



**Utvalg:** Kontrollutvalet  
**Møtestad:** Heradsstyresalen, Heradshuset på Dale  
**Dato:** 30.08.2017  
**Tidspunkt:** 15:00

**Møteplan:**

Kl. 15.00 – 16.00 Besøke Dale barnehage  
Kl. 16.00 – 17.00 Rådmannen orienterer om:  
- 1. tertialrapport for 2017  
- Oppfølging av revisjonsrapport nr. 4 frå Deloitte  
- Oppfølging av tilsynsrapport Vaksdal sjukeheim  
Kl. 17.00 - Sakshandsaming

Dersom nokon av medlemmene ikkje kan møte og må melde forfall, vert dei bedne om å gjere dette så tidleg som råd er ved **å ringa** til Roald Breistein tlf. 55 23 94 47/ 97 50 51 52 eller til Hogne Haktorson, tlf. 55 23 94 53/911 05 982,

Til varamedlemar er denne innkallinga å sjå på som ei orientering.  
Dersom det vert aktuelt at varamedlemar må møta, vil det bli gjeve nærmare beskjed.

Det er planlagt at Roald Breistein møter frå sekretariatet, på dette møtet.

Boris Groth  
kontrollutvalsleiar

Hogne Haktorson  
kontrollsjef

Roald Breistein  
seniorrådgjevar

*Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikkje underskrift.*

Kopi: Vararepresentantar til kontrollutvalet  
Ordførar  
Revisor  
Rådmann

## Saksliste

Utvalgs- saksnr	Innhold	Lukket	Arkiv- saksnr
PS 22/17	Godkjenning av innkalling og sakliste		
PS 23/17	Godkjenning av møteprotokoll frå forrige møte		
PS 24/17	Rådmannen presenterer tertialrapport for 1. tertial 2017		2017/28
PS 25/17	Rådmannen orienterer om oppfølging av revisjonsrapport nr. 4 frå Deloitte		2017/28
PS 26/17	Rådmannen orienterer om oppfølging av tilsynsrapport frå helsetilsynet		2017/28
PS 27/17	Forvaltningsrevisjon av kvalitet innanfor helse og omsorg - Revisjonsrapport		2017/24
PS 28/17	Oppfølging - Selskapskontroll av eigarskapskontroll		2017/52
PS 29/17	Budsjett 2018 for kontroll og tilsynsarbeidet i Vaksdal kommune		2017/58
PS 30/17	Revisjonsplan for rekneskapsrevisjonen for 2017		2017/28
PS 31/17	Kurs i regi av Deloitte 2017		2017/71
PS 32/17	Teieplikta for kontrollutvalet		2017/27
PS 33/17	Gjennomgang av møteprotokollar		2017/47
PS 34/17	Referatsaker		
RS 8/17	Vedtak i KST 8.5.17 - ÅRSMELDING KONTROLLUTVALET FOR 2016		2017/32
RS 9/17	Vedtak i KST 26.06.17 - REKNESKAP OG ÅRSMELDING 2016 FOR VAKSDAL KOMMUNALE AO-senter KF		2017/28
RS 10/17	Vedtak i KST 26.06.17 - REKNESKAP OG ÅRSMELDING VAKSDAL KOMMUNE 2016		2017/28
RS 11/17	Vedtak i KST 26.06.17 - GJENNOMGANG AV REGLEMENT FOR POLITISKE UTVAL		2017/58
RS 12/17	Budsjettbrev Vaksdal frå fylkesmannen		2017/28
PS 35/17	Eventuelt		

**PS 22/17 Godkjenning av innkalling og sakliste**

**PS 23/17 Godkjenning av møteprotokoll frå forrige møte**



Vaksdal kommune

Sekretariat for kontrollutvalet

Arkivsak: 216  
Arkivnr: 2017/28-18  
Sakshandsamar: Roald Breistein

## Saksframlegg

### Saksgang

Utval	Saknr.	Møtedato
Kontrollutvalet i Vaksdal kommune	24/17	30.08.2017

## Rådmannen presenterer tertialrapport for 1. tertial 2017

### Bakgrunn for saka:

Det er ønskeleg at administrasjonen presenterer den sist tilgjengelege tertialrapporten for kontrollutvalet, samt svarer på spørsmål i samband med denne etter kvart som rapportane ligg føre.

### Drøfting:

På bakgrunn av dette har sekretariatet avtalt at rådmannen kjem for å presentere tertialrapport for 1. tertial 2017 for kontrollutvalet. Vi har også bede om at presentasjonen inneheld resultatet for mai, juni og juli så langt det ligg føre. Tertialrapporten ligg ved.

### Konklusjon:

Dersom det ikkje kjem fram noko spesielt under presentasjonen vert det tilrådd at informasjonen som kom fram i høve 1. tertialrapport 2017 vert teken til orientering.

### **Forslag til vedtak**

Informasjonen som kom fram i høve 1. tertialrapport 2017 vert teken til orientering.

Hogne Haktorson  
kontrollsjef

Roald Breistein  
seniorrådgjevar

*Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikkje underskrift.*

Vedlegg

1 Terialrapport for 1. tertial 2017

# Tertial 1/2017

---

## Innhald

Økonomi – Driftsresultat pr 1. tertial 2017 .....	2
Oppsummert .....	2
Nærare om hovudpostane .....	4
Frie inntekter og netto finansinntekter/utgifter .....	4
Drift tenesteområda .....	6
Organisasjon .....	7
Vedlegg 1: Nærare om tenesteområder og einingar .....	9
Tenesteområde Oppvekst .....	9
Tenesteområde helse og omsorg .....	12
Tenesteområde Samfunnsutvikling .....	16
Felles økonomi .....	17
Vedlegg 2: Saker til Kommunestyre 1.tertial.....	18
Vedlegg 3: Andre vedlegg.....	19

## Økonomi – Driftsresultat pr 1. tertial 2017

### Oppsummert

#### Drift

Tabellen under viser resultat pr 1.tertial.

Tenesteområde	Rekneskap pr 1.tert. 2017	Budsjett pr 1.tert 2017	Avvik pr 1.tert 2017	Årsbudsjett 2017	Rekneskap pr 1.tert 2016
Felles	9 918 675	10 461 689	543 016	30 917 765	6 768 152
Helse og omsorg	51 190 863	47 534 813	-3 656 050	122 263 850	49 023 426
Oppvekst	24 178 262	23 982 748	-195 515	71 361 991	24 893 727
Samfunnsutvikling	14 196 555	14 396 729	200 174	39 081 002	18 276 351
<b>Totalsum</b>	<b>99 484 355</b>	<b>96 375 979</b>	<b>-3 108 375</b>	<b>263 624 608</b>	<b>98 961 656</b>

(Samfunnsutvikling er ekskl sjølvkost)

Pr 1. tertial er det eit rekneskapsmessig avvik på om lag -3,1 mill, hovudsak innanfor Helse og omsorg. Inntekter og utgifter er i hovudsak periodisert i samsvar med normale sesongsvingingar, men ein del mindre periodiseringsavvik vil førekoma.

Den økonomiske situasjonen er krevjande og tenesteområda arbeider med tilpassinga av drifta i samsvar med rammene.

Dei største utfordringane er knytt til omstilling innafor helse og omsorg. Det har vore noko høgare bruk av sjukeheimstenester enn vanleg, men ikkje meir enn det som kan forventast av svingningar over tid. Omorganisering og betre dimensjonering av tenestene på dei ulike omsorgsnivå skal gje reduserte kostnader. Det er i vidare knytt noko usikkerheit til andre tenester, som til dømes sosialtenesta og barnevern.

I tillegg må oppvekst foreta justeringar for å møte utfordringar til hausten. Det har vore lav utnytting av barnehagekapasiteten i 2016, og opptak no i 2017 medfører auka ressursbruk frå hausten.

Det vert ikkje foreslått justering av rammer mellom tenesteområda, men det vert arbeidd med å sikre at tenesteområda samla går i balanse ved årets slutt.

#### Investering

Investeringsbudsjettet er ikkje periodisert. I prosjekt som pågår er det påløpt kostnader som vert fakturert seinare. Ein del prosjekt går over fleire år. Pr. 30.04.17 er mange prosjekt i ein tidleg fase med planlegging, anskaffelsesprosessar og oppstart.

**Status for kapitalprosjekt 2017 pr 30.04.2017**

KAPITALBUDSJETT	ØPL. 2017	Forbruk	Merknad
<b>FELLES ØKONOMI - SENTRALT BUDSJETTERT</b>			
Ikt- og datasikkerhetsløsning	1 200 000	6 %	Prosjekt pågår, ikkje periodisert
Kyrkja - investering	200 000	100 %	Overført kyrkjeleg fellesråd
<b>HELSE OG OMSORG</b>			
<b>Prosjekt Demenssenter/helsehus</b>			
Prosjekt Demenssenter/helsehus - utstyr	2 000 000	0 %	Pågår, hovudsak 2. halvår 2017
Prosjekt Demenssenter/helsehus -bygg	6 000 000	0 %	Vert starta 2. halvår 2017
Prosjekt: Innovasjon i omsorg	300 000	0 %	Pågår, ikkje periodisert
<b>OPPVEKST</b>			
<b>Investeringar bygg for oppvekst</b>			
Dale barne- og ungdomsskule	3 500 000	5 %	Arkitekt kontrahert, programmeringsfase
Tilbygg Vaksdal skule	1 500 000	3 %	Kontrahering av arkitekt pågår
Stamnes oppvekssttun	4 000 000	1 %	Pågår, arkitekt engasjert
Ventilasjon Dale barnehage	1 000 000	41 %	Arbeidet pågår
Opprusting uteområde skular/barnehagar	200 000	0 %	Arbeid er starta opp ved Vaksdal skule
<b>SAMFUNNSUTVIKLING</b>			
<b>Investeringar kommunale bygg</b>			
Ombygging/oppgradering kommunale utleigebustader	2 000 000	0 %	Vert starta 2. halvår 2017
Folkehelse og familie – samlokalisering heradshus	700 000	0 %	Startar 2018, slått saman med rehab. 3. etg. jf. sak
Bustader Jamne	2 000 000	3 %	Pågår, reguleringsplan har vore på høyring.
Tilstandsregistrering administrasjonsbygg	600 000	88 %	Ferdigstilt.
Andre bygg	3 900 000	1 %	Vert starta 2. halvår 2017
<b>Stanghelle vest - Tettanaset bustadområde</b>	<b>19 200 000</b>	<b>13 %</b>	<b>Detaljprosjektering av infrastruktur pågår</b>
<b>Møteplassar / grøntanlegg / nærmiljø /trafikksikring</b>			
Møteplassar / grøntanlegg / nærmiljø /	300 000	0 %	Vert starta 2. halvår 2017
Trafikksikringstiltak	200 000	0 %	Vert starta 2. halvår 2017
<b>Samferdsel og rastiltak</b>			
Teknisk stasjon maskiner/utstyr	1 800 000	47 %	Pågår
Opprusting kaier	450 000	0 %	Vert starta 2. halvår 2017
Prosjekt rassikring:	150 000	0 %	Ikkje starta
Oppgradering kommunale vegar	200 000	47 %	Pågår
Oppgradering kommunale bruer	450 000	0 %	Vert starta 2. halvår 2017
<b>Plan og geodata</b>			
Digitalisering arkiv	800 000	2 %	Pågår
Moglegheitsstudie Bergsdalen	400 000	0 %	Vert starta 2. halvår 2017
Områdeplan Vaksdal	1 000 000	7 %	Pågår, kontrahering av rådgjevar i juni
Områdeplan Stanghelle	1 000 000	14 %	Pågår, kontrahering av rådgjevar i juni
<b>Brannvern</b>			
Forprosjekt brannstasjon Vaksdal	100 000	0 %	Vert starta 2. halvår 2017
Feiebil, sjølvkost	500 000	0 %	Vert starta 2. halvår 2017
<b>Vassforsyning, sjølvkost</b>			
Fornyng av vassleidningsnett	1 500 000	0 %	Ikkje starta
<b>Avlaup, sjølvkost</b>			
Fornyng av leidningsnett og pumpestasjonar	1 500 000	0 %	Ikkje starta
Avløpssanering Vaksdal	5 000 000	0 %	Ikkje starta
Oppgradering Dalevågen avløpsreinsanlegg	500 000	0 %	Ikkje starta
Avløpssanering Stanghelle	500 000	0 %	Ikkje starta
<b>SUM INVESTERINGAR</b>	<b>64 650 000</b>		



## Nærare om hovudpostane

### Frie inntekter og netto finansinntekter/utgifter

	Rekneskap pr 1.tert. 2017	Budsjett pr 1.tert 2017	Avvik pr 1.tert 2017	Årsbudsjett 2017	Rekneskap pr 1.tert 2016
Rammetilskot inkl inntektsutjamning	52 945 352	53 076 747	-131 395	147 027 000	51 880 292
Andre statlege overføringar	230 600	-	230 600	-	313 670
Skatt	41 353 654	41 800 000	-446 346	100 000 000	40 207 556
Eigedomsskatt	18 669 623	17 000 000	1 669 623	34 000 000	16 397 795
Konsesjonskraft	2 422 163	1 658 500	763 663	7 900 000	-
Konsesjonsavgift	-	-	-	3 100 000	-
Utbytte og renteinntekter	49 285	239 996	-190 711	2 720 000	205 259
Renter	-2 075 108	-2 733 324	658 216	-8 200 000	-1 543 279
Avdrag	-1 148 295	-4 899 996	3 751 701	-14 700 000	-1 798 493
Gevinst aksjar og obligasjonar	497 678	-	497 678	-	3 232 335
Avsetjing til fond/overføring til kapitalrekneskap	-	-	-	-12 600 000	-
Bruk av fond	-	-	-	1 675 000	-
<b>Sum</b>	<b>112 944 952</b>	<b>106 141 923</b>	<b>6 803 029</b>	<b>260 922 000</b>	<b>108 895 135</b>

#### Skatt og rammetilskot

Eigen skatteinngang har vekt frå 2016, men det er ein mindreinntekt i høve budsjett 2017. Inntektsutjamninga er avhenging av nasjonal skatteinngang, og her er det framleis litt usikkert korleis dette påverkar Vaksdal kommune, pr 1.tertial er det noko mindre inntekt enn budsjettet.

Den sterke skatteveksten i 2016 avtar. Det er for tidleg å sei korleis samla skatteinngang vert for Vaksdal kommune, men vi legg førebels til grunn at det samla vert balanse i 2017.

I Revidert Nasjonalbudsjett som kom i mai er det varsla redusert skatteinngang ifht opprinneleg budsjett. Effekten vil ev kome utover i

året og kan redusere dei frie inntektene som skatt og rammetilskot i år. Ev effekt og ev budsjettjustering vil kome seinare i år.

#### Eigedomsskatt

Eigedomsskatt er auka med 2 promille på hytter og hus frå 2016, og har ei meirinntekt i høve budsjett 2016. Avviket er i hovudsak på verk og bruk, og det kan forventast ei meirinntekt her på mellom 2-3 mill.

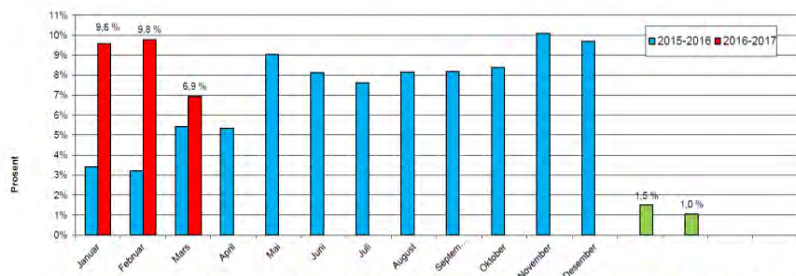
#### Renteinntekt/Utbytte

Foreløpig er det mindre inntekter her, men det er forventa balanse i høve budsjett 2017.

#### Aksjar og obligasjonar

Det har dei siste åra vore mindre inntekt enn budsjettet, men med positive tal i 2016. Pr 1.tertial er det positiv avkastning i høve aksjebenchmark (Oslo Børs – OBX). Det er obligasjonsprofetøljen som

#### Sterk merskattevekst i 2016, nå avtar veksten for kommunene



- Sterk merskattevekst i 2016 skyldtes økt utbytte fra selskaper i forkant av skattereformen
- For mars i år alene var veksten fra året før 4,7 prosent

har hatt best avkastning, medan det har tap på aksjar. Den største delen av gevinsten er knytt til auka marknadverdi på aksjar og obligasjonar.

Det er framleis tidleg på året og vi legg foreløpig til grunn at det ikkje vert budsjettavvik i 2017. Meir detaljar finn ein i vedlagte rapport frå BCM

#### Renter og avdrag

Pga lave rentenivå har kommunen kunne låne til lavare rente enn budsjett-renta, og det er forventa at det samla vert i overkant av 2 mill i mindreforbruk her. Mindreforbruk på avdrag er eit periodiseringsavvik, avdrag vil verte betalt i samsvar med budsjettvedtak.

Meir detaljar finn ein i vedlagte rapport frå BCM.

#### Oppsummert frie inntekter og netto finansinntekter / utgifter

Det er først og fremst 2 forhold som skapar usikkerheit i prognosa fram mot 31.12.2017. Inntektsutjamninga er avhengig av nasjonal skatteinnang, og er samstundes noko vanskeleg å periodisere i budsjettet. Vi må foreløpig anta at samla skatt vert som budsjettert. Aksjar og obligasjonar har gitt mindreinntekt i høve budsjett dei sista åra, men viser no betre avkastning. Det er likevel tidleg å konkludere med at dette vil gje oss større meirinntekter i 2017.

Vi kan forvente lave renter i heile 2017, og her vil det verte eit mindreforbruk i høve budsjett.

#### **Revidert statsbudsjett: Endringar i det økonomiske opplegget for 2017**

##### Lønsvekst

Pårekna lønsvekst blir redusert frå 2,7 prosent i statsbudsjettet til 2,4 prosent i revidert nasjonalbudsjett. Kostnadsinnsparing for kommunane som følgje av lågare lønsvekst er rekna til om lag kr. 720 mill. Kostnadsdeflatoren for kommunesektoren blir redusert frå 2,5 prosent i stats-budsjettet til 2,3 prosent i revidert nasjonalbudsjett. Løn tel om lag 2/3 del av deflatoren.

##### Skatteinntekter

Lågare lønsvekst fører til lågare skattevekst for kommunane. Pårekna skatteinntekter for kommunane er redusert med kr. 707 mill. frå nivået i statsbudsjettet. Pårekna skattevekst i år for kommunane blir difor redusert frå 1,5 prosent til 1,0 prosent, i høve til faktisk innkomen skatt i 2016.

Låg pårekna skattevekst frå 2016 til 2017, også opphavleg i statsbudsjettet, skuldast ekstraordinær høg skattevekst i 2016. Kr. 132 mill. av skattereduksjonen for kommunane skuldast endringar i skattereglane, blant anna auka minstefrådrag på pensjon. Denne delen av skattereduksjonen vil bli kompensert gjennom auka rammetilskot til kommunane.

##### Investeringsstilskot omsorgsplassar

Det er framlegg om å utvida løyvinga i år for investeringstilskot til heildøgns omsorgsplassar. Det har vore stor søknadsinnang for å få investeringstilskot. Utvidinga vil gi grunnlag for å kunne gi investeringstilskot til 1300 fleire omsorgsplassar enn i statsbudsjettet. Løyvinga i statsbudsjettet ga grunnlag for investeringstilskot til 1800 plassar, slik at det no vil kunne bli gitt tilskot til 3100 plassar i år. Det vil også omfatta rehabilitering av eksisterande gamle plassar, jf. omlegginga av ordninga frå 2021 til berre å omfatta netto vekst i talet på plassar. Tilskotssatsane av godkjent investeringsgrunnlag er uendra, det vil seie 55 prosent for sjukeheimsplassar og 45 prosent for omsorgsbustader med heildøgns omsorg.

##### Tilskot til fleire barnehagelærarar

Regjeringa ynskjer eit større krav til kompetanse i barnehagane. I statsbudsjettet er det løyvd kr. 172,2 mill. i øyremerkt tilskot til tilsetjing av fleire barnehagelærarar. Det er no framlegg om å innlemma dette øyremerkte tilskotet i rammetilskotet allereie for i år. Tilskotet, kr. 172,2 mill., er i år for perioden august og ut året, det vil seie 5/12 av året. I 2018 vil tilskotet som følgje av heilårseffekt bli utvida til om lag kr. 413 mill.

## Drift tenesteområda

Det har gjennom 1.tertial vorte arbeidd aktivt med å planlegge og iverksetje tiltak for å nå budsjettbalanse pr 31.12.2017

### Felles økonomi

Felles økonomi er fellesutgifter, politisk, rådmann og diverse tilskot (mellom anna Kyrkja, AO- senter og Frivilligsentral). Konesjonskraft vert inntektsført her. Pr 1.tertial er det eit mindreforbruk på om lag 0,5 mill. Avviket er i stor grad eit periodiseringsavvik knytt til IKT-drift.

Tenesteområde	Reknskap pr 1.tert. 2017	Budsjett pr 1.tert 2017	Avvik pr 1.tert 2017	Årsbudsjett 2017	Reknskap pr 1.tert 2016
Politisk/Rådmann/Stab	9 918 675	10 461 689	543 016	30 917 765	6 768 152

### Helse og omsorg

Helse og omsorg har ei samla budsjetttramme på om lag 122,3 mill. Pr 1.tertial er det eit avvik på -3,7 mill innafor tenesteområdet. Det har vore auka utgifter til utskrivingsklare pasientar i 1.tertial (-0,7 mill). Det er avvik knytt til barnevern og sosialteneste, men tiltak frå hausten vil lukke avviket. Grunna meirinntekter frå introduksjonsordninga og vaksenopplæring har eininga overskot, dette er delvis eit periodiseringsavvik. Heimetenesta har eit meirforbruk som er knytt til drift både til heimebasert omsorg (-0,6 mill) og drift av Elvevegen (-0,6 mill). Sjukeheimstenesta har utfordringar med omstillinga, og har det største meirforbruket, avviket her er knytt til løn.

Tenesteområde	Reknskap pr 1.tert. 2017	Budsjett pr 1.tert 2017	Avvik pr 1.tert 2017	Årsbudsjett 2017	Reknskap pr 1.tert 2016
Felles Helse og omsorg	2 579 300	1 961 785	-617 515	4 896 850	1 781 027
Folkehelse og familie	10 927 231	11 496 680	569 450	26 224 000	10 453 417
Heimetenesta	20 891 749	19 630 166	-1 261 583	49 186 000	20 334 614
Sjukeheimstenesta	16 792 583	14 446 182	-2 346 402	41 957 000	16 454 368
<b>Sum</b>	<b>51 190 863</b>	<b>47 534 813</b>	<b>-3 656 050</b>	<b>122 263 850</b>	<b>49 023 426</b>

### Oppvekst

Oppvekst har ei samla budsjetttramme på 71,4 mill. Pr 1.tertial er det eit avvik på -0,2 mill innafor tenesteområdet. Avvik innafor Barnehage skuldast i hovudsak høge vikarutgifter.

Tenesteområde	Reknskap pr 1.tert. 2017	Budsjett pr 1.tert 2017	Avvik pr 1.tert 2017	Årsbudsjett 2017	Reknskap pr 1.tert 2016
Felles Oppvekst	1 850 697	1 806 135	-44 562	3 763 991	851 534
Skule	15 194 933	15 181 817	-13 117	45 157 000	16 537 494
Barnehage	7 132 632	6 994 796	-137 836	22 441 000	7 504 699
<b>Sum</b>	<b>24 178 262</b>	<b>23 982 748</b>	<b>-195 515</b>	<b>71 361 991</b>	<b>24 893 727</b>

### Samfunnsutvikling

Samfunnsutvikling har ei budsjetttramme på om lag 39,1 mill. Pr 1.tertial er det eit avvik på 0,2 mill. Innføring av registreringsystem og auka aktivitet knytt til økonomistyring har gitt resultat.

Tenesteområde	Reknskap pr 1.tert. 2017	Budsjett pr 1.tert 2017	Avvik pr 1.tert 2017	Årsbudsjett 2017	Reknskap pr 1.tert 2016
Samfunnsutvikling	14 196 555	14 396 729	200 174	39 081 002	18 276 351

Folketalsendringar 1.kvartal: 4101 innbyggjarar pr 31.03.2017 , ned 22 sidan 31.12.16

## Organisasjon

### Omstilling og endring

Endeleg løyving til tenestemråda vart noko høgare etter endeleg inntektsgrunnlag for 2017 vart kjend. Samla er rammene likevel reduserte frå tidlegare, og tilpassingar og effektivisering er nødvendig i budsjettåret og seinare.

I budsjettet for 2017 står det meir om kva grep me vil gjera for å løyse oppdraget vårt:

*« Det skal gjennomførast tilpassingar til reduserte budsjettammer og effektivisering av tenestetilbodet i alle einingar og på alle nivå. Dette vil krevje tilstrekkeleg leiarkraft, medverknad frå tilsette, samarbeid med tillitsvalde og aktiv stabstøtte i gjennomføringa. Det vil også vera behov for justeringar i organiseringa, t.d. vil det vera naturleg å tilpasse organiseringa i helse og omsorg i samsvar med Lev Vel – prosjektet». Dette er også skildra i økonomidelen og under tenestemråda.*

### Justering organisasjon

Roller og oppgåver kan endre seg over tid gjennom omstillingar og omorganiseringar på grunn av endra behov eller rammevilkår. Dette skjer på alle nivå og er noko alle tilsette må vera førebudd på.

I samsvar med vedtatt økonomiplan og årsbudsjett pågår det ein prosess for å tilpasse organiseringa av administrasjonen. Prinsippa i organisasjonsmodellen frå 2013 vert vidareført. Grunnlaget for endringane er som omtalt behovet for tilpassingar av helse og omsorg i samsvar med utviklingsarbeidet som pågår der.

Lev Vel prosjektet skal bidra til å realisere vedtatte mål i kommunedelplan helse og omsorg og bidra til å utvikle heilskaplege helse og omsorgstenester for framtida. For å støtte opp om og realisere måla i Lev Vel prosjektet må me tilpasse organisasjonen til dei nye satsingane. Styrka fokus på dei to hovudsatsingane ressurscenter demens på Vaksdal og helsehuset på Dale, samt å fase inn dei nye tilboda i omsorgstrappa er hovudfokuset. Tidleg på nyåret starta me ein prosess saman med leiarar og tillitsvalde for å finne den beste organiseringa.

Kommunalsjef helse og omsorg er frå i år i store deler av stillinga si prosjektleiar for Lev Vel prosjektet i 3 år, kommunalsjefstillinga er derfor sterkt redusert og vil ha begrensa oppfølgingskapasitet framover. Overordna strategisk ansvar, samt sakshandsaming ligg framleis til stillinga.

For å sikre tilstrekkeleg heilskap og kapasitet vert tenestene samla i ei eining under ein leiar. Omsyn som er lagt særskilt vekt i organisering av helse og omsorg er å styrke ei heilskapleg teneste, sikre evne til gjennomføring av planlagde satsingar som m.a. etablere manglande trinn og tilpasse dei ulike trinna i omsorgstrappa, einheitleg leiing og sikre ein heilskapleg ressursbruk og kompetanseutvikling

Me har hatt som mål å gjennomføre ein ryddig prosess, behalde kompetanse og ikkje skape unødig uro i organisasjonen.

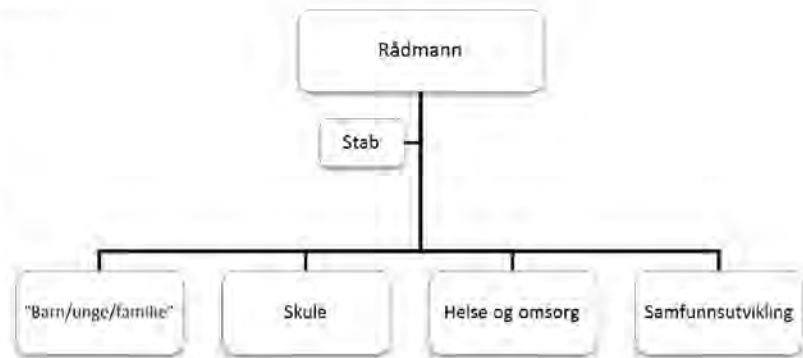
Alt er ikkje ferdig pr. arbeidet med 1. tertial i mai, men dette er klart:

Eininga folkehelse og familie vert delt; legesenter, fysio/ergo og rus/psykiatri vert lagt til helse og omsorg. Helsestasjon, barnevern og NAV vert overført til oppvekst der PPT og VIS allereie er organisert. Barnehage vert utvida til å omfatte helsestasjon, barnevern og PPT samt VIS med førebels arbeidstittel «barn/unge/familie». Dette er venta klart over sommaren.

Innfasinga er litt gradvis. Einingsleiar helse og omsorg Silje-Iren N. Olsen vil delvis starte 1.juni samstundes som ho i ein overgangsfase også vil ha noko ansvar for tenestene som går til oppvekst. Eininga får to større avdelingar i samsvar med satsinga: ressurscenter og helsehus.

Organisasjonskartet ser førebels slik ut, endeleg organisering vil vera klar til 2. tertial pr.august.

Organisering innad i einingane vil og vera klar i haust.



## HMT

Sjukefråvær pr 1.kvartal 2017 (i prosent - tal 2016 i parantes)

Eining	1.K17 (16)	2.K17 (16)	3.K17 (16)	4.K17 (16)	2016	2015	Måltal
Barnehage	9,7 (13,4)	(12,3)	(5,1)	(8,8)	9,8	13,3	8,0
Skule	9,5 (8,5)	(8,9)	(2,5)	(6,0)	6,4	4,8	5,0
Folkehelse og familie	6,2 (5,0)	(3,7)	(5,2)	(9,4)	5,9	11,3	7,5
Samfunnsutvikling	11,7 (12,0)	(7,2)	(7,8)	(10,6)	9,4	11,5	7,0
Heimetenesta	14,8 (13,8)	(15,7)	(15,1)	(13,5)	14,5	13,8	9,5
Sjukeheimstenesta	9,7 (13,3)	(15,1)	(14,7)	(13,2)	14,1	17,5	9,5
Rådmann, stab, PPT, lærlinger mm	7,3 (7,8)	(5,4)	(5,3)	(5,8)	6,0	2,2	2,5
<b>Kommunen samla</b>	<b>9,8 (11,3)</b>	<b>(10,8)</b>	<b>(8,5)</b>	<b>(9,8)</b>	<b>10,1</b>	<b>10,9</b>	<b>7,0</b>

Korttidsfråveret er generelt noko høgare om vinteren. Langtidsfråveret syner ei positiv utvikling. Det vert jobba systematisk og målretta med tidleg og tett oppfølging og fråveret er noko lågare enn tidlegare år. Snittet for kommunane er 10% i følgje tal frå KS pr 2016.

År	1.kv	2. kv	3.kv	4.kv	samla
2007	11,8	9,9	10,3	9,8	10,7
2008	11,4	8,8	6,6	7,9	9,1
2009	10,0	10,4	11,5	9,3	10,4
2010	9	7,6	7,8	9,7	8,9
2011	10,8	9,6	8,2	11,5	10
2012	11,5	9,1	5,8	8,4	8,8
2013	9,7	8,4	7,3	10,5	9,1
2014	11,4	10,9	9	11,8	11
2015	11,8	10,9	8,5	10,8	10,9
2016	11,2	9,7	7,9	9,8	10,1
2017	9,8				

Det er gjennomført medarbeidarundersøking i mars/april, resultat og analysar vil ligge føre ved 2.tertial. Me nyttar KS/KF si undersøking og denne var i år i ny form med hovudvekt på mestring, motivasjon, medarbeidarskap og leiing. Alle tilsette uansett stillingsstørrelse er invitert til å delta. Svarprosenten var også denne gang svært god, målet var min. 65%, me nådde 73%.

## Vedlegg 1: Nærare om tenesteområder og einingar

### Tenesteområde Oppvekst

Tenesteområdet oppvekst er skular, barnehagar, PPT og Vaksdal introcenter.

Tenesteområde	Reknskap pr 1.tert. 2017	Budsjett pr 1.tert 2017	Avvik pr 1.tert 2017	Årsbudsjett 2017	Reknskap pr 1.tert 2016
Felles Oppvekst	1 850 697	1 806 135	-44 562	3 763 991	851 534
Skule	15 194 933	15 181 817	-13 117	45 157 000	16 537 494
Barnehage	7 132 632	6 994 796	-137 836	22 441 000	7 504 699
<b>Sum</b>	<b>24 178 262</b>	<b>23 982 748</b>	<b>-195 515</b>	<b>71 361 991</b>	<b>24 893 727</b>

Tenesteområdet har eit negativt avvik på om lag - 0,2 mill. Tilpassing til rammevilkåra som ligg i økonomiplanen har stort fokus og vi arbeider kontinuerleg for å tilpasse drifta både i skule og barnehage. Oppvekst har det faglege ansvaret for Vaksdal introcenter, men dette er budsjettert under Folkehelse og familie. VIS er budsjettert til å gå i 0, då statlege tilskot skal dekke utgifter og drift av introcenteret.

Tilsetjingsprosess for oppstart haust 2017 er i gang. Innan skule er dei nye krava til undervisningskompetanse ein viktig føresetnad for tilsetjing.

Alle tilsette i skule, barnehage, PPT, helsestasjonen og barnevernet hadde ved oppstart av året ein felles fagdag med temaet «Dei sårbare borna - frå bekymring til handling», om born ein er bekymra for og spesifikt om born som er utsatt for seksuelle overgrep og vald i familien. Basert på gjennomført ROS –analyse vert tiltak som opplæring og rutinegjennomgang iverksatt. Samarbeidsrutine ved mistanke om vald og overgrep mot born vart gått gjennomgått og revidert.

#### Mål og måloppnåing / Tenesteproduksjon

- *Vi er aktive oppveksteigarar, både politisk og administrativt, og leiarar som vurderer og forbetra kvaliteten i barnehage og skule gjennom dialogbasert styring*

Oppvekst eigarar og oppvekstleiarane har gjennom leiarutviklingsprogram fått auka kunnskap om dialogbasert styring. Ei eiga samling for politisk og administrativt oppveksteigarnivå er gjennomført i tillegg til samling for leiarar. Det er utarbeid tilstandsrapport for skule som vert lagt fram for politisk nivå våren 2017.

I 1. tertial har området hatt fokus på vurderer og å følgje opp kvaliteten på læringsmiljøet og læringsutbytte i tett dialog med barnehagar og skular. Det er gjennomført kvalitetsdialogar i barnehagar, medan skulane har gjennomført ståstadsanalysar på den enkelte skule.

Skulane har òg hatt oppstart med nasjonalt rettleiarkorps «Rettleiing for kvalitetsutvikling», Udir, der fokus dei to første rettleiingane har vore analyse av den enkelte skule sine læringsresultat, læringsmiljø og dei tilsette si vurdering. Analysane og vurderingane skal danna grunnlag for felles utviklingsområder i skulane i Vaksdal dei neste to åra.

Elles gratulerer vi Eksingedalen skule med sølvplass og Stanghelle skule med bronseplass i Nyskjerrigper-konkurransen 2017. Dette er døme på god læring og godt læringsmiljø.

Ved søknad til barnehage for hausten 2017 har vi ei auke i tal barn og plassar i høve fjoråret. Alle borna med rett som er søkt inn i barnehagen frå hausten 2017 har fått plass og det fordelar seg slik:

Barnehage	Plassar / tal born 2013/2014	Plassar / tal born 2014/2015	Plassar / tal born 2015/2016	Plassar / tal born 2016/2017	Plassar / tal born 2017/2018
Stamnes	18,4 / 20	15,5 / 14	15,60 / 12	12,4 / 12	17 / 14
Dale	40,4 / 43	42,7 / 43	33,9 / 37	35,7 / 36	36 / 36
Stanghelle	71,4 / 64	101,8 / 73	110,2 / 76	102,7 / 71	114 / 77
Vaksdal	71,8 / 67	82,2 / 64	63,4 / 51	60,4 / 46	84 / 64
Totalt	202 / 194	242,2 / 194	223,1 / 176	211,2 / 165	251 / 191

På skulane i Vaksdal startar 44 born hausten 2017.

Elevane er fordelt slik:

- Vaksdal skule, 11 elevar
- Stanghelle skule, 16 elevar
- Dale barne- og ungdomsskule, 13 elevar
- Stamnes, 4 elevar

Det byrjar 44 elevar på ungdomsskulen, medan 47 elevar er klare for vidaregåande skule. Alle elevtala er pr. 30.04.17.

#### HMT:

Barnehagane og skulane arbeider med nærvær på arbeidsplassen der fokus er kor viktig den enkelte tilsette er for kvaliteten på tenesta. Stabilitet i personalet gjev tryggleik for born og unge. Tala viser at både skule og barnehage ligg under målet. Spesielt skule har auka sjukefråvær samalikna med same periode i fjor. Det er variasjon i sjukefråværet mellom dei ulike skulane og barnehagane. Pr. 1 tertial er langtidsfråværet lågt, medan kortidsfråværet er høgare. Skulane og barnehagane har gjennomført dialogmøter i høve NAV i 1. tertial. Alle barnehagane og skulane har gjennomført vernerunde og alle har verneombod.

## Barnehage

	Reknskap pr 1.tert. 2017	Budsjett pr 1.tert 2017	Avvik pr 1.tert 2017	Årsbudsjett 2017	Rekneskap pr 1.tert 2016
Barnehage	7 132 632	6 994 796	-137 836	22 441 000	7 504 699

Barnehage har eit negativt avvik på om lag 0,1 mill,-. Avviket kan forklarast mellom anna med auka bruk av vikarar og manglande refusjonar i april. Ved å setje inn tiltak som redusera vikarbruken forventar barnehage å vera i balanse ved årsslutt. Auka brukarbetaling vil òg styrke budsjettet.

Forventa ny lov om utvida rett til barnehage, der born som er født innan 30. november førre år får rett til barnehageplass, og eit forholdsvis stort årskull i 2015 gjer at det er ei auke i tal barnehageplassar året 2017/2018. Dette fører til fleire tilsette i barnehagen frå hausten 2017. Det må sjåast i heilårsperspektiv. I dei barnehagane der det er over 18 barn på ein eller fleire avdelingar, vert det sett inn 1 pedagog ekstra pr. 18 plassar. Ny rammeplan for barnehage vart vedteke av stortinget i april 2017 og den er gjeldande frå 1. august 2017.

#### Mål og måloppnåing / Tenesteproduksjon

- Barnehagen legg til rette for at føresette kan delta aktivt i utforminga av tilbodet.

Vi nyttar lærande møte som metode på møteplassane våre, både med tilsette og føresette, der forpliktande oppfølging er ein føresetnad. Meir aktivt samarbeid med SU som ledd i å få større

frammøte frå foreldregruppa. Låg deltaking på møter er ein utfordring. Foreldreundersøkinga viste ynskje om betring av kommunikasjon og informasjon. Vi innfører VIGILO for foreldra frå hausten.

- *Dei tilsette har god kompetanse om borna si utvikling, både språkleg og sosialt.*

Vi arbeider vidare med DUÅ slik at det vert ein del av kvardagen i barnehagane. DUÅ er på sakslista på alle avdelingsmøter og personalmøter og vi planlegg små interne oppfriskningskurs. Vi gjer arbeid med språk og språkopplæring synleg og systematisk i kvardagen med reiskapane Språkløyper og Grep om begrep. Alle barnehagane jobbar med det Språkløyper i heile personalet og alle barnehagane nyttar Grep om begrep.

## Skule

	Reknskap pr 1.tert. 2017	Budsjett pr 1.tert 2017	Avvik pr 1.tert 2017	Årsbudsjett 2017	Rekneskap pr 1.tert 2016
Skule	15 194 933	15 181 817	-13 117	45 157 000	16 537 494

Skule er i balanse pr 1.tertial. Statleg tilskot til tidleg innsats vert nytta til delingstimar for 1-4 klasse. Eininga arbeider med å tilpasse drifta til rammene for resten av året og framover. Arbeid med å redusere sjukefråver og vikarbruk er prioritert. Det er eit negativt avvik innafør SFO på vel 0,3 mill, noko som skuldast nedgang i brukarar/brukarbetaling samstundes som bemanninga er den same. Bemanninga på SFO vil verta justert frå hausten 2017.

Auka busetjing av flyktingar og familiegjeforeing viser eit auka elevtal i skulane våre. I januar viste tala at om lag 14 % av elevane ved Dale barne- og ungdomsskule har minoritetsbakgrunn. Skulen har i 1. tertial utarbeida rutinar for å møte borna på ein god måte og lagt til rette for norskopplæring. Dette arbeidet vil fortsetje ut skuleåret og ha fokus ved oppstart hausten 2017.

Forventa fordeling av elevtal hausten 2017

Skule	1.årssteg	2.årssteg	3.årssteg	4.årssteg	5.årssteg	6.årssteg	7.årssteg	8.årssteg	9.årssteg	10.årssteg
Vaksdal	11	12	21	17	29	14	22			
Stanghelle	14	18 + 7 (25)		9 + 14 (23)		10+13 (23)				
Dale	14	15	20	13 + 8 (21)		18	12	44	35	39
Stamnes*	4	0	9	9	6	7	2			
Eksingedalen**	0	0	1	1	1	1	2	0	3	0

\* Stamnes vert 3-delt

\*\* Eksingedalen vert 2-delt

## Mål og måloppnåing / Tenesteproduksjon

*Elevane opplever læring i eit trygt og godt læringsmiljø*

Vi held fram med systematisk arbeid med PALS som verktøy slik at det vert ein del av kvardagen i skulane. I elevundersøkinga på 7. og 10. årssteg, gjennomført vinteren 2017, melder 0 % av elevane om at dei vert mobba. Vaksdal er 1 av 28 kommunar i Noreg som kan vise til slike gode resultat.

*Elevane deltek i vurderinga av si eiga læring*

Gjennom systematisk arbeid med blant anna utviklingssamtalen er det fokus på at eleven sjølv deltek i vurderinga av si eiga læring. Området må arbeidast vidare med.

*Skulane auka kompetanse for læring og undervisning i aldersblanda grupper, spesielt i faga norsk, matematikk og engelsk*

Dette arbeidet vert sett fokus på til hausten der tidleg innsats er hovudfokus med bakgrunn i kartleggingsprøvar gjennomført våren 2017. I tillegg arbeider skulane med velja ut og ta i bruk å digitale verkty som legg til rette for betre å kunna undervisa aldersblanda grupper.



## Tenesteområde helse og omsorg

Tenesteområdet utfører tenester i heile skalaen for tenesteyting og femner om alle aldersgrupper og alle diagnosegrupper. Målsetnaden er at den einiskilde i størst mogeleg grad kan meistra eige liv.

Tenesteområde	Reknskap pr 1.tert. 2017	Budsjett pr 1.tert 2017	Avvik pr 1.tert 2017	Årsbudsjett 2017	Rekneskap pr 1.tert 2016
Felles Helse og omsorg	2 579 300	1 961 785	-617 515	4 896 850	1 781 027
Folkehelse og familie	10 927 231	11 496 680	569 450	26 224 000	10 453 417
Heimetenesta	20 891 749	19 630 166	-1 261 583	49 186 000	20 334 614
Sjukeheimstenesta	16 792 583	14 446 182	-2 346 402	41 957 000	16 454 368
<b>Sum</b>	<b>51 190 863</b>	<b>47 534 813</b>	<b>-3 656 050</b>	<b>122 263 850</b>	<b>49 023 426</b>

Ved utgangen av 1. tertial har tenesteområdet samla eit avvik på -3,7 millionar. Det største avviket finn me innanfor sjukeheimstenesta og skuldast bruk av fleire sjukeheims plassar enn det er budsjettet for. Heimetenesta sine overskridingar skuldast overforbruk på lønspostar. Innan Folkehelse og familie er det overforbruk innan barnevern og på økonomisk sosialhjelp, medan integreringstilskot går i pluss. På fellesområdet skuldast overskridingar betaling til spesialisthelsetenesta for fleire utskrivingsklare pasientar enn budsjettet. Særleg var det høge tal i jan/feb, langt meir enn det ein kan forventa i ein kommune av Vaksdal sin storleik. Me oppfattar dette som ekstraordinært, frå april er tala normalisert og me ventar det vil jamne seg ut over året. Me har nytta den fleksibiliteten me har i sjukeheimstenesta for å løysa utfordringane.

Helse og omsorg er inne i ein periode med tilpassingar og endringar. Det er ein utfordrande periode før me har fått på plass tenestene i alle trinn i omsorgstrappa. Det krev kompetanseheving, utvikling av nye metodar og godt samarbeid på tvers for å sikra best mogleg pasientflyt og tidleg innsats der ressursar og kompetanse vert nytta på rett stad. Justering av organiseringa er planlagt for å støtta opp om denne prosessen.

Tiltak det vert jobba med for å balansere drifta over året

- Etablere nye trinn i omsorgstrappa (BEON prinsippet)
  - Omdisponering av tidlegare rom til andre type plassar som er betjent av heimesjukepleie
  - Styrking av rehabilitering som vil gje raskare/betre opptrening
- Gevinstar frå ny organisering for ein del fellesfunksjonar
- Meir heilskapleg ressursbruk i eininga

**Prosjektprogrammet «Lev Vel i Vaksdal»:** aktivitetar og framdrift er i tråd med vedteke styringsdokument og milepælsplan. Arbeidsgrupper for dei to hovudsatsingsområda, Helsehus og Ressurssenter demens, er etablert og i gang med arbeidet. Prosjekt- og styringsgruppe har hatt møte i 1. tertial, og delprosjekt vert avslutta og igangsett som planlagt. Me har etablert godt samarbeid med utviklingssentra og aktuelle fag- og forskingsmiljø. Samarbeid med forskarar rundt forskingsprosjekt brukarmedverknad demens er etablert, og det er sett ned referansegruppe som hadde sitt første møte i 1. tertial. (Sjå vedlagde oversikt over aktivitetar/delprosjekt) Det vart i 1. tertial søkt om skjønsmidlar og innovasjonsmidlar frå Fylkesmannen. Me fekk kr 200.000 av skjønsmidlar, innovasjonsmidlar vert tildelt i 2. tertial.

### Mål og måloppnåing / Tenesteproduksjon

Mål budsjett 2017	Tiltak	Status
Utgreiing, planlegging, gjennomføring av tiltak som styrkar dei to manglande trinna i omsorgstrappa.	Styrking av tverrfaglege ressursar. Auka stillingar for fysio- og ergoterapeut. Utprøving og implementering av nye tenester og metodar.	Tilsetting vert gjort i 2. tertial. Fleire prosjekt på gang rundt utprøving av nye metodar, t.d. teknologi og samarbeid med frivillige.
Alle einingar skal gjennomføra brukarundersøking.	Lokalt tilpassa brukarundersøkingar. Deltaking i nasjonale undersøkingar.	Brukarundersøkingar er planlagt gjennomført i 3. tertial.
I løpet av året skal første trinn av brukarlab for teknologi på Helsehuset vera etablert.	Førebels plassering av brukarlab Plassera ut produkta frå prosjekt saman med Karde og andre egna produkt. Tilgang til pc til brukarlab for rettleiing og informasjon om aktuelle appar og nettsider. Deltaking i aktuelle prosjekt og samarbeid for utprøving av aktuell teknologi og produkt.	Det vart etablert førebels brukarlab i Glashuset på Daletunet i slutten av april. Produkt frå Karde-prosjektet er plassert der saman med andre egna produkt. Pc med nett-tilgang er plassert på og ved brukarlab. Vert nytta til råd og rettleiing og til opplæring av brukarar. Deltok i eksterne prosjekt/samarbeid. M.a. deltaking i teknologinettverk og to nye prosjekt saman med Karde i 2017.
Tildelingskriterier for tenester skal reviderast med endringar som følgje av lovending som gir rett til sjukeheim eller liknande bustad.	Utarbeida og vedta kommunal forskrift knytt til rett til sjukeheim eller liknande bustad.	Forskrift er under utarbeiding og vert lagt fram til politisk handsaming over sommaren.

### Heimetenester

Brukarane av tenesta skal få bu heime så lenge som råd. Tenester vert tildelte etter individuelle vurderingar og i tråd med vedtekne serviceerklæringar.

### Økonomi

	Reknskap pr 1.tert. 2017	Budsjett pr 1.tert 2017	Avvik pr 1.tert 2017	Årsbudsjett 2017	Rekneskap pr 1.tert 2016
Heimetenesta	20 891 749	19 630 166	-1 261 583	49 186 000	20 334 614

Det er eit underskot i eininga på 1,3 mill. Underskotet er primært på løn. Høgt sjukefråvær og vanskar med å få tak i nok vikarar med rett kompetanse har gjort at ein har nytta overtid og vikarbyrå. I bufellesskapet har det vore trong for ekstra bemanning fram til april. Heimesjukepleien har etter nyttår hatt reduksjon i tal brukarar, men ei auke i vedtakstimer. Det er venta auka inntekter knytt til resurskrevjande brukarar og andre tiltak. Reduksjon av sjukefråver og effekt av tiltaka i ny eining skal balansere tiltaka over året.

### Mål og måloppnåing / Tenesteproduksjon

Mål budsjett 2017	Tiltak	Status
Innføre ernærings-kartlegging som ein del av dei systematiske prosedyrane i Heimetenesta.	Delta i ernæringsnettverk knytt til pasienttryggleikskampanjen	Første samling i nettverket var i mars. Har starta arbeid med å finne kartleggingsverktøy og brukarar.
Kartlegge brukarar saman med Folkehelse og familie for å utvikle tenestetilbodet og omprioritera ressursar.	Gjennomføre kartlegging, lage rapport og analysa Lev vel – Forsking og rapporter Gjennomføre tiltak	Vert ivaretatt i ny organisering organiseringa i helse og omsorg.

Flytte dagsenter for psykisk utviklingshemma til andre lokalar i samarbeid med AO senteret.	Planlegge og utrede og høyring blant involverte parter Lage teikningar og prosjektere Anbod, ombygging og innreie	Har byrja planlegging – første utkast av teikningar er laga. Byrja høyring blant dei tilsette både i Elvevegen og Ao – senteret.
Fysisk samlokalisering av avdelingar som kan ha nytte av å samarbeida.	Lev vel prosjekt, arb.gruppe Helsehus Utnytte areal som står tomme	Arbeidsgrupper knytt til Helsehus og Demenssenter har starta planlegging.

## HMT

Eininga har hatt eit høgt sjukefråver 1 tertial, dette er utfordande for drifta.

## Sjukeheimstenester

Eininga skal driftast innan gjeldande kvalitetskrav og lovmessige og økonomiske føringar. Sjukeheimstenesta må leggja til rette for å nå målsetninga om at alle kan bu heime så lenge som råd.

## Økonomi

	Reknskap pr 1.tert. 2017	Budsjett pr 1.tert 2017	Avvik pr 1.tert 2017	Årsbudsjett 2017	Rekneskap pr 1.tert 2016
Sjukeheimstenesta	16 792 583	14 446 182	-2 346 402	41 957 000	16 454 368

Eininga har eit meirforbruk pr. 1 tertial grunna høgare belegg enn budsjettert i dei tre fyrste månadene slik omtalt under tenesteområdet. Frå april er situasjonen normalisert og det er venta ei utjamning over året. Endra organisering og betre dimensjonering av trinna i omsorgstrappa skal bidra til å redusere meirforbruket samstundes som kommunen har eit forsvarleg tenestetilbod, sjå elles tiltak under fellesdel tenesteområde.

## Mål og måloppnåing / Tenesteproduksjon

Mål budsjett 2017	Tiltak	Status
Implementera systematisk brukarundersøking på korttidsavdelinga.	Gjennomføra undersøking for pasientar på korttidsavdelinga.	Vert utført i 3. tertial.
Ta i bruk metodar som mogleggjer brukarmedverknad frå personar med demens og deira pårørande for å nytta deira innspel ved utforming av ressurscenter for demens.	Medvirke i prosjektet MEDVIRK – DEM (forskningsprosjekt rundt brukarmedverknad frå personar med demens og deira pårørande)	Samarbeid med forskarar er etablert, og planlegging er starta. Referansegruppe med pårøranderepresentantar er etablert og har hatt sitt første møte.
Iverksetja program for fagutvikling på ein av institusjonane.	Delta i <i>Demensomsorgens ABC</i> i regi av Utviklingssenteret.	Oppstart hausten 2017, truleg med deltakarar frå begge institusjonane.
Gjennomføra prosjekt med fullelektronisk journalføring på ei av sjukeheimsgroppene.	Etablere digitalt arkiv Opplæring av tilsette i bruken av EPJ (elektronisk pasientjournal)	Digitalt arkiv er etablert og rutiner utarbeida. Opplæringsplan for tilsette er utarbeida.

## HMT

Sjukefråveret i perioden er lågare enn tidlegare.

## Folkehelse og familie

Folkehelse og familie består av tre avdelingar. Det er familieavdelinga med tenestene barnevern, helsestasjonen/skulehelsetenesta og rus- og psykiatri, legekontoret saman med fysioterapi og ergoterapi, og avdeling for arbeid og velferd som består av Nav og Vaksdal Introsenter.

### Økonomi

	Reknskap pr 1.tert. 2017	Budsjett pr 1.tert 2017	Avvik pr 1.tert 2017	Årsbudsjett 2017	Rekneskap pr 1.tert 2016
Folkehelse og familie	10 927 231	11 496 680	569 450	26 224 000	10 453 417

Ved utgangen av 1. tertial har Folkehelse og familie eit positivt avvik på om lag 0,6 mill kr. Ein ser utfordringar innanfor NAV (økonomisk sosialhjelp) og barnevern (særleg tiltak i familien). Tiltak i familie/heim er positivt, men det er dyre tiltak som ofte må kjøpast eksternt p.g.a. manglande kompetanse. Som liten kommune er det ikkje forventa at ein har denne typen spesialkompetanse.

Tiltak er sett inn p.g.a. overforbruk i tenesteområdet samla, blant anna redusert bruk av vikar i påvente av tilsetting i stillingar. Ved sjukdom vert det nøye vurdert om tenestene tek inn vikar og vert det gjort er det i lågare prosent enn sjukefråværet. På helsestasjonen er det tilsett helsesøster, men personen går ikkje inn i full stilling før i august. Me skal rekruttere ein aktivtetskoordinator for blant anna å ha eit tilbod til den som mottok økonomisk sosialhjelp med mål om å rettleia personar under 30 år inn i arbeid eller vidare utdanning.

### Mål og måloppnåing / Tenesteproduksjon

Mål uttrykt i budsjett 2017	Tiltak	Status
Gjennomføra brukarundersøking for helsestasjonen, samt ergoterapi og fysioterapi	Nyttar skjema for spørjeundersøking frå <a href="http://www.bedrekommune.no">www.bedrekommune.no</a> (standardisert)	Vert gjennomført hausten 2017
Minst 55% av dei som går ut av introduksjonsprogrammet skal over i ordinær utdanning og/eller arbeid	Vaksdal Introsenter jobbar kontinuerlig med forbetring av program for å kunne nå målet.	I samband med sommarferien går første pulje ut av program. Dokumentert måloppnåing vil visa seg januar 2018.
Utvikle samarbeidet med AO senteret for å få fleire i arbeid.		Ikkje starta.

### HMT

Sjukefråveret er under måtalet og stabilt over tid.

## Tenesteområde Samfunnsutvikling

Folketalsauke er ei hovudmålsetjing for kommunen og ligg til grunn for arbeidet med bustadutvikling, næringsutvikling og tenesteutvikling i kommunen fram mot 2040.

### Mål og satsingar i 2017

- Arbeid med områdeplaner for Vaksdal og Stanghelle.
- Inngå avtale om utbygging på Stanghelle vest med akseptabel økonomisk risiko for kommunen.
- Aktiv deltaking i statleg reguleringsplan for ny veg og bane Arna - Stanghelle.
- Gjennomføre utbygging av nytt vassverk Vaksdal og tiltak knytt til avlaup.
- Planlegging av ny barne- og ungdomsskule på Dale samt tilbygg på Vaksdal skule.

### Status:

Arbeidet med områdeplanar er i oppstartsfasen, ref investeringar - kommentar. For Stanghelle Vest er reguleringsplanen godkjent og detaljprosjektering av infrastruktur pågår. Kommunen ved politisk og administrativt nivå er tett på prosessen med statleg reguleringsplan for veg og bane Arna-Stanghelle. Framlegg til planprogram er venta tidleg haust. Utbygging av nytt vassverk på Vaksdal er mellombels utsatt i påvente av traseval for ny vei.

Planlegging av ny barne- og ungdomsskule er i gang. Tomteval vart vedtatt av kommunestyret i april. Arkitekt er kontrahert og prosjektet er i oppstart med programmeringsfase.

Fylkesmannen har gjennomført tilsyn med samfunnstryggleik og beredskap i mars/april, rapport ligg ikkje føre enda.

## Samfunnsutvikling

(tal er ekskl sjølvkost)

	Reknskap pr 1.tert. 2017	Budsjett pr 1.tert 2017	Avvik pr 1.tert 2017	Årsbudsjett 2017	Rekneskap pr 1.tert 2016
Samfunnsutvikling	14 196 555	14 396 729	200 174	39 081 002	18 276 351

Eininga har eit regnskapsmessig overskot pr 1. tertial og forventar balanse ved årsslutt.

### Mål og måloppnåing / Tenesteproduksjon

Område	Mål	Resultat tertial 1
Arbeidsmiljø	Godt arbeidsmiljø med sjukefråvær under 7 %	 Sjukefråvær på 11,2 %
Kommunale bygg	Arealeffektiv og trygg bygningsmasse	 Planlegging og utføring av vedlikehald og opprusting av fleire bygg pågår.
Nærmiljø og møteplassar	Nærmiljø og møteplasser skal vere ein trivselsfaktor i lokalsamfunna og vere tilgjengeleg for alle.	 Noka av tiltaka er forseinka, hovudtyngden vert utført i 2. og 3. tertial. Kasting og reingjering av vegar og plasser utført til 1. mai.
Kulturskulen	Bli ein endå meir attraktiv arena for born og unge i Vaksdal Kommune	 Me har nytta eigne lærarar som vikar innan eigen ressurs når det har vore råd å få til.
Byggjesak	Ivareta innbyggjarane i kommunen på ein god og rett måte, i handsaming av byggjesaker. Overhalda fristane til handsamingstid.	 Ingen merknader, alt går som planlagt. Informasjon over telefon kan medføre misforståingar, frå bae partar.

## HMT

Sjukefråvær for Samfunnsutviklinga er på 11,2 %, ned 0,7 % i høve til same periode i fjor. Reinhold og vaskeri har eit svært stort sjukefråvær på 21,8 %, målsettinga er 9,5 %.

## Felles økonomi

Tenesteområde	Reknskap pr 1.tert. 2017	Budsjett pr 1.tert 2017	Avvik pr 1.tert 2017	Årsbudsjett 2017	Rekneskap pr 1.tert 2016
Politisk/Rådmann/Stab	9 918 675	10 461 689	543 016	30 917 765	6 768 152

Felleskostnader er til dels vanskeleg å periodisere grunna varierende fakturering til kommunen. Mindreforbruket skuldast i hovudsak periodiseringsavvik IKT kostnader, dvs faktura for IKT er ikkje ført pr 1 tertial. Sjukefråvær og vakansar, i ein allereie liten stab, er ei utfordring for kapasiteten på fleire område innan drifta.

### Mål og satsingar i 2017

- Vidareutvikling av styringsdata og økonomistyring, slik at me kan følgje utviklinga tett gjennom året og ved behov iverksette tiltak
- Leie innføringa av KF Kvalitet
- Etablere gode kontrollaktiviteter basert på ROS-analyser. Å utnytte funksjonaliteten i kvalitetssystemet vil være en del av dette arbeidet
- Effektivisere arbeidsprosessar gjennom god utnytting av modular i Visma
- Vidare utvikling mot digitalt førsteval og digital dialog

God verksemdsstyring og gode styringsdata vert det jobba med kontinuerleg, likeeins opplæring av leiarar med økonomi- og personalansvar (einingsleiarar med sine avdelingsleiarar). Grunnlaget vert stadig betre, og med endra og meir krevjande rammevilkår, er dette heilt avgjerande for å lukkast med omstillingane og ein økonomi i balanse. Saman med kommunane i Nordhordland pågår det eit større prosjekt for å utvikle vårt felles økonomi, lønn og personalsystem. Målet er effektive arbeidsprosesser og gode styringsdata. Systemet med alle modular skal takast i bruk i 2018, mykje er alt på plass hjå oss.

Kvalitetssystemer er under arbeid og heimetenesta og barnehage er først ut saman med HMT delen. Risiko- og sårbarhetsanalysar ligg til grunn for rutinar og sjekklister, og avviksdelen er knytt til dette.

Av andre digitaliseringsprosjekt som er starta opp pr 1.tertial er utvikling av fleire tenester på nett via Portal og Min side funksjonalitet. I tillegg pågår det digitaliseringsprosjekt innafor alle tenesteområde for å gje betre tenester, betre kommunikasjon og meir effektive arbeidsprosessar. Digitalisering er både ein forventning frå innbyggjarar og samarbeidspartar og heilt nødvendig for å klare omstillingane i organisasjonen.

## Vedlegg 2: Saker til Kommunestyre 1.tertial

Møtedato	Sakstittel	Status
13.02.2017	Godkjenning av innkalling og saksliste	-
13.02.2017	Godkjenning av møtebok	-
13.02.2017	Referatsaker og meldingar	ok
13.02.2017	Statleg plan for veg og bane Arna - Stanghelle - orienteringssak	-
13.02.2017	Samfunnsdelen av kommuneplanen til vedtak	Gjeldande
13.02.2017	Endring av vedtekter for vaksdal kommunale barnehage	Ok
13.02.2017	HFK, tilbud sekretariattjeneste kontrollutval	ok
13.02.2017	Salsløyve for eksingedalen Snarkjøp as for perioden 01.02.2017-30.06.2020	Ok
13.02.2017	Politireforma. Klage på vedtak	
13.02.2017	Interkommunalt samarbeid om øyeblikkeleg hjelp døgntilbod	Avtale inngått med Voss kommune, oppstart 1.4.2017
13.02.2017	Drøftingar/orienteringar	-
13.02.2017	Interpellasjon til kommunestyret 130217 frå mdg - tiltak for å begrense plastavfall i vaksdal kommune	-
06.03.2017	Godkjenning av innkalling og saksliste	-
06.03.2017	Godkjenning av møtebok	-
06.03.2017	Vedtak av plansak områderegulering Tettaneset og Stanghelle Vest, planid 2015002	gjeldande
06.03.2017	Innføring av elektronisk avkryssing i manntalet på valdagen / endring/nedlegging av valkrinsar	ok
06.03.2017	Sanksjonar etter skjenkekontroll	ok
06.03.2017	Interpellasjon til kommunestyret 06.03.2017 - tiltak for å begrense plastavfall i vaksdal kommune	-
03.04.2017	Godkjenning av innkalling og saksliste	-
03.04.2017	Godkjenning av møtebok	-
03.04.2017	Referatsaker og meldingar	Ok
03.04.2017	Endringsforskrift om minsteareal for jakt på hjort i vaksdal kommune, hordaland - endeleg framlegg etter offentleg høyring	Ok
03.04.2017	Høyring - regional areal og transportplan for bergensområdet - avgrensa høyring	Ok
03.04.2017	Høyringssvar til regional transportplan	Ok
03.04.2017	Val av tomt for Dale Barne- og ungdomskule	ok
03.04.2017	Konkurransetsetting av revisjonstenester for Vaksdal kommune – val av revisor	ok

3.april: Folkevaldopplæring

## **Vedlegg 3: Andre vedlegg**

Prosjekt «Lev Vel i Vaksdal» - Godkjent styringsdokument

Innvilga tilskot





## SAKSPAPIR

Saksnr	Utval	Type	Dato
48/2017	Formannskap/plan- og økonomiutvalet	PS	06.06.2017
47/2017	Kommunestyret	PS	26.06.2017

Sakshandsamar	Arkiv	ArkivsakID
Truls Morten Kaland	FE - 151	16/1031

### TERTIALRAPPORT 1.TERTIAL 2017

#### Vedlegg:

Tertial 1 - endeleg

Styringsdokument Lev Vel

Vaksdal kommune - rapport aksjer og obligasjoner - pr. 30.04.17 (2)

Vaksdal kommune - rapport gjeldsporteføljen - pr. 30.04.017

Prosjektsøknad-2017 (L)(78328)

Aktivitetsoversikt Lev Vel 2017

#### Rådmannen sitt framlegg til vedtak:

Vaksdal kommunestyre tek tertialrapport pr 1.tertial til etterretning.

På grunn av utsetjing av Vaksdal vassverk skal vassgebyr for 4. termin 2017 ikkje krevjast inn.

#### Formannskap/plan- og økonomiutvalet - Sak 48/2017

##### FPØ - Behandling:

Rådmannen og økonomisjefen orienterte.

Samrøystes vedtak.

##### FPØ - Tilråding:

Vaksdal kommunestyre tek tertialrapport pr 1.tertial til etterretning.

På grunn av utsetjing av Vaksdal vassverk skal vassgebyr for 4. termin 2017 ikkje krevjast inn.

#### Kommunestyret - Sak 47/2017

##### KOM - Behandling:

Samrøystes vedtak.

## KOM - Vedtak:

Vaksdal kommunestyre tek tertialrapport pr 1.tertial til etterretning.

På grunn av utsetjing av Vaksdal vassverk skal vassgebyr for 4. termin 2017 ikkje krevjast inn.

## Saksopplysningar:

Rapport pr 1.tertial for Vaksdal kommune viser at kommunen no står i ei krevjande omstilling.

Pr 1. tertial er det eit rekneskapsmessig avvik på om lag -3,1 mill for einingane, hovudsak innanfor Helse og omsorg. Den økonomiske situasjonen er krevjande og tenesteområda arbeider med tilpassinga av drifta i samsvar med rammene.

Dei største utfordringane er knytt til omstilling innafor helse og omsorg. Det har vore noko høgare bruk av sjukeheimstenester enn vanleg, men ikkje meir enn det som kan forventast av svingningar over tid. Omorganisering og betre dimensjonering av tenestene på dei ulike omsorgsnivå skal gje reduserte kostnader. Det er i vidare knytt noko usikkerheit til andre tenester, som til dømes sosialtenesta og barnevern. I tillegg må oppvekst foreta justeringar for å møte utfordringar til hausten. Det har vore lav utnytting av barnehagekapasiteten i 2016, og opptak no i 2017 medfører auka ressursbruk frå hausten.

Dei sentale postane viser eit mindreforbruk på 6,8 mill, der store deler av dette kjem frå periodiseringsavvik på avdragsutgifter. Det er først og fremst 2 forhold som skapar usikkerheit i prognosa for dei sentrale postane fram mot 31.12.2017. Inntektsutjamninga er avhengig av nasjonal skatteinngang, og er samstundes noko vanskeleg å periodisere i budsjettet. Vi må foreløpig anta at samla skatt vert som budsjettert. Aksjar og obligasjonar har gitt mindreinntekt i høve budsjett dei sista åra, men viser no betre avkastning. Det er likevel tidleg å konkludere med at dette vil gje oss større meirinntekter i 2017.

Det vert ikkje foreslått justering av rammer mellom tenesteområda, men det vert arbeidd med å sikre at tenesteområda samla går i balanse ved årets slutt.

I budsjettvedtak for Budsjett 2017 - sak 103/2016 – vart det i pkt 9 gjort følgjande vedtak:

*«Vass- og avlaupsgebyr for 2017 vert fastsett med heimel i Lov om kommunale vass- og avlaupsanlegg (§3), Forskrift om begrensning av forureining (§16) og Forskrift om vass- og avlaupsgebyr i Vaksdal kommune.»*

Vaksdal kommune krev inn vassgebyr i 4 terminar pr år. Kommunen kan ikkje krevje inn meir i gebyr enn det som er kostnadene knytt til tenesta (sjølvkost). Årlege overskot på dei ulike sjølvkostområda skal setjast av til fond, og må nyttast innan 5 år. I utrekning for gebyr for 2017 var det lagt til grunn kostnader ved nytt vassverk på Vaksdal. Pga utsetjing av Vaksdal vassverk er me no nøydde til å redusere innkreving av avgift slik at vi ikkje byggjer opp meir fond. Det vert difor foreslått å ikkje krevje inn vassgebyr for 4. termin 2017.



2016 - 2019

## STYRINGSdokUMENT FOR «LEV VEL I VAKSDAL»

<b>Behandlet dato:</b> 26.09.2016	<b>Behandlet av:</b> Styringsgruppa for prosjektet
<b>Beslutning:</b> Styringsdokumentet er godkjent av styringsgruppa i møte 26.9.2016	
<b>Bemanning av planleggingsfasen</b> Prosjektleder: Solrun Hauglum	
<b>Signatur</b> Leiar for styringsgruppa: Evelyn Boge                      Prosjektleder: Solrun Hauglum	

## 1. PROSJEKTDEFINISJON

### 1.1. Bakgrunn og begrunnelse (hjemling/behov)

Gjennom prosjektet «Lev Vel i Vaksdal» vil Vaksdal kommune utvikla framtidretta og gode helse- og omsorgstenester for å møte dei utfordringar som kjem i åra framover med større etterspurnad etter tenester samstundes som tilgjengelege ressursar vert redusert.

Helse- og omsorgstenestene i Vaksdal har hatt sitt fundament innan institusjonsomsorg, og styringsdata som Kostra og Kommunebarometeret viser at det er potensiale til å nytta ressursane betre. Kravet til kompetanse og effektivitet vil vera aukande framover, og det vil gi konsekvensar for tenestetilbod og metodar. I tråd med sentrale styringssignal og lokale planar vil ein vri satsing og tenester innan helse og omsorg over mot meir førebygging, rehabilitering og eigenmeistring. Denne satsinga er også i samsvar med demografiske endringar. Vaksdal vil få færre av aldersgruppa over 80 år i åra framover, medan ein vil få ein auke i aldersgruppa 67 – 79 år. Dette krev ei omlegging av tenester for å sikra at den veksende gruppa unge eldre vert møtt med kompetanse og metodar som fremjar eigenmeistring og utset reduksjon av helse og funksjon. Også i eit folkehelseperspektiv, og for å sikra tenester til andre alders- og brukargrupper, er det viktig at midlar og ressursar vert omfordelt til mest ressurseffektive nivå.

Samfunnet rundt oss er også i endring. Brukarar og pårørande er langt meir opplyste enn tidlegare og stiller nye krav til tenester. Utviklingstrekk og forskning viser at dei fleste ønskjer å bu i eigen heim og meistra eige liv så lenge som råd. Innføring av nye metodar og bruk av velferdsteknologi er med å gjera dette mogeleg.

Prosjektet er heimla i Kommunedelplan helse og omsorg og gjeldande økonomiplan og budsjett for Vaksdal kommune.

### 1.2. Mandat

Prosjektet skal leggja til rette for og bidra til realisering av planar frå tidlegare organisasjonsutviklings-arbeid innan helse og omsorg og av strategiane i Kommunedelplan helse og omsorg gjennom å:

- motivera og tilretteleggja for ansvar for eiga helse gjennom aktivitet og deltaking
- motivera og engasjera omsorgsressursar i samfunnet
- leggja vekt på førebygging og tidleg innsats
- leggja til rette for systematisk og kontinuerleg utvikling og innovasjon i tenestene
- rekruttera og utvikla kompetente tilsette som bidreg til å utvikla tenesta

Prosjektet skal:

- utvikla og endra tenestene i samsvar med rammevilkåra i økonomiplanen i prosjektperioden
- gjera framlegg om tilpassingar og endra bruk av areal, herunder ombyggingar
- planleggja framtidig utvikling og drift fram mot 2030

Prosjektet skal:

- organiserast som eit prosjektprogram med overordna prosjektgruppe og fleire delprosjekt
- driftast innanfor dei rammene som er gitt i budsjett og økonomiplan med ordinær rapportering månadleg og pr. tertial til rådmannen. For å sikra ressurstilgang, kompetanseheving og endring skal driftsressursar nyttast i delprosjekta etter avtale med einingsleiar

### 1.3. Prosjektet sitt føremål og mål

Føremålet er å utvikla helse- og omsorgstenester for framtida. D.v.s. tenester som er berekraftige, framtidsretta og i tråd med brukarane sine behov og mogeleg å yta innanfor gitte rammer. Tenestene skal vera samanhengande, og ein skal ta omsyn til heile tenesteforløpet. Framfor å driva einsidig fagutvikling innanfor deltenester/fagområde, må me vere innovative for å utvikla samanhengande tenestekjede. Då må me omprioritera, prioritera bort og vri innsats nedover mot manglande eller svake trinn i omsorgstrappa. Dette vil medføra endring i tenestetilbod, kompetanse og metodar. Endringane vil også gi konsekvensar for organisatoriske og bygningsmessige tilhøve og samarbeid internt, eksternt og med brukarar, pårørande og frivillige.

Hovudmålsetning for prosjektet:

- Meistring og deltaking heile livet.
- Mobilisera og engasjera samfunnet sine omsorgsressursar.
- Framtidsretta og berekraftige tenester.
- Systematisk og kontinuerleg utvikling og innovasjonsarbeid.

### 1.4. Omfang og avgrensningar

Prosjektet har to hovudsatsingsområde:

1. Utvikling av eit ressurscenter for demens i Jamne-området ved Vaksdal sjukeheim med ulike buløysingar, tilrettelagt inne- og uteområde og base for kompetanse og helsetenester innan demensfeltet. Området skal tilretteleggjast slik at det fremjar deltaking og meistring for brukargruppa og slik at pårørande, frivillige og andre innbyggjarar kjenner seg velkomne og i stand til å bidra.
2. Oppretting av Helsehus på Daletunet med fokus på førebygging, opptrening og rehabilitering. Helsehuset skal innehalda ein eigen brukarlab for teknologiske løysingar som er open for alle innbyggjarar.

Dei to sentera vil verta baser for helse- og omsorgstenester både for heimebuande og dei som bur i institusjon. Tenestene vil vera meir retta mot assistanse, råd, rettleiing og tilrettelegging, og ein vil nytta metodar som fokuserar på ressursar og mogelegheiter og byggjer opp under brukaren si meistringsevne framfor å overta for mykje for brukar.

Utvikling av denne typen senter vil også medføra organisatoriske endringar då det vert stillt andre krav til samarbeid mellom heimeteneste og institusjon og andre fagområde. Kompetansmiljø og tenester vil få si tilhøyrighet til base eller senter heller enn til heime- og institusjonsteneste.

Prosjektet dekker helse og omsorg med unnatak av barnevern og sosialteneste og er i samsvar med kommunedelpplan helse og omsorg 2015 -2030.

## 1.5. Interessenter/målgrupper

Brukarar, pårørande, tilsette og frivillige vil vera sentrale interessentar i prosjektet. Generelt vil innbyggjarane i kommunen vera interessentar både som utviklingsaktørar og brukarar av ulike tilbod. Politikarane er viktige interessentar som skal vedta mål og prioriteringar for prosjektet.

Brukarmedverknad på systemnivå vert ivareteke av Eldrerådet og Råd for menneske med nedsett funksjonsevne. IKTNH og ulike leverandører av teknologi er interessenter saman med ulike forskingsmiljø.

Alle tenesteområda er involvert i gjennomføringa av prosjektet, i tillegg er vårt ikt-miljø for drift og utvikling med. Tilsette deltek i arbeidsgrupper og ved planlegging og gjennomføring, og er i prosjektgruppa representerte ved hovudtillitsvalde. Hovudverneombod deltek i prosjektgruppa. Eksterne samarbeidspartar er forskarar frå Senter for omsorgsforskning Vest / Høgskolen i Bergen. Ulike teknologimiljø vil delta i delprosjekt både som utviklarar og leverandørar. Husbanken og andre statlege program kan vera aktuelle medspelarar.

## 2. VALG AV ALTERNATIV OG VURDERINGAR

### 2.1. Vurdering/konseptvalg

For å endra tenester slik målsetninga med prosjektet er, må ein evna å kombinera ulike perspektiv på endring:

- Holdningsendring.
- Kompetanseheving og ny kompetanse, inkludert endringskompetanse.
- Endra samarbeid internt og eksternt.
- Endra samhandling og samarbeid med brukarar og pårørande.
- Meir systematisk samarbeid med frivillige, herunder både organisasjonar og enkeltpersonar eller grupper.
- Tilpassing og endring av organisatoriske tilhøve.
- Endring og tilrettelegging av bygningsmessige tilhøve.

Eit overordna prosjekt eller prosjektprogram som fannar om dei ulike satsingar og delprosjekt vil sikra heilheit, oversikt og koordinering av dei ulike delaktivitetar. Det vil sikra god styring av utvikling og satsingar, og at desse er i tråd med lovverk, sentrale føringar, lokale planar og tilgjengelege ressursar.

### 2.2. Nytte/kost-vurderingar

Verdiskapingspotensialet i prosjektet er stort:

- Auka livskvalitet for brukarar og pårørande.
- Auka kompetanse og jobbtilfredsheit hjå tilsette.
- Betre ressursutnytting for kommunen.

Satsingar og målsetning er i tråd med sentrale føringar og skal bidra til å oppnå regjeringa sitt mål om «pasienten sine helsetenester». Brukarmedverknad og omprioritering av tenester nedover i omsorgstrappa, skal gi auka meistring og tilfredsheit for brukar, noko som gjerne virkar positivt inn på helse og livskvalitet.

Tilsette som får auka kompetanse/endringskompetanse og får medverka i utviklingsprosessar, rapporterer ofte at dei finn dette interessant og utviklande. Dei får også større forståing for tenesteutvikling og innovasjon.

Ved å vri satsingar og tenester over frå dei mest ressurskrevjande tenestene øvst i omsorgstrappa ned mot tenester som utløyser mindre ressursar og personellinnsats, vil ein oppnå meir effektive tenester.

## 2.3. Vurdering av usikre sider ved prosjektet

Risiko:

- Manglande interesse og medverknad frå sentrale aktørar.
- Tap av sentrale medarbeidarar og nøkkelkompetanse.
- Manglande finansiering og ressurstilgang.
- Svikt i koordinering og styring av viktige delprosjekt.
- Bygningmessige og organisatoriske tilhøve som ikkje støttar opp om prosessar og endring.

Det vert utført risikovurdering for delprosjekt og iverksett eventuelle risikoreduserande tiltak.

Risiko vert forsøkt redusert gjennom god planlegging og kvalitetssikring og ved å gjennomføra eventuelle justeringar.

## 3. GEVINSTAR

Gjennom prosjektet vil kommunen utvikla nye/endra tenester og endra metodar for samhandling og produksjon av tenester.

- Nye og endra tenester som er baserte på den enkelte sine ressursar. I samspel med brukarane vil tenester verta designa på nytt. Samspel med frivillige og nærmiljø vil også bidra til å endra dei kommunale tenestene.
- Nye eller endra arbeidsprosessar når teknologi vert teke i bruk på nye måtar. Tenester kommunen gir, vil få større innslag av tilrettelegging og støtte. Arbeidsprosessar vert også endra når frivillige deltek meir aktivt, t.d. mot større grad av koordinering.
- Nye eller endra måtar brukarane mottak kommunale tenester (leveranse/distribusjon). Tenestene kan innebera meir råd og rettleiing om teknologisk støtte og meir digital dialog med brukarar og pårørande.
- Nye former for tverrfagleg samarbeid der ein tenkjer heile mennesket og heile livsløpet. Nye arbeidsprosessar og endra tenester krev nye måtar å organisera og leia på.
- Meir opnare og tilgjengelege tenester i godt samspel med lokalsamfunn og institusjonar som ein møteplass i bygda.

#### 4. GROV TIDSPLAN OG MILEPÆLER

Aktivitet	2016	2017	2018	2019
Innhenting av kunnskapsgrunnlag				
Brukarmedverknad				
Medarbeidardreven innovasjon				
Formidling - informasjon				
Utvikle mer systematisk samarbeid med frivillige og pårørende				
Samling av skjerma einingar på Vaksdal				
Kompetanseutvikling				
Utforming av eksisterande areal for utvikling av ressurscenter				
Brukarmedverknad –utvikling av ressurscenter for demens				
Kvardagsrehabilitering tatt i bruk som basisteneste				
Første trinn av brukarlab – teknologi etablert				
Eablering av tenester i Helsehuset				
Eablering av Helsehus med brukarlab				
Teknologiutprøving				
Meistringsgruppe - Trøndelagsprosjektet				

#### 5. ORGANISERING, ROLLER OG ANSVAR

Kommunestyret er eigar av prosjektet, Levekårutvalet er referansegruppe, og rådmannen er prosjektansvarleg. Kommunestyret er representert i styringsgruppa og prosjektgruppa. Brukarar og tilsette har sine representantar i prosjektgruppa.



Styringsgruppa har 3 faste møter årleg. Prosjektleiari rapporterer til styringsgruppa på overordna mål og milemæler i styringsdokumentet. Eventuelle endringar i prosjektet vert ført i endringslogg vedlagt styringsdokumentet.

Ordinær rapportering til rådmann månadleg og pr. tertial. Rådmann rapporterer til kommunestyret gjennom tertialrapportar og årsmelding.

Prosjektgruppa sender referat til styringsgruppa og Levekår.



## 6. BUDSJETT

Prosjektet skal driftast innanfor dei rammer som er gitt i budsjett og økonomiplan. Driftsressursar skal nyttast i delprosjekta etter avtale med einingsleiar. Der delprosjekt opnar for moglegheit til å søkja om midlar eksternt, vil ein nytta høvet til det.

## 7. KOMMUNIKASJON OG INFORMASJON

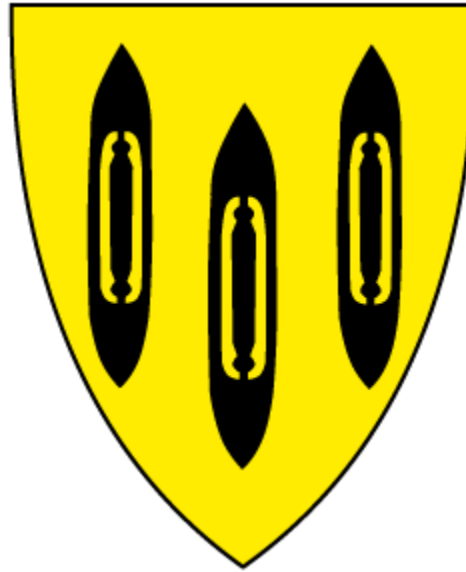
Prosjektet er omfattande med fleire parallelle delprosjekt og mange involverte og interessentar. For å få god informasjonsflyt vil me definera tydelige informasjonskanalar internt i prosjektet.

Mål med kommunikasjon:

- Skapa forståing og engasjement for prosjektet.
- Informera om prosjekt og pågåande aktivitetar og delprosjekt.
- Skapa dialog med samarbeidspartar og interessentar.
- Synleggjera korleis Vaksdal kommune bur seg for framtidig utfordringar innan helse og omsorg.
- Opna for input og kontaktar med andre miljø for å skapa relasjonar som kan vera viktig for realisering av mål.

Prosjektgruppa vil utarbeide ein kommunikasjonsplan som skal brukast aktivt i heile prosjektperioden, og skal vere tema på alle prosjektmøte.

Kommunikasjonskanalar vert både eigne og andre kanalar. Kommunikasjon skjer gjennom møte/samlingar, e-post, «Skyttelen», nettside og facebook. Andre kanalar kan vera media, lokalt gjennom «Vaksdalsposten» og «Hordaland», og gjennom regionale og landsdekkande tidsskrift, aviser og eventuelt radio og TV-kanalar. Medverknad på konferansar, møter og samlingar er også viktige arenaer.



# Finansrapport Vaksdal kommune

Langsiktige finansielle aktiva

Rapport pr. 1. tertial 2017 (1. januar – 30. april 2017)

# Forbehold

Denne rapporten er utarbeidet av Bergen Capital Management AS (heretter BCM) i samsvar med forskrift om finansforvaltning og reglement for finansforvaltning vedtatt av kommunestyret i Vaksdal kommune. Rapporten baserer seg på kilder som vurderes som pålitelige, men BCM garanterer ikke at informasjonen i rapporten er presis eller fullstendig.

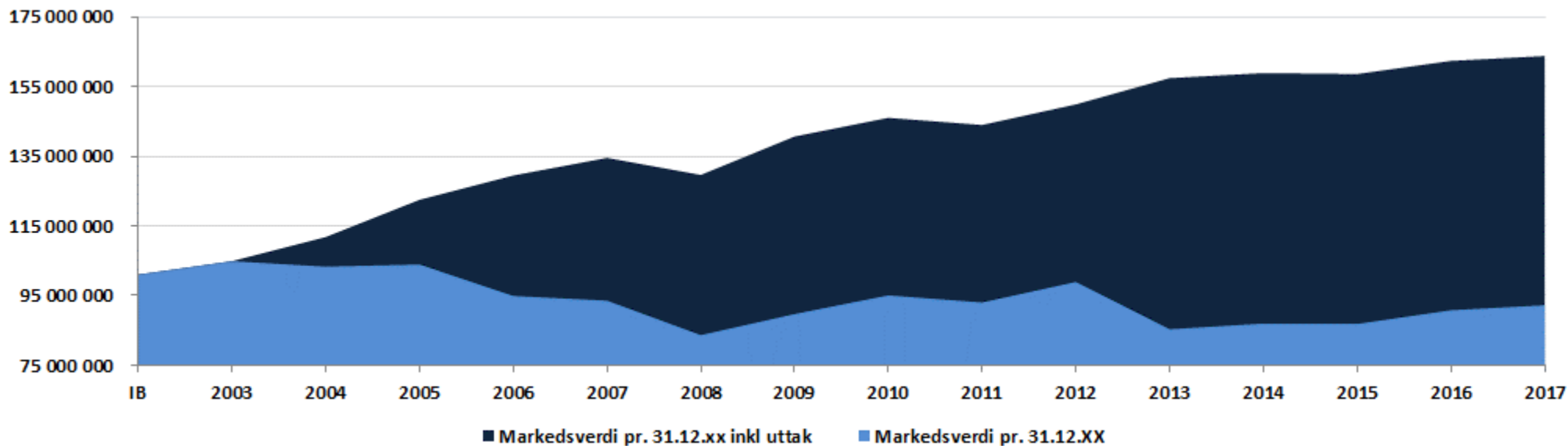
Uttalelsene i rapporten reflekterer oppfatninger på det tidspunkt rapporten ble utarbeidet, og BCM forbeholder seg retten til å endre oppfatninger uten varsel. Denne rapporten skal ikke forstås som et tilbud eller anbefaling om kjøp eller salg av finansielle instrumenter. BCM påtar seg intet ansvar for verken direkte eller indirekte tap eller utgifter som skyldes forståelsen av og/eller bruken av denne rapporten.

Denne rapporten er kun ment å være til bruk for våre klienter, ikke for offentlig publisering eller distribusjon, men BCM tar dog ingen forbehold om klienters eventuelle offentliggjøring. Ansatte i BCM kan eie verdipapirer i selskaper som er omtalt i rapporten, og kan kjøpe eller selge slike verdipapirer. Rapporten er utarbeidet på et gitt tidspunkt, verdiendringene kan være store i verdipapirmarkedet slik at endelig avkastning og resultat på et eventuelt avviklingstidspunkt kan være vesentlig lavere eller høyere. Det er brukt beste anslag på gitte tidspunkt som markedskurser/markedspriser i rapporten. Ved årsavslutning er det benyttet ligningskurser fastsatt av Verdipapirforetakenes Forbund for aksjer, sertifikater og obligasjoner. Det er brukt tidsvektet avkastning i beregningene. Forvaltningshonorarer er medberegnet i avkastningstallene.

Historisk avkastning i porteføljer forvaltet av BCM er ingen garanti for fremtidig avkastning. Fremtidig avkastning vil blant annet avhenge av markedsutviklingen, forvalters dyktighet, porteføljens risiko, samt kostnader ved forvaltning. Avkastningen kan bli negativ som følge av kurstap og verdiendringer. Rapporten inneholder kun langsiktige finansielle aktiva som er forvaltet av BCM og rapporten er utarbeidet i henhold til krav i finansreglementets kapittel 14 og spesielt risikoramme skissert i kapittel 14.3. Ved reproduksjon eller annen bruk av rapporten bør rapporten i sin helhet vedlegges. Rapporten gir et øyeblikksbilde på rapporteringstidspunkt, slik at porteføljens sammensetning og risiko p.t. kan være høyere eller lavere.

# Langsiktighet i verdipapirmarkedet gir gode resultater

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	UB
Markedsverdi pr. 01.01.XX	101 034 666	104 906 130	103 352 776	103 951 944	94 924 212	93 587 793	83 682 030	89 715 839	95 092 461	93 039 353	98 963 972	85 363 717	87 004 330	86 880 224	90 806 974	101 034 666
Resultat aksjer	255 579	2 927 666	8 485 902	4 802 285	2 072 215	-9 360 829	6 384 677	3 201 285	-4 588 558	1 620 603	4 691 731	-580 842	-810 640	1 514 842	728 429	21 344 345
Resultat obligasjoner	3 615 885	3 988 980	2 213 266	2 169 983	2 991 366	4 455 066	4 649 132	2 175 337	2 535 450	4 304 016	2 858 015	2 045 901	517 153	2 246 293	680 239	41 445 967
Uttak (inkl. honorarer)	-	8 470 000	10 100 000	16 000 000	6 400 000	5 000 000	5 000 000	-	-	-	21 150 000	-175 052	-169 381	-165 729	-44 211	71 565 127
Markedsverdi pr. 31.12.XX	104 906 130	103 352 776	103 951 944	94 924 212	93 587 793	83 682 030	89 715 839	95 092 461	93 039 353	98 963 972	85 363 717	87 004 330	86 880 224	90 807 088	92 259 853	92 259 853
Markedsverdi pr. 31.12.xx inkl uttak	104 906 130	111 822 776	122 521 944	129 494 212	134 557 793	129 652 030	140 685 839	146 062 461	144 009 353	149 933 972	157 483 717	158 949 278	158 655 291	162 416 426	163 824 980	163 824 980



Tabell og figur viser utvikling i porteføljens markedsverdi i kroner siden oppstart i 2003. Oppdatert pr. 30. april 2017. Forvaltningshonorar er medregnet.

# Oppsummering etter 1. tertial 2017

AKTIVAKLASSE	MARKEDSVERDI NOK	I PROSENT
Bankinnskudd	2 117 227	2 %
Sertifikat/obligasjoner	76 489 823	83 %
Aksjer	13 652 803	15 %
<b>Totalt</b>	<b>92 259 853</b>	<b>100 %</b>

**TABELL 1:** Fordeling på de ulike aktivaklassene i kroner og i prosent av samlet forvaltningskapital ved utløpet av rapporteringsperioden. Bankinnskudd inkluderer forfalte ikke innbetalte beløp.

AKTIVAKLASSE	I %	BENCHMARK	AVVIK
Sertifikat/obligasjoner	0,89 %	0,59 %	0,30 %
Aksjer	4,87 %	0,96 %	3,91 %
<b>Totalt</b>	<b>1,55 %</b>	<b>0,65 %</b>	<b>0,91 %</b>

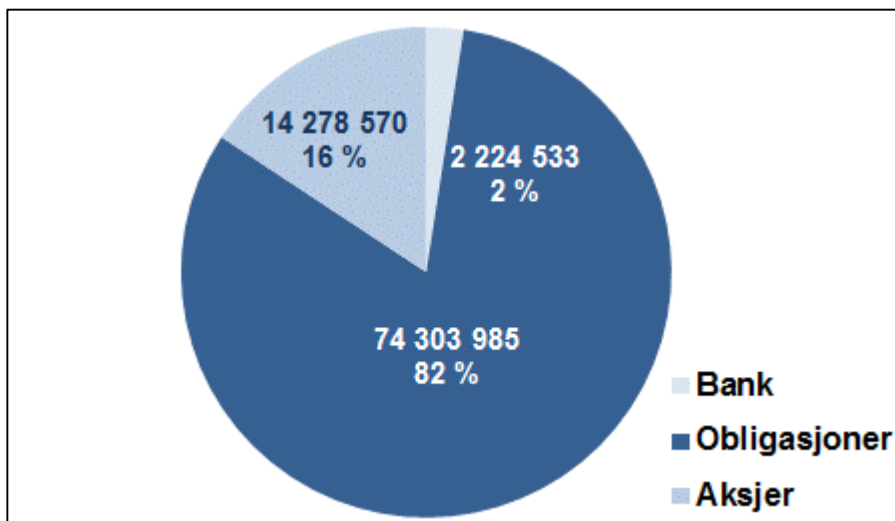
**TABELL 2:** Avkastning i prosent samlet og pr. aktivaklasse sammenlignet med benchmark ved utløpet av rapporteringsperioden. Avkastningssatsen inkluderer beregnede påløpte ikke kapitaliserte renter.

AKTIVAKLASSE	I KR.	BUDSJETT	AVVIK
Obligasjoner	680 239	-	680 239
Aksjer	728 429	-	728 429
<b>Totalt</b>	<b>1 408 668</b>	-	<b>1 408 668</b>

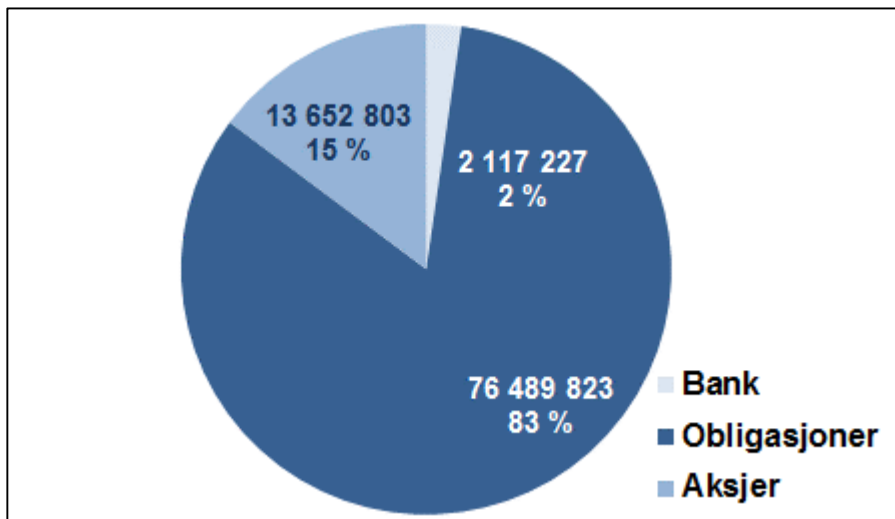
**TABELL 3:** Avkastning i kr. samlet og pr. aktivaklasse sammenlignet med budsjettert avkastning. Eventuelle avvik er forklart på side 7.

- Totalavkastning etter 1. tertial 2017 er på 1,62 %, dette er 0,98 prosentpoeng over "normalporteføljen". Aksjeporteføljen har levert 4,87%, 3,91 prosentpoeng over benchmark. Obligasjonsporteføljen har levert 0,89 %, 0,30 prosentpoeng over benchmark som er norske statsobligasjoner med 3 års durasjon. "Normalporteføljen" består av 15 % aksjer og 85 % obligasjoner.
- Midlene har vært plassert i rentebærende verdipapirer med kort durasjon og høy kredittkvalitet. Renterisikoen er dermed lav. Aksjeporteføljen har bestått av norske aksjer og egenkapitalbevis.
- Det vurderes å øke kredittrisiko og renterisiko i løpet av 2017 innenfor finansreglementets rammer for å oppnå en høyere forventet avkastning. Basert på kommunen sin strategi om langsiktighet rundt sine aksjeinvesteringer finner en det rett å følge nåværende strategi med nøytralvekt i aksjer, og bruker svingningene i markedet til å gjøre enkelte kjøp og salg.
- Avvik mot norske statsobligasjoner med 3 års durasjon, fordi obligasjonsporteføljen har lavere renterisiko og høyere kredittrisiko enn benchmark indeksen. Kursene på obligasjonene er i 2017 skrevet noe opp. Porteføljen består av obligasjoner i norske sparebanker som antas å ha lav tapsrisiko. Kursjustering i vil derfor alt annet like komme igjen som høyere eller lavere avkastning i neste periode.
- Det er oppstått avvik mot aksjebenchmark som er Oslo Børs (OBX), fordi Vaksdal kommune sin aksjeportefølje har en annen og bredere sammensetning.

# Plassering av langsiktige finansielle aktiva



FIGUR 1: Allokering av langsiktige finansielle aktiva forvaltet av BCM pr. 31.12.16.



FIGUR 2: Allokering av langsiktige finansielle aktiva forvaltet av BCM pr. 30.04.17.

- Midlene er pr. 30.04.17 plassert i bankinnskudd, aksjer, egenkapitalbevis og direkte eide rentebærende verdipapir utstedt av norske forretnings- og sparebanker.
- Samlet aktivaportefølje pr. 31.12.16 var kr. 90 807 088. Midler under forvaltning er pr. 30.04.17 kr. 92 259 853. Det har ikke vært innskudd eller uttak fra finansporteføljen forvaltet av BCM i 2017.
- Durasjon i renteporteføljen er 0,65, hvilket innebærer at porteføljen har lav renterisiko (definert som kursrisiko) slik at obligasjonens markedsverdi i liten grad påvirkes av en generell renteøkning.
- Rentebetingelsene på verdipapirene i obligasjonsporteføljen er flytende, og er knyttet opp mot 3 måneders NIBOR
- Investeringene er gjort i børsnoterte verdipapir med god omsetning og andre papirer med tilsvarende god likviditet. Plasseringene kan gjøres disponible for kommunen i løpet av kort tid.
- Ingen av obligasjonsutstederne eller verdipapirene i kredittporteføljen har lavere rating enn BBB-.
- Midlene er søkt plassert i henhold til kommunens etiske retningslinjer for finansielle investeringer.
- Porteføljen består av 13 ulike rentebærende papirer og 35 aksjer og egenkapitalbevis. Alle investeringene er gjort i norske kroner.
- Ingen enkeltplasseringer i rentebærende papirer utgjør mer enn NOK 9 millioner i pålydende verdi.
- 95 % av obligasjonene har BIS-vekt 20 %, 5 % har vekt 100 %.

# Taktisk aktiva allokering – bruk av produktspekteret

Plassering	Minimum	Nøytral	Maksimum	Status	Vekt
Renteinstrument (obligasjoner, sertifikat, direkte innskudd, obligasjons- og pengemarkedsfond).	0 %	85 %	100 %	<b>85 %</b>	Nøytral
Egenkapitalinstrument og derivat ( aksjer, egenkapitalbevis, aksjefond, aksjeindeksert obligasjonslån, opsjoner, forwards og futures).	0 %	15 %	20 %	<b>15 %</b>	Nøytral

**TABELL 4:** Allokering av langsiktige finansielle aktiva for Vaksdal kommune. Det skilles mellom rammer for bruk av renteinstrumenter og egenkapitalinstrumenter.

## RENTEINSTRUMENT

**A:** I obligasjoner og sertifikat utstedt eller garantert av den norske stat. I obligasjoner og sertifikat utstedt av norske statsforetak underlagt lov om statsforetak av 30. august 1991. I obligasjoner og sertifikat utstedt av norske statsaksjeselskap underlagt lov om aksjeselskap av 4. juni 1976, jfr. 5418-3-18-5. I obligasjoner og sertifikat utstedt eller garantert av utenlandsk stat.

**B:** I obligasjoner og sertifikat utstedt eller garantert av norske eller utenlandske kommuner/ fylkeskommuner.

**C:** I bankinnskudd og i obligasjoner og sertifikat utstedt av DnB NOR og Nordea som kommunen har avtafestet samarbeid med.

**D:** I bankinnskudd og i obligasjoner og sertifikat utstedt av banker som ikke er nevnt under punkt C. For forretnings- og sparebanker under dette punkt gjelder at de ved forrige årsskifte hadde tap på utlån mindre enn 2,5 prosent av brutto utlån.

**E:** I obligasjoner og sertifikat utstedt av kredittforetak som etter sine vedtekter bare yter lån mot pant i fast eiendom eller tilsvarende sikkerhet, dersom kredittforetaket ved forrige årsskifte hadde: 1) En forvaltningskapital på minst 3 mrd. 2) Tap på utlån mindre enn 1% av brutto utlån.

**G:** I pengefond og obligasjonsfond med like strenge krav til plasseringer som Vaksdal kommune selv har. For utenlandske penge- og obligasjonsfond forutsetter det en kredittrating tilsvarende A-kategorien hos S&P eller Moody's. Om det blir plassert midler i utenlandske papir, skal disse valutasisikres.

**H:** Ved gjenkjøpsavtaler (repo-forretninger) i obligasjoner nevnt under pkt. A-E over.

**I:** I obligasjoner og sertifikat notert på Oslo Børs storlånsektorliste og som også inngår i noen av punktene over.

**J:** I ansvarlige lån utstedt av banker og kredittforetak nevnt under punkt C og E.

## EGENKAPITALINSTRUMENT

**K:** Plassering i aksjefond, aksjeindekserte obligasjonslån.

**L:** Direkteplasseringer i aksjer og egenkapitalbevis notert i organisert marked. Minimum 20 aksjer/egenkapitalbevis. Maksimum 15 % i en enkelt aksje.

**M:** Plasseringer i derivat som sikringsinstrument for posisjon som kommunen har i samme underliggende papir.

Med langsiktig likviditet menes det likviditet som er skilt fra kommunen sine midler beregnet for driftsformål. Kommunen sin målsetning ved plassering av langsiktig likviditet er å optimalisere avkastningen innenfor et akseptabelt risikonivå.

Kommunen sin målsetting ved plassering av langsiktig likviditet er å optimalisere avkastningen innenfor et akseptabelt risikonivå.

**FIGUR 3:** Risikoklasser i henhold til finansreglement vedtatt i Vaksdal kommune. Klasse A antas å bære minst risiko, klasse M mest risikabel. Mulighet for avkastning øker med risiko.

# Risiko i henhold til finansreglementet

Klasse	Beløp	Maks	Andel	Status
A	-	100 %	0 %	✓
B	5 036 470	100 %	5 %	✓
C	-	100 %	0 %	✓
D	69 598 547	100 %	75 %	✓
E	-	100 %	0 %	✓
G	-	100 %	0 %	✓
H	-	100 %	0 %	✓
I	-	100 %	0 %	✓
J	3 972 033	100 %	4 %	✓
K	-	20 %	0 %	✓
L	13 652 803	20 %	15 %	✓
M	-	20 %	0 %	✓

**TABELL 5:** Fordeling på de ulike risikoklassene i prosent av samlet forvaltningskapital og sammenlignet med rammene gitt i finansreglementet.

For å styre kredittrisiko er det satt grenser for plasseringer i de ulike risikoklassene. På rapporteringstidspunktet var kun risikoklasse D, J og L benyttet, og plasseringen av alle midler er innenfor de rammer som er satt. Ved bruk av risikoklassene er det lagt vekt på avkastning, risiko, risikospredning og likviditet. Risikoklasse A og B er ikke brukt, da plasseringer i risikoklasse C og D (bankobligasjoner i norske banker, lik prioritert ved konkurs som bankinnskudd over 2 millioner) antas å ha lav risiko og god likviditet, samtidig som forventet avkastning er høyere enn i risikoklasse A og B. Risikoklasse L er direkteide aksjer og egenkapitalbevis notert på Oslo Børs, med god spredning både med hensyn på antall aksjer og sektor.

**FIGUR 4:** Kommentarer til risikofordelingen i porteføljen

Klasse	Største posisjon	Maks	Andel	Status
A	-	100 %	0 %	✓
B	5 036 470	100 %	5 %	✓
C	-	100 %	0 %	✓
D	9 039 235	10 %	10 %	✓
E	-	10 %	0 %	✓
G	-		0 %	✓
H	-	10 %	0 %	✓
I	-	5 %	0 %	✓
J	3 972 033	5 %	4 %	✓
K	-		0 %	✓
L	1 069 870	15 %	8 %	✓
M	-	100 %	0 %	✓

**TABELL 6:** Ramme for plassering pr. debitor regnet av samlet forvaltningskapital og sammenlignet med rammene gitt i reglementet. Risikoklasse L er i % av aksjeporteføljen.

For å redusere den bedriftsspesifikke risikoen i investeringsporteføljen og sikre en god diversifisering er det satt rammer for maksimal plassering pr. debitor. Den største aksjeposisjonen er i Telenor, og utgjør 8 prosent av aksjeporteføljen. I obligasjonsporteføljen er det en senior bankobligasjon i Sparebank 1 BV som utgjør den største debitoren i porteføljen, dette utgjør 10 prosent av totale midler til forvaltning av BCM. Det er kun risikoklasse D, J og L som er benyttet, og plasseringen av alle midler er innenfor de rammer som er satt i finansreglementet.

**FIGUR 5:** Kommentarer til debitorfordelingen i porteføljen



# Avkastning etter 1. tertial 2017 sammenlignet med referanseindeks

Aktivklasse	Benchmark	Resultat i kr.	Resultat i %.	Benchmark	Avvik
Obligasjoner	Statsobligasjonsindeks 3 år (ST4X)	680 239	0,89 %	0,59 %	0,30 %
Aksjer	Norske aksjer (OBX)	728 429	4,87 %	0,96 %	3,91 %
<b>TOTALAVKASTNING</b>	<b>NORMALPORTEFØLJEN</b>	<b>1 408 668</b>	<b>1,55 %</b>	<b>0,65 %</b>	<b>0,91 %</b>

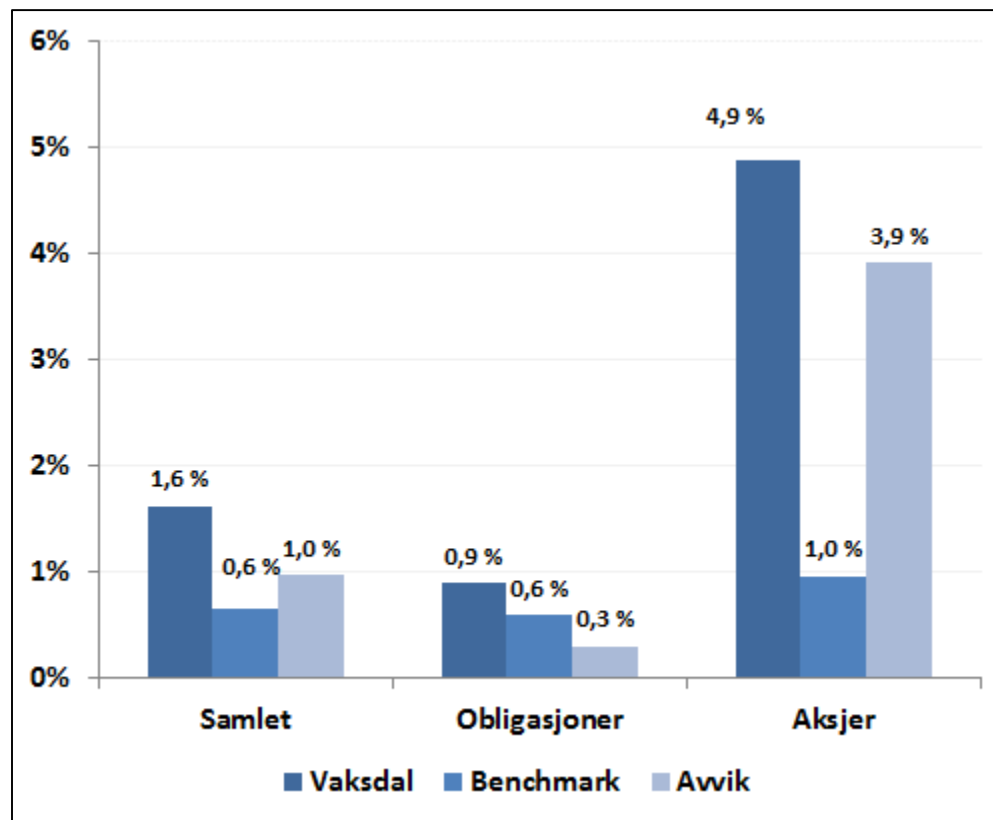
**TABELL 7:** Avkastning etter 1. tertial 2017 for Vaksdal kommune, samlet og pr. aktivklasse i kr. og prosent målt mot referanseindekser. "Normalporteføljen" består av 15 prosent aksjer og 85 % obligasjoner som har vært aktivaforordelingen i finansporteføljen forvaltet av BCM.

## AVKASTNING MOT BUDSJETT:

Vaksdal kommune har i 2017 budsjettet med kr. 0 i avkastning på porteføljen forvaltet av BCM. Resultatet etter 1. tertial 2017 er kr. 1 408 668, fordelt på aksjer og egenkapitalbevis med kr. 728 429 og obligasjoner med kr. 680 239.

## AVKASTNING MOT BENCHMARK:

Obligasjonsporteføljen har levert 0,30 % - poeng over benchmark. Differansen skyldes at porteføljen har lavere renterisiko og høyere kredittrisiko enn benchmark. De lange rentene er falt til historisk lave nivåer, forvalter har vurdert det som for risikabelt å ligge med høy renterisiko i porteføljen, dvs. for lang durasjon. Det vurderes fortløpende å øke porteføljens renterisiko, slik at den blir mer lik totalporteføljens benchmark (3 års stat) gjennom kjøp av obligasjoner med lenger løpetid. Dette vil bli aktuelt når man får et skifte i avkastningskurven. Aksjeporteføljen har levert 3,91 prosentpoeng over benchmark. Porteføljen består av norske aksjer og egenkapitalbevis, og har dermed en noe avvikende sammensetning enn en benchmark bestående som er Oslo Børs fondsindeks. Det er oppstått avvik mot aksjebenchmark som er Oslo Børs (OBX), fordi Vaksdal kommune sin aksjeportefølje har en annen og bredere sammensetning.



**FIGUR 4:** Kommentarer til avkastning i 2017 mot budsjett og benchmark for langsiktige finansielle aktiva forvaltet av BCM .

**FIGUR 5:** Tidsvektet avkastning Vaksdal kommune i 2017 sammenlignet med referanseindeks pr. aktivklasse og samlet for langsiktige finansielle aktiva.

# Vurderinger og kommentarer

## AKTIVAFORDELING OG STRATEGI CERTIFIKAT, OBLIGASJONER OG AKSJER

Ved utgangen av 1. tertial 2017 var porteføljen allokert med 2 prosent i bank, 83 prosent i obligasjoner og 15 prosent i aksjer og egenkapitalbevis.

De lange swaprentene holder seg historisk lavt. BCM fastholder sin strategi om plassering av majoriteten av porteføljen i obligasjoner med flytende rente (FRN obligasjoner), dvs. knyttet til 3 mnd NIBOR og regulering hver 3 mnd. I påvente av oppgang i renten er påslaget i renten i forhold til NIBOR tilfredsstillende, samtidig som kjøp av fastrenteobligasjoner fremdeles anses som risikofyllt ved en eventuell renteoppgang. Dette betyr at porteføljen fremover høyst sannsynlig vil bestå av FRN obligasjoner. I tråd med en "normalisering" av kapitalmarkedene, vil BCM søke å legge en større andel over i obligasjoner med høyere kredittpåslag, innenfor rammen av kommunens finansreglement, for å oppnå en høyere forventet avkastning over tid. BCM vil holde på sin strategi med relativt liten turnover i porteføljen.

Aksjer og egenkapitalbevis har etter 1. tertial gitt 4,9 % i avkastning. Porteføljen er investert i selskaper notert på Oslo børs, der 64 % av kapitalen er investert i selskapene notert på OBX. Verdsettelsen av norske aksjer vurderes å være på et moderat høyt nivå, pris / bok på 1,60 og pris / fortjeneste på 16. Basert på kommunen sin strategi om langsiktighet rundt sine aksjeinvesteringer finner en det rett å følge en strategi med nøytralvekt og bruker svingningene i markedet til å gjøre noen kjøp og salg. Mindre selskaper innen oljeservice, seismikk, shipping og offshore vil bli solgt ut ved anledning.

## ENDRING I RISIKOEKSPONERING OG VURDERING AV RISIKO

Kredittrisikoen er styrt gjennom å klassifisere kredittrisikoen i risikoklasser. Midlene er plassert innenfor rammene i forvaltningsreglementet. Det er ikke valutarisiko. Porteføljen består av 13 obligasjoner og 35 aksjer. Investeringene er gjort i verdipapir notert på Oslo Børs, eller med tilsvarende god omsetning. Likviditetsrisikoen er lav, og investeringen kan omgjøres til kontanter i løpet av kort tid. Porteføljen er stresstestet, det potensielle tapet vurderes som akseptabelt i forhold til kommunenes risikobærende evne.

## AVVIK FRA FINANSREGLEMENTET

I finansporteføljen forvaltet av Bergen Capital Management AS er det ingen avvik fra finansreglementet som ble vedtatt i Vaksdal kommunestyre 30. september 2014.

## MARKEDSKOMMENTAR

### Markedskommentar april 2017

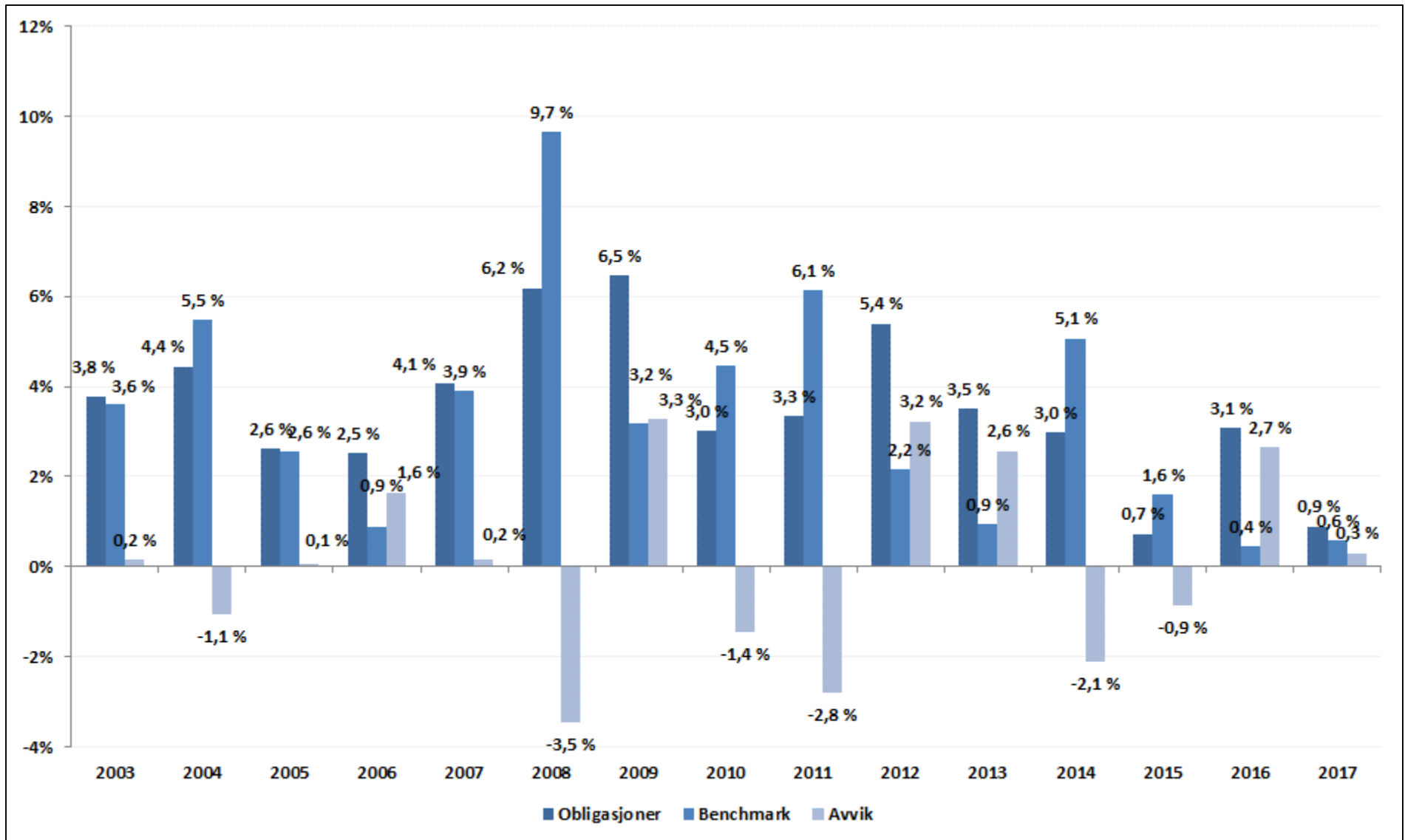
Rentebildet i 2017 har i stor grad vært preget av geopolitiske hendelser; spesielt med usikkerhet rundt BREXIT, ny president i USA og første runde av valget i Frankrike som fremste hendelser. Mot slutten av april er det fortsatt stor usikkerhet knyttet til det nye rammeverket i Storbritannia, særlig på områder som handel og immigrasjon. USAs president Donald Trump gikk på et nytt nederlag med sin nye helsereform, og både aksje- og rentemarkedet stiller nå spørsmålsteget ved gjennomføringskraften bak de utallige kreative forslagene. Av spørsmålsteget som vil prege rente- og kredittmarkedet i 2017 kan det nevnes overgangen til konsumdrevet økonomi i Kina, potensielle renteøkninger fra FED, tap og restruktureringer i høyrente obligasjoner, nye forskrifter i det norske boligmarkedet og et vedvarende fall i oljeinvesteringer her hjemme. Det bør nevnes at det til en viss grad er stigende inflasjon og vekst internasjonalt, og at retningen har snudd til en stigende trend. I USA ventes det at renteøkningene fortsetter fremover, og rentemarkedet ser nå for seg 88 % sannsynlighet for en ny økning i løpet av 2017.

Oljeprisen er halvert sammenliknet med gjennomsnittet for årene 2011 til 2014, men er markert høyere enn bunnen i begynnelsen av 2016. Oppgangen i prisen siden bunnen knyttes blant annet til høy vekst i oljeetterspørselen og lavere produksjon i landene utenfor OPEC, samt vedtatt kutt i produksjonen fra OPEC i november 2016. Oljelagrene er likevel på høye nivåer, og det vil ta tid før lagrene kommer ned mot normale nivåer. Den svekkede lønnsomheten i sektoren har ført til en rekke tiltak for å redusere kostnadene, med en påfølgende redusert balansepris for planlagte prosjekter. En økning i oljeprisen fra dagens nivåer vil dermed kunne medføre høyere øking i tilbud enn tidligere anslått. Det er derfor mye som taler for at oljeprisen vil stabiliseres på dagens nivåer fremover.

Norges Bank besluttet i mars å holde styringsrenten uendret på 0,50 prosent. Prognosen for styringsrenten ligger nær 1/2 prosent de nærmeste årene. Det er lite som tyder på at vendepunktet vi nå ser i norsk økonomi er starten på en ny langvarig opptur. Utfordringene ligger fremdeles foran oss, der omstilling, effektivisering og kostnadskutt er sentrale begreper. Kapasitetsutnyttelse er fremdeles lav og ventes ikke nå et normalnivå før i 2020. Veksten i BNP for fastlands-Norge var i 2016 den laveste siden finanskrisen. Det blir interessant å observere hvordan innstramning i kredittpraksis fra bankene, og nye krav til tilbydere av forbrukslån vil påvirke boligprisene fremover. Den høye boligprisveksten og oppgangen i gjeldsbelastningen tyder på at husholdningene er sårbare. En kraftig reduksjon i boligprisene vil kunne endre bildet til Norges Bank betraktelig. Svak kronekurs, ekspansiv finans- og pengepolitikk og lave renter har bidratt til et vendepunkt i norsk økonomi, men det er begrenset hva som kan trekke veksten ytterligere på kort sikt, omstilling er tidkrevende. Neste rentebeslutning offentliggjøres 4. mai, det er foreløpig lite som tyder på noe annet enn fortsatt uendret rente. Ut fra Norges Bank sin pengepolitisk rapport i mars tolker vi det slik at det skal svært mye til før renten settes opp eller ned de kommende 2 årene.

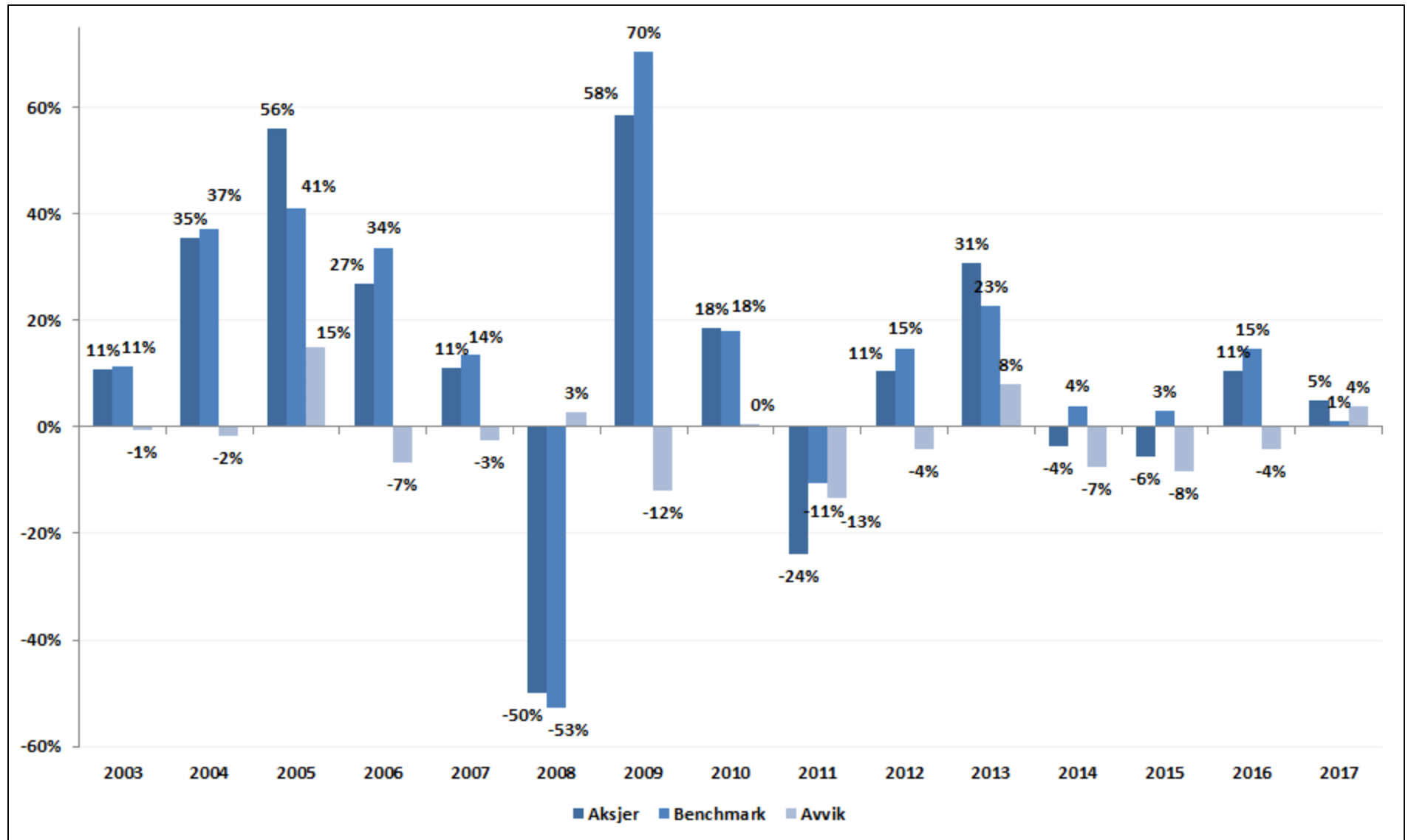
De korte rentene er ved utløpet av april lave, og forventes å være lave en lang periode fremover. 3 måneder NIBOR var 30. april på 0,97 %. Årlig avkastning på relativt sikre obligasjoner, slik som kommunen er investert i, forventes derfor å ligge i området 1,50 til 1,75 % fremover.

# Historisk avkastningsresultat obligasjoner og sertifikat



FIGUR 6: Tidsvektet avkastning obligasjoner forvaltet av BCM i perioden 2003 - 2017 sammenlignet med referanseindeks (norske statsobligasjoner med 3 års durasjon).

# Historisk avkastningsresultat aksjer og egenkapitalbevis



FIGUR 7: Tidsvektet avkastning aksjer og egenkapitalbevis forvaltet av BCM i perioden 2003 - 2017 sammenlignet med norske aksjer (OBX).

# Ord og uttrykk brukt i finansreglement og finansrapport

## Aksje

Eierandel i aksjeselskap. Aksjeeierne er ikke personlig ansvarlige for selskapets forpliktelser. Alle aksjer (av samme klasse) gir lik rett i selskapet. Gjennom generalforsamlingen utøver Aksjeeierne den øverste myndighet i aksjeselskapet. Se også egenkapitalbevis.

## Aksjeforvaltning

Styring og oppfølging av en portefølje av aksjer (eller andre egenkapitalinstrumenter).

## Aktivklasser

Ulike typer verdipapirer, som for eksempel aksjer og obligasjoner.

## Basispunkt

Et basispunkt er ett hundredels prosentpoeng. Denne måleenheten brukes særlig til å angi kostnader og avkastningsforskjeller i kapitalforvaltning.

## BIS vekt ( Bank of International Settlement)

Bank of international settlements (BIS) har satt opp retningslinjer for hvