire barn. Undersøkingane omfatta såleis 15 familiar. Vi intervjua seks foreldre.

Kontoret har eit program for opplæring av nytilsette. Dette har ikkje vore gjennomført fullt ut under

pandemien. Dei nytilsette skal etter planen få rettleiing ein gong for veka av fagkoordinator. Det kom fram at dette ikkje alltid blir gjennomført. Tenesta har utarbeidd ulike dokument som gjev retningsliner for korleis arbeidet med undersøkingane skal gjerast og dei har eit myndighetskart som avklarar ansvaret i barnevernssakene.

Arbeidet med undersøkingane.
Nye meldingar blir gjennomgått kvar dag. Ein av fagkoordinatorane har eit særleg ansvar for å gjera den første avklaringa av meldingane. Fagkoordinator for undersøking går også gjennom alle meldingane. Barnevernleiar og alle fagkoordinatorane deltek på meldingsmøta kvar måndag. Her sjekkar dei om saka er kjent frå før, konkluderer med om meldinga skal undersøkast og det blir formulert hypotesar for kva som skal undersøkast. Undersøkingsteamet har møte kvar tysdag. Her går ein gjennom konklusjonane frå meldingsmøtet og fordeler sakene til saksbehandlarane.

Det går fram av eit notat datert den 18.02.21 «Gjennomføring av undersøkelse» at både dette dokumentet og «huskeliste for gjennomføring av undersøkelse» framstiller tenesta sine retningsliner for arbeidet med undersøkingane. Meldingsdokumentet skal både innehalde hypotesar og konkretisere kva som skal undersøkast. Det skal både vera plan for undersøkinga og sluttrapport i sakene. Det skal gjennomførast saksveiledning undervegs i undersøkinga. Midtvegsevaluering og andre drøftingar av sakene skal skje i møte i undersøkingsteamet og skal journalførast. Det er presisert at barnet sitt syn på eigen situasjon må kome fram i saka, at det skal vera samsvar mellom meldingsdokumentet, vurderinga og vedtaket og at fagkoordinator har ansvar for at undersøkinga blir konkludert.

Det er alltid to personar som gjennomfører undersøkinga der ein har hovudansvaret. Begge to deltek i det første møtet med foreldra. Her blir det gjeve informasjon om familien sine rettar og kva som til vanleg skjer i undersøkinga. På bakgrunn av bekymringsmeldinga og meldingsdokumentet har barnevernkonsulentane laga eit forslag til plan for undersøkinga. Denne blir lagt fram for foreldra og planen kan bli justert etter deira behov. Etter møtet blir planen ferdigstilt og sendt ut. Den kan bli justert seinare dersom det er naudsynt pga. endringar i forhold rundt barnet eller familien. Slike endringar blir ført i postjournal eller i journalnotat.

Det gjekk fram både av intervjua og av dokumentasjonen i sakene at det blir snakka både med barna og foreldra i alle undersøkingane og deira sitt syn på situasjonen var dokumentert. I undersøkingane som gjaldt familiar med fleire barn, gjekk det ikkje fram av rapportane at ein hadde vurdert situasjonen til kvart enkelt barn individuelt.

Det var snakka med foreldra i alle sakene. Fleire av dei vi snakka med, ga uttrykk for at dei hadde hatt lite innverknad på korleis undersøkinga vart gjennomført. Dei hadde opplevd at barnevernet hadde eit fast program av aktivitetar som skulle gjennomførast i undersøkinga uavhengig av kva dei meinte.

Foreldra ga uttrykk for forståing for at barnevernet måtte undersøke situasjonen til familien, men fleire meinte at undersøkinga både hadde vore for omfattande og gjeve dei ei større påkjenning enn det som var naudsynt. Nokre hadde opplevd at den skriftlege framstillinga i dokumenta var slik at dei ikkje «kjente igjen si eiga sak». Fleire meinte at undersøkinga ikkje hadde ført til positive endringar i situasjonen til familien. Andre peikte på at det gjekk veldig lang tid frå meldinga kom til barnevernet til dei hadde fått hjelp.

Tenesta hadde ei felles oppfatning av at «kva som er best for barnet» var styrande for arbeidet dei gjorde i undersøkingane. Vi fann ikkje oppsummeringar som framstilte korleis tenesta hadde vurdert

kva som var best for barnet. I enkelte saker gjekk det fram at ein oppfatta barnet sitt syn som det beste for barnet. Barnet sitt beste vart også brukt som argumentasjon for val av konkrete tiltak utan at det var vurdert nærare kvifor tiltaket var til beste for barnet.

I barnevernet sine vurderingar fann vi berre unntaksvis døme på at ein hadde analysert og vekta dei ulike faktorane i saka for å slå fast kva som var best for barnet. Det var til dømes ikkje dokumentert at ein hadde gjort analysar av korleis tiltaka som var retta mot foreldra ville verke for barnet. I sakene der tiltak ikkje vart sett i verk fordi foreldra ikkje ønska det, var det heller ikkje vurdert korleis barnet kunne bli skadelidande. I mange saker mangla det også analyser av kva slags behov barnet hadde for direkte hjelp.

Det var meldingsdokument og plan for undersøkinga i alle sakene. I mange av sakene konkluderte barneverntenesta med at det som skulle undersøkast var «barnets totale omsorgssituasjon», «risiko og beskyttelsesfaktorer», foreldra sin evne til å ivareta omsorga for barnet og ulike tilhøve knytt til den konkrete meldinga. Det var også konkretisert kva slags instansar det var relevant å innhente informasjon frå. Tenesta nytta eit standardisert brev til innhenting av informasjon. Det kom fram i intervjua at dette berre unntaksvis vart tilpassa tilhøva i kvar enkel sak.

Det gjekk fram i intervju at det ikkje blir gjennomført midtvegsevaluering i alle saker og vi fann berre unntaksvis dokumentasjon på dette i sakene.

Det var sluttrapportar i dei fleste sakene. Desse vart avslutta med avsnittet «Vurdering og konklusjon». Nokre av sakene gjaldt meldingar om enkeltståande hendingar og konklusjonen var da at innhaldet i meldinga var avklara. Fleire av sakene gjaldt kompliserte og alvorlege tilhøve i familien. I fleire av desse sakene var tema for undersøkinga m.a. «barnets totale omsorgssituasjon» og «risiko og beskyttelsesfaktorer», men det gjekk ikkje fram i sluttrapporten korleis barnevernet hadde vurdert dette.

Ni av dei 18 sakene vart henlagt etter undersøkinga. I fleire av sakene hadde ein funne grunnlag for tiltak etter barnevernlova i undersøkingane, men sakene vart henlagt fordi foreldra og/eller barna ikkje ønskte tiltaket.

Dei fleste vedtaka om hjelpetiltak gjaldt råd og rettleiing til foreldra. I nokre saker hadde familien hatt «råd og veiledning» tidlegare. Det kom ikkje fram korleis effekten av dette var evaluert og kva som eventuelt ville gje betre verknad når det same tiltaket vart sett inn på nytt. I enkelte saker kom det fram at ein nytta «råd og veiledning» for å følgje med foreldra vidare.

Dokumentasjon

Fakta frå arbeidet med sakene var dokumentert fortløpande i journalen. Barnevernet sine analysar og vurderingar var i mindre grad dokumentert. Det gjekk fram av enkelte journalar at det var gjennomført fagdrøft, men innhaldet i drøftingane gjekk ikkje alltid tydeleg fram. Det kom ikkje fram at det var gjort fortløpande vurderingar. Det var heller ikkje alltid dokumentert korleis barnevernet hadde nytta informasjonen som var innhenta i løpet av undersøkinga.

Styring og leiing

Fagkoodinator har ansvar for at det både blir gjennomført saksdrøft og at det blir gjort beslutningar i team-møta. Ho har også ansvar for å gje rettleiing og kontrollere arbeidet som er gjennomført. Alle saksbehandlarane ga uttrykk for at dei når som helst i undersøkinga kan be fagkoordinator om rettleiing og at dei har tett dialog med henne både uformelt og etter avtale. Det vart opplyst at konklusjonane på undersøkingane enten vart trekt i drøfting med fagkoordinator eller på møte i

undersøkingsteamet.

Det går fram av styringsdokumenta, «huskelista», at drøftingar skal førast inn i journalen som «Vedtaksmøte - beslutning i sak». Vi fann berre unntaksvis dokumentasjon på dette.

Enkelte av saksbehandlarane opplyste at dei brukte meldingsdokumentet når undersøkinga skal avsluttast for å sjekke at dei hadde «svara på spørsmåla». Det kom ikkje fram at resultatet av undersøkingane blir summert opp systematisk før drøfting og konklusjon i team-møta.

Styringsdokumenta skisserer eit system for korleis avvik frå rutinar for saksbehandlinga skal følgjast opp. Intervjua viste at avviksystemet ikkje vart brukt til korrigering av saksbehandlingsfeil. Det var ei felles oppfatning om både korleis sakene skulle behandlast og kven som hadde ansvar for å godkjenne sakene. Det var noko uklart korleis arbeidet skulle kontrollerast ut over dette og tenesta hadde ikkje innarbeidd systematiske tiltak for å kartlegge og korrigere feil i arbeidet. Barnevernleiar skal kontrollere enkelte undersøkte saker ved stikkprøver. Det gjekk fram av intervjua at dette blir gjort, men saksbehandlarane var ikkje kjent med at sine saker var kontrollert på denne måten.

Covid 19
Barneverntenesta har følgt opp dei ordinære aktivitetane i saksarbeidet under pandemien. Det kom likevel fram at det har vore fleire tilfelle der ein ikkje har kunna gjennomføre alt som planlagt. Da pandemien braut ut, skulle tenesta gjennomføre ulike utviklingsprosessar i samband med nyetableringa. Dette har vorte skadelidande.

4. Vurdering

Arbeidet med undersøkingane
Leiinga for barneverntenesta har lang erfaring og god fagkompetanse. Arbeidet med den første gjennomgangen av meldingane er organisert slik at leiinga er direkte involvert. Alle sakene blir behandla på ein måte som var kjent for alle tilsette. Tenesta synest difor å ha eit system som både sikrar at det blir gjort gode avklaringar av alle saker når dei kjem inn og einskapleg praksis vidare i undersøkinga.

Sjølv om det var noko ulik oppfatning av kva som var styrande dokument for arbeidet, hadde tenesta felles forståing for korleis arbeidet med undersøkingane skulle gjerast. Vi vurderer også at dei arbeider på ein einskapleg måte med undersøkingane.

Vi vurderer at praksisen med å innhente informasjon med brev som ikkje er tilpassa behova i saka, er i strid med reglane på dette området. Praksisen kan både føre til at informasjonen om det som skal undersøkast ikkje blir presis nok og at ein får informasjon om andre tilhøve slik at undersøkinga blir meir omfattande enn nødvendig.

I sakene som gjaldt konkrete hendingar, var det gjennomført avgrensa undersøkingar i samsvar med meldingsdokumentet. Undersøkinga vart tilpassa innhaldet i meldinga og sakene vart etter vår vurdering avklara på ein forsvarleg måte.

I dei omfattande og samansette sakene, var det etter vår vurdering stor variasjon i kor stor grad informasjonen som hadde kome fram i undersøkingane vart vurdert, analysert og summert opp i sluttrapporten.

I dei fleste av sakene der undersøkinga konkluderte med behov for hjelpetiltak, gjaldt vedtaket råd og rettleiing til foreldra. Konklusjonane i mange av desse sakene var formulert like generelt som i dei enklare avklaringssakene. I mange saker var det difor vanskeleg å sjå korleis tiltaket ville avhjelpe dei konkrete behova som var avdekt i undersøkinga.

Mange av hjelpetiltaka har etter vår vurdering i beste fall effekt på lang sikt. I ein del av sakene hadde undersøkinga avdekt at barna hadde så store hjelpebehov at det må seiast å vera ein svikt at ein ikkje samstundes vurderte korleis situasjonen måtte avhjelpast på kort sikt.

I nokre saker hadde familien fått «råd og veiledning» tidlegare. I fleire slike saker fann vi korkje evalueringar av korleis tiltaka hadde verka eller vurderingar av kvifor dei ville vera meir effektive nå.

I fleire alvorlege saker var «barnets totale omsorgssituasjon» og «risiko- og beskyttelsesfaktorer» tema for undersøkinga utan at dette var analysert og summert opp i sluttrapporten eller vedtaket. Vi vurderer at dette er svært sentrale moment i den barnevernfaglege vurderinga. Det er ein alvorleg svikt både om desse tilhøva ikkje er undersøkt godt nok, om dei ikkje er analysert og om vurderingane som er gjort ikkje er dokumentert.

Medverknad

Sjølv om barneverntenesta dokumenterte at barnet sitt syn kom fram i sakene, gjekk det ikkje alltid fram korleis denne informasjonen vart nytta i vurderinga deira. I saker som gjaldt fleire søsken, var sluttrapportane t.d. så like at det var vanskeleg å sjå om ein hadde vurdert situasjonen for kvart barn individuelt. Dette kan tyde på at ein i for liten grad har lagt vekt både på barnet sitt syn og annan individuell informasjon om kvart enkelt barn. Både dokumentasjonen og informasjonen frå foreldra kan tyde på at undersøkingane følgjer eit så fast mønster at det i for liten grad gjev rom for medverknad frå dei saka gjeld. Sjølv om tenesta har gode intensjonar om medverknad frå barn og foreldre, kan desse momenta tyde på at deira rett til dette likevel ikkje er sikra fullt ut.

Barneverntenesta sine arbeidsmåtar skal både sikre informasjon og involvering av foreldra. Vi vurderer at foreldra i tilsynet formidla ei kjensle av avmakt som tyder på at kvaliteten i samhandlinga ikkje alltid er så god som ønskeleg. Vi vil særleg peike på opplevinga av språket som framandgjerande og at dei ikkje hadde opplevd å få reell innverknad i gjennomføringa av undersøkinga.

Barnet sitt beste

Vi vurderer at barneverntenesta legg ei for snever forståing til grunn for innhaldet av barnet sitt beste og at dei fleste sakene difor ikkje er behandla i samsvar med denne lovregelen. Vi har særleg merka oss at fokuset i dei mest alvorlege sakene endra seg frå å starte med stor uro for barnet til eit einsidig fokus på korleis foreldra skulle få hjelp. Konklusjonane i nokre av desse sakene handla difor berre om foreldra sine behov sjølv om det var avdekt at barna hadde stort behov for hjelp her og nå. Ei god vurdering av barnet sitt beste ville etter vår vurdering truleg ha sikra at barnet gjennomgåande var i sentrum under heile behandlinga av saka.

Styring og leiing

Mange av aktivitetane som styringsdokumenta skisserer, var ikkje følgt opp i alle saker. Det var til dømes sjeldan dokumentert korleis barnevernet hadde vurdert sakene undervegs i undersøkinga eller kva slags interne drøftingar og beslutningar som var gjort til slutt. I fleire saker var det heller ikkje fullt samsvar mellom meldingsdokumentet si framstilling av kva som skulle undersøkast og konklusjonen i sluttrapporten. Dette var ikkje fanga opp i internkontrollen.

Innhaldet i dei styrande dokumenta er i samsvar med lover og forskrifter. Dei tilsette var godt kjent med innhaldet, men rutinane vart likevel i varierande grad følgt. Det mangla for eksempel både midtvegsevaluering og vurdering av barnet sitt beste i dei fleste sakene. Dette var ikkje avdekt i tenesta sine styringssystem og må difor vurderast som svikt i internkontrollen.

5. Konklusjon

Barnevernet sitt arbeid med undersøkingane var i strid med kravet om forsvarlege tenester i barnevernlova § 1-4 på følgande punkt:

- barnevernfaglege vurderingar var ikkje tilstrekkeleg dokumentert korkje undervegs i undersøkinga eller i sluttrapporten
- det var ikkje alltid dokumentert at konklusjonen i undersøkinga var i samsvar med bekymringa som skulle undersøkast
- arbeidet med å innhente dokumentasjonen frå andre tenester var ikkje presis nok

Ålesund og Fjord barneverntenesteste hadde ikkje vurdert kva som var best for barnet i sakene, jf. § 4-1 i barnevernlova. Barnevernet hadde ikkje sikra barn og foreldre sin rett til medverknad i tilstrekkeleg grad, jf. barnevernlova § 1-6 og § 1-7 og forvaltningslova § 17.

6. Oppfølging

Ålesund og Fjord barneverntenesteste skal gjera følgjande endringar for å rette lovbrota som er avdekt i tilsynet:

- Gjennomføre eit utviklingsarbeid om analysar og vurderingar i undersøkingsarbeidet for å utvikle felles forståing og praksis på dette området.
- Gjennomføre internopplæring for å sikre at det blir gjort vurderingar av «barnets beste» i alle saker og at dette blir dokumentert.
- Dokumentere midtvegsevalueringar i alle undersøkingane.
- Sikre at situasjonen til kvart barn blir vurdert individuelt i undersøkingar i familiar med fleire barn.
- Sikre at informasjonsinnhentinga er tilpassa behova i kvar enkelt sak.
- Evaluere korleis tenesta sikrar foreldra si medverknad i undersøkingane.

Tiltaka skal gje endringar av det praktiske arbeidet og skal vera gjennomført innan 1. juni 2022. Tenesta skal gjennomføre eigenvurderingstilsyn med arbeidet med undersøkingar innan den 1. november 2022.

Statsforvaltaren blir informert både om plan og resultatet av utviklingsarbeidet og om utfallet av tilsynet.

Med helsing

Liv Aasen (e.f.)
fagleiar

Heidrunn Avdem
seniorrådgivar

Dokumentet er elektronisk godkjent

Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

Varsel om tilsynet vart sendt 01.07.2021.

Tilsynet vart gjennomført ved Ålesund og Fjord barneverntenesteog starta med eit kort informasjonsmøte den 21.09.2021. Vi gjekk gjennom funn frå tilsynet i oppsummerande møte den 23.09.2021.

Følgjande personar vart intervjua og deltok på oppsummerande møte i tilsynet:

	Funksjon/stilling	**Intervju**	**Oppsummerande møte**
Lisbeth Standal	Barnevernkonsulent	☐	☒
Maria Fylling	Barnevernkonsulent	☐	☒
Randi Grønningssæter	Barnevernkonsulent	☐	☒
Janine Strømmen	Barnevernkonsulent	☐	☒
Renate Vågnes	Barnevernkonsulent	☐	☒
Lene Solheim	Barnevernleiar	☒	☒
Rose Edvardsen	Fagkoordinator	☒	☒
Venke Brandshaug	Avdelingsleiar	☐	☒
Ann Katrin Stephansen	Avdelingsleiar	☐	☒
Gunn Marit Longva	Fagkoordinator	☐	☒
Ane Bergquist	Barnevernkonsulent	☒	☒
Chanielle Bjørnland	Fagkoordinator	☐	☒
Vivian Dyb	Kommunalsjef	☒	☒
Ramona Tønnesen	Barnevernkonsulent	☒	☒
Tone Nordvik	Barnevernkonsulent	☒	☐
Katrina Blindheim	Barnevernkonsulent	☒	☐
Elsa Kjerstad	Barnevernkonsulent	☒	☐

Vi intervjua seks foreldre i samband med tilsynet.

Følgjande dokument vart gjennomgått i tilsynet:

- Svarbrev med diverse informasjon datert den 01.09.21
- 05.02.21: Meldinger
- Mottak av bekymringsmelding
- Utdrag frå huskeliste for gjennomføring av undersøkelse
- Huskeliste for gjennomføring av undersøkelse
- Avklaring av melding ved mistanke om seksuelle overgrep og vold
- Interne rutiner for bv-tjenesten i Ålesund og Fjord
- Mottak og avklaring av melding i barneverntjenesten
- Gjennomføring av undersøkelse
- Planlegging/gjennomføring og avslutning av en undersøkelse samt fristutvidelse og fristoveskridelser i en undersøkelse
- Sluttrapport
- Intern overlapp undersøkelse/tiltak
- Kravet til dokumentering i barnevernsaker

- Vurdering av barnets beste jfr § 4-1og barnets rett til medvirkning jfr. § 4-1 2. ledd og § 6-
- Kartlegging, vurdering og beslutning i undersøkelser
- Barns rett til medvirkning
- Partsrettigheter
- Forsvarlighetskravet i barnevernloven
- Familieråd
- Vilkår for utvidelse av undersøkelsesfrist
- Viktige moment i familia ift undersøkelse
- Myndighetskart

Desse deltok frå Statsforvaltaren:

rådgjevar, Sigrid Nerbø Reiten, revisor
seniorrådgjevar, Eli Landrø, revisor
seniorrådgjevar, Heidrunn Avdem, revisjonsleiar

SUNNMØRE KONTROLLUTVAL-SEKRETARIAT

Vår ref.	22/2 - 1
Saksbehandlar	Bjørn Tømmerdal
Dato	21.01.2022

Saksframlegg

Saksnr.	Utval	Møtedato
PS 04/22	Fjord kontrollutval	01.02.2022

Årsmelding 2021 Fjord kontrollutval

Tilråding til vedtak:

Fjord kontrollutval godkjenner årsmeldinga for 2021. Den blir å sende over til kommunestyret til orientering.

Bakgrunn:

Etter Lov om kommunar og fylkeskommunar § 23-1 er det pålagt for kommunane å ha kontrollutval.

Kommunelova har som føremål at kommunen si verksemd skal:

Legge til rette forholda for eit funksjonsdyktig kommunalt folkestyre
og for ei rasjonell og effektiv forvaltning av dei kommunale fellesinteressene innanfor ramma av det nasjonale fellesskapet og med sikte på ei berekraftig utvikling.
Legge til rette for ei tillitsskapande forvaltning som bygg på ein høg etisk standard

Dette gir mål for kontrollutvalet sitt arbeid og peikar ut ei retning for korleis utvalet skal utøve rollen sin. Desse måla skal vere å finne igjen i føremålet med både rekneskapsrevisjon, forvaltningsrevisjon selskapskontroll og andre typar kontrollar. Årsmeldinga gir informasjon om kva for oppgåver kontrollutvalet har hatt fokus på i 2021 og dermed kva utvalet har gjort for å bidra til å nå dei overordna måla.

Utvalet skal på vegne av kommunestyret stå for det løpande tilsynet med kommunen si forvaltning. Utvalet rapporterer og gir innstilling direkte til kommunestyret i saker der dette er oppgåva.

I medhald av kommunelova har kommunaldepartementet fastsett forskrifter om kontrollutval den 17. juni 2019. I forskrifta er det gitt reglar for val og samansetting av utvalet, om utvalet sitt ansvar og oppgåver, om saksbehandling og sekretariat.

Mellom anna skal utvalet føre tilsyn med at revisjon av årsrekneskapen skjer på ein tilfredsstillande måte og at det blir utført forvaltningsrevisjon og tilsyn med eigarskapet i selskap der kommunen er eigar eller deleigar i.

Etter regelverket skal kontrollutvalet ha eige sekretariat, uavhengig av administrasjonen og den valde revisjon. Sekretariatet skal mellom anna sjå til at sakene som blir lagt fram for kontrollutvalet er forsvarleg utgreidd. Sykkylven kommune er med i Sunnmøre kontrollutvalsekretariat IKS som i tillegg tenar kommunane Ålesund, Giske, Sula, Stranda og Fjord.

Etter kommunevalet hausten 2019 fekk utvalet slik samansetting:

Leiar: Jonas Falch
Nestleiar: Solveig Linge Stakkestad
Medlem: Tanja Mathiesen
Medlem: Gudmund Relling
Medlem: Nina Grøndahl

Vurdering:

Kontrollutvalet har hatt 5 møte i 2021 og behandla 25 saker. Dette er ein lik aktivitet som førre år, og aktiviteten er eit resultat av det behovet kontrollutvalet har hatt for å ta opp saker i tråd med kommunestyret sitt ønskje.

Innkalling med saksdokument til møte i utvalet blir sendt ut minimum 7 dagar før møtet. Møteinnkallingen blir sendt medlemmene i utvalet, ordførar, rådmann/kommunedirektør, postmottak og kommunens oppdragsansvarlige revisorar.

Protokoll frå møta blir sende dei same som får sakspapira. Kontrollutvalssekretariat har ei heimeside www.kontrollutval.no der også møteinnkallinger, saksdokument og protokollar fortløpande blir lagde ut.

Her finst òg informasjon om kontrollutvalet, sekretariatet og møteplan. Direktelink til kontrollutvalet i Fjord kommune ligg her: https://kontrollutval.no/kontrollutvala/fjord/

Møteprotokoller frå kontrollutvalet sine møte blir oversendt kommunestyret til orientering. Kommunestyret får dermed løpande oversikt over aktiviteten i kontrollutvalet. I saker der kontrollutvalet gir innstilling eller uttalar til kommunestyret blir det sendt sær utskrift og saksdokument til kommunestyret. Innstillingsretten i slike saker ligg til kontrollutvalet.

Det har blitt lagt vekt på å delta i relevante fora for å halde seg oppdatert om informasjon som er aktuell for kontrollutvalet sine oppgåver. Diverre har korona situasjonen i Noreg også hatt konsekvensar for Fjord kontrollutval. Planlagde konferansar har blitt avlyst. Møta i Fjord kontrollutval har likevel blitt gjennomført etter kommunelegen sine anbefalingar og i tråd

med møteplanen. I juni deltok leiar på ei lokal samling for kontrollutvalsleiarar i regi av kontrollutvalsekretariatet, der fagleg påfyll og erfaringsutveksling var tema.

Når kontrollutvalet har ønska meir informasjon om kommunen si verksemd og samtidig gjere eigen funksjon meir kjent, har rådmannen blitt invitert for å orientere. Også revisor har blitt invitert til å orientere om revisjonsarbeidet.

I tillegg til behandling av kommunen sine rekneskap og årsmelding, har kontrollutvalet også sett det som ei viktig oppgåve å ha ei løpande oppfølging av kommunerevisjonen sine merknader. Kontrollutvalet har også fått ei orientering om revisjonsplanen for rekneskapsåret 2021.

Vidare har kontrollutvalet bestilt forvaltningsrevisjon innanfor psykisk helsever og rus. Denne skal leverast frå kommunerevisjonen våren 2022 og handsamast av kontrollutvalet før den blir sendt over til kommunestyret.

Kontrollutvalet har fått orienteringar av administrasjonen omkring den nye oppvekstreforma som er gjeldande frå 2022. Kommunal internkontroll har vore tema på fleire av kontrollutvalet sine møter i 2021. Vidare har administrasjonen orientert om dei ulike interkommunale avtalane Fjord har med Ålesund.

Når kontrollutvalet mottek henvendingar frå innbyggarar eller andre så vurderer utvalet innhaldet i henvendinga og ser på om det er innanfor utvalet sitt mandat før dei vel å gå nærare inn på forholdet.

Det er berre kommunestyret som kan pålegga kontrollutvalet å gjera undersøkingar.

For alle andre henvendingar er det opp til utvalet sjølv å avgjera om det skal gjerast undersøkingar.

Medlemane i kontrollutvalet er kjent med at kontrollutvalet sine oppgåver er mange og viktige. Derfor har det blitt gitt prioritet å styrke forståelsen av kontrollutvalet si rolle på vegne av kommunestyret. Kontrollutvalet har teke sikte på å bidra til at det blir skapt tillit til kommunen og at kommunen fram står som truverdig for brukarar og innbyggjarar i tenesteproduksjon, utøving av mynde og forvaltningsfunksjonar.

SUNNMØRE KONTROLLUTVAL-SEKRETARIAT

Vår ref. 22/3 - 1
Saksbehandlar Bjørn Tømmerdal
Dato 21.01.2022

Saksframlegg

Saksnr.	Utval	Møtedato
PS 05/22	Fjord kontrollutval	01.02.2022

Interimrevisjon Fjord kommune 2021

Tilråding til vedtak:

Kontrollutvalet tek orienteringa til vitande.

Bakgrunn:

Interimsrevisjon er den revisjonen som blir gjennomført i løpet av året for å kontrollere at dei interne kontrollane fungerer som forutsett gjennom året. I interimsrevisjonen går revisor gjennom og testar rutinar, transaksjonar og rapportering innan utvalde område.
Revisor har eit sjølvstendig fagleg ansvar for å revidere årsrekneskapen til kommunen i samsvar med lov, føresegner og god kommunal revisjonsskikk.

Rekneskapsrevisjon omfattar kommunen sin årsrekneskap, og dessutan årsrekneskapen i eventuelle kommunale føretak.
Årsrekneskapane skal reviderast før dei blir lagde fram for handsaming i kommunestyret. I tillegg til revisjon av årsrekneskapen til kommunen vil også oppgåvene til revisor omfatte ei rekkje attestasjonar, til dømes mva kompensasjonsoppgåvene til kommunen.

Vurdering:

I møte tirsdag 1. februar 2022 vil oppdragsansvarleg revisor Ronny Rishaug gje kontrollutvalet ein gjennomgang av interimsrevisjonen 2021. Presentasjonen ligg ved saka.
Målet med rapporteringa bør vere å gje kontrollutvalet tryggleik for at revisjonen går etter planen, og sikre at kontrollutvalet blir informert om viktige forhold som blir avdekte gjennom revisjonen. Dialogen mellom kontrollutvalet og revisjonen blir styrkt ved at revisor deltek på møta i kontrollutvalet.

Målsettinga med presentasjonen er ei oppsummering av interimsrevisjonen for kontrollutvalet. Kontrollutvalet bør også undersøke med revisor om desse funna fører til eventuelle endringar for planen av revisjonen av årsrekneskapen 2021.

Vedlegg
02.1 INTERIMSRAPPORT 2021 - Fjord kommune

Rapport etter interim 2021

FJORD KOMMUNE

ORIENTERING I KONTROLLUTVALET 1. FEBRUAR

MRR
Møre og Romsdal Revisjon SA

Tids- og kommunikasjonsplan

	mar 21	apr 21	mai 21	jun 21	jul 21	aug 21	sep 21	okt 21	nov 21	des 21	jan 22	feb 22	mar 22	apr 22
Planlegging														
Interimsrevisjon														
Årsoppgjersrevisjon														
Revisjon av årsrekneskapen														
Kommunikasjon														
Møte med kontrollutval							7		16					?

Tids- og kommunikasjonsplan forts.

- **Planlegging**

  Foreløpig risikovurdering og identifisering av fokusområde

  Gjennomgang av - og legge opp tidsplan for revisjon og rapportering

  Fastsette revisjonsplan for fokusområda

  Presentasjon av revisjonsplan for administrasjonen og kontrollutval

- **Etterlevingskontroll med økonomiforvaltninga**

  Vurdering av risiko- og vesentleg leggast fram for kontrollutvalet i november

- **Interimsrevisjon – frå september**

  Foreløpig analyse av kommunens rekneskap

  Møte med kommunens økonomi og regnskapsavdeling for å kartlegge samt løyse identifiserte problemstillingar

  Revisjon av nøkkelprosessar inkludert møter og intervju av prosesseigarane for identifiserte fokusområde

  Test av relevante kontroller (her under generelle IT-kontroller)

  Gjennomføre andre relevante revisjonshandlingar (fokus på transaksjonsklasser)

  Møte med administrasjonen og kontrollutval, oppsummering av interimsrevisjon – møte 1. februar 2022

- **Årsoppgjersrevisjon**

  Ferdigstille eventuelle opne spørsmål identifisert under interimsrevisjonen

  På sjå at det ikkje føreligg endringar i kommunens intern kontroll, der kor desse er relevante for revisjonen

  Gjennomføre andre relevante revisjonshandlingar, her under avstemming av vesentlege og risikoutsette balanseposter

  Avsluttande analyse av kommunens finansielle rapportering

  Foreløpig rapportering til leiinga

- **Revisjon av årsregnskapet**

  Gjennomgang av rekneskap og noter

  Gjennomgang av årsmelding

  Rapportering til leiing og gjennomgang med sekretariatet

  Møte med kontrollutval 1. juni 2022.

- **Kommunikasjon**

  PBC-lister (årsoppgjer) / oversikt avtaler (interim)

  MRR-dagen og/eller Webinar

  Revisjonsberetning og revisjonsrapportar

  Møter med kontrollutval

  Løypande uformell kommunikasjon ved behov

Identifiserte risiko frå 2020

- Attestasjon frå leiinga på løningslister
- Skille mellom drift og investering (generell risiko)
- Dekomponering anleggsmidlar
- Avvik i anleggsmodul mot hovudbok
- Klassifisering av finansielle omløpsmidlar i balansen
- Notetilvisingar
- Dokumentasjon av avstemming av balansekonti
- Ferdigstilling av styringsdokument. (Økonomireglement, innkjøpsreglement, finansreglement og eigarskapsmelding)

Anslått risiko etter kontrolltesting - styrer art/omfang

Prosesser	Foreløpig anslått risiko for vesentlig feil informasjon
Rekneskapsrapportering	Middels
Overføringsområdet	Låg
Lønsområdet	Middels
Innkjøpsområdet	Middels
Driftsmiddelområdet	Middels
Finansområdet	Middels
Salsområdet	Låg

Revisjonstilnærming - Rekneskapsrapportering

Rekneskapsrapportering	Angrepsvinkel: Test av kontroll og substanshandlingar

Risiko knytt til:

- Økonomisk handlingsrom (gjeldsgrad)
- Tertialrapportering og offisielt rekneskap
- Årsoppgjersdisponeringar/avslutning og strykingar
- Bruk av fond
- Budsjettjustering og budsjettavvik
- Generelle IT-kontroller

Middels anslått risiko etter interim:

Test av kontroller (interim): **(Kommunens interne kontroll)**

- Test av leiingskontrollar: Tertialrapportering til kommunestyret er gjennomført. God rapportering på drift. Kan verte betre på investering. (Sjå mot totalramme for prosjekt.)
- Test av generelle IT-kontroller – ikkje endringar for esunnmøre. Tilgangar lokalt vert kontrollert i februar.

Substanshandlingar: **(Kontroll av fakta mot dokumentasjon)**

- Mykje av dette skjer i årsoppgjeret, men ein har i løpet av 2021 vurdert avvik frå rekneskapen i 2020. Kommunen er ikkje heilt i mål med vurdering av kapitalkontoen.

- Økonomireglement, innkjøps og finansreglement ikkje ferdige.

Revisjonstilnærming - Overføringar

Overføringsområdet	Angrepsvinkel: Substanshandlinger (analyser og detaljtester)
Risiko knytt til: *Overføringsinntekter:* • Rammetilskot (drift) • Inntekts- og formuesskatt (drift) • Eigedomsskatt (drift) • Andre skatteinntekter (drift) • Andre overføringar og tilskot frå staten (drift) • Overføring og tilskot frå andre (drift) *Overføringsutgifter:* • Overføring og tilskot til andre(drift)	**Lav anslått risiko (før kontrolltesting):** Overføringsinntekter består hovudsakeleg av overføringar frå staten som kan totalavstemmes mot ekstern dokumentasjon. Eigedomsskatt kontrollerast analytisk mot årets forventning, tidlegare års rekneskap og årets budsjett. Andre overføringar kontrollerast mot dokumentasjon frå tilskuddsyter og/eller mot budsjett. Overføringsutgifter kontrollerast i stor grad mot vedtak og/eller budsjett, samt analytisk kontroll med samanlikning mot budsjett og tidlegare år. Substanshandlingar på området skjer i hovudsak i årsoppgjeret: • Totalavstemming av rammetilskot og inntekts- og formuesskatt • Analytisk kontroll av eigedomsskatt • Detaljtesting av andre overføringsinntekter • Analyser/detaljtestar av overføringsutgifter – gjennomført pr interim utan merknadar • Særattestasjonar på enkelte tilskot gjennomført m.a. for spelemidlar og statlege tilskot. Opprydding av gamle tilskot saman med kommunen.

Revisjonstilnærming - Lønnskostnader

Lønnsområdet	Angrepsvinkel: Test av kontroll og substanshandlinger

Risiko knytt til:

- Lønskostnader (fast og variabel)
- Sosiale kostnader
- Pensjon

Middels anslått risiko:

Interimrevisjon lønnsområdet:

- Rutinegjennomgang gjennomført. Rutinane er hensiktsmessige.
- Attestasjon og tilvising av timer - februar
- Attestasjon og tilvising av reiserekningar – her under manuelle reiserekningar/utgiftsrefusjoner - februar
- Etterkontrollerte lønningslister enno ikkje innført.

Substanshandlingar:

- Analytiske kontroller gjennomført pr interim utan at vår risiko er endra.
- Gjennomgang av kontrolloppstilling og dei andre innberetningar og avstemmingar på lønsområdet – her under feriepengar, skattetrekk, arbeidsgivaravgift og sjukepengerefusjonar – årsoppgjer.
- Gjennomgang av pensjonskostnad med tilhøyrande balanseposter – årsoppgjer.
- Krav på sjukelønsrefusjon - avstemming mellom HRM og regnskapssystem inkl. vurdering av realisme av krav - Årsoppgjer

Revisjonstilnærming - Innkjøp

Innkjøpsområde	Angrepsvinkel: Test av kontroll og substanshandlinger
Risiko knytt til: • Kjøp av varer og tenester (drift) • Momskompensasjon • Leverandørgjeld (bal) • Anna kortsiktig gjeld (bal)	**Middels anslått risiko (før kontrolltesting):** Interimsrevisjon innkjøpsområdet: • Kontroll av attestasjon og tilvising gjennomført som ein del av mva-kompensasjonsrevisjon. Ikkje merknader. • Rutinegjennomgang • Analytiske kontroller under interim utan endra risiko. Substanshandlingar: • Analytiske kontroller. • Løypande kontroll av bilag i forbindelse med attestasjon på mva-kompensasjonsoppgåvene. Ikkje avvik. • Periodisering (her under etterberekning av anslagsposteringer) - årsoppgjer Balanseposter vurderast under årsoppgjeret: • Avstemme leverandørgjeld mot reskontro, betalingskontroll av vesentlege gjeldspostar • Kontrollere dokumentasjon for avsetning av anna kortsiktig gjeld

Revisjonstilnærming - Investeringar

Driftsmiddelområdet	Angrepsvinkel: Test av kontroll og substanshandlingar

Risiko knytt til:

- Investeringar i varige driftsmidlar (investering)
- Tilskot til andre sine investeringar (investering)
- Sal av varige driftsmidlar (investering)
- Tilskot frå andre (investering)
- Avskrivingar/motpost avskrivingar (drift)
- Bruk av lån/lovleg finansiering (investering)
- Skille mellom drift og investering

Middels anslått risiko

Test av kontroller (interim):
- Kontroll av attestasjon og tilvising gjennomført utan avvik.

Substanshandlingar:
- **Oppfølging av dei største investeringsprosjekta – Tertialrapportering og årsoppgjer**
- Avstemme anleggskartotek mot hovudbok - Årsoppgjer
- Vurdering av **levetid/avskrivingstid** inkl. dekomponering - Årsoppgjeret
- Vurdere vesentlege tilgangar opp mot KRS 4, vurderes årsoppgjer og under bilagskontroll. Ikkje funne avvik under interim.

Revisjonstilnærming - Finansområdet (res)

Finansområdet (res)	Angrepsvinkel: Test av kontroll og substanshandlingar
Risiko transaksjonsklasser: • Renteinntekter og renteutgifter (drift) • Avdrag på lån (drift) • Utbytter (drift) • Gevinst og tap på finansielle omløpsmidlar (drift) • Investering i aksjar og partar (inv) • Sal av finansielle anleggsmidlar (inv) • Utlån av egne midlar (inv) • Avdrag på lån (inv) • Utdeling frå selskap (inv)	**Middels anslått risiko (før kontrolltesting):** Finansområdet er samansett av mange transaksjonsklasser med ulik risikovurdering. <u>Test av kontroller (interim):</u> • Bankavstemming utan avvik – anbefaler dokumentasjon inn i Visma • Dobbel godkjenning av betalingstransaksjonar – februar 2022 • Behandling av eigarskapsmelding – ikkje politisk handsama enno. <u>Substanshandlingar:</u> Her vil mykje av kontrollane skje i årsoppgjeret

Revisjonstilnærming - Finansområdet (bal)

Finansområdet (bal)	Angrepsvinkel: Test av kontroll og substanshandlingar
Risiko balanseposter: • Bankinnskot og kontantar • Aksjar og partar • Andre finansielle plasseringar • Fond • Kapitalkonto • Gjeld til kredittinstitusjonar • Anna gjeld (obligasjons- og sertifikatlån) • Utlån • Ubrukte lånemidlar	<u>Substanshandlingar (forts):</u> • Etterleving av finansreglementet – Ikkje vedtatt enno. • Vi har saman med kommunen følgt opp avvik frå 2020 knytt til formidlingslån. • Avvik knytt til kapitalkonto er enno ikkje avklart.

Revisjonstilnærming - Salsområdet

Salsområdet	Angrepsvinkel: Substanshandlingar (analyser og detaljtestar)
Risiko knytt til: • Sals- og leigeinntekter (drift) • Sjølvkostområde • Kundefordringar (bal) • Andre kortsiktige fordringar (bal) • Ordinær meirverdiavgift	**Lav anslått risiko:** Stor grad av rutinemessige løypande transaksjonar. Presumpsjon tilknytt risiko for misleg framferd tilbakevisast Interimsrevisjon salsområdet: • Rutinekartlegging – oppdaterte rutinar. Virke hensiktsmessige. • Analyse interim. Ikkje endra risiko. Substanshandlingar: • Analytisk kontroll og/eller detaljtestar/totalavstemming - Årsoppgjer Balanseposter – vurderast under årsoppgjeret: • Aldersfordelt reskontro kundefordringar/andre kortsiktige fordringar (vurdere tapsavsetning, innbetalingskontroll, eksterne stadfestingar) • Totalavstemming av ordinær meirverdiavgift

“Vi skal bidra til økt tillit mellom innbyggerne og våre eierkommuner”

- Møre og Romsdal Revisjon SA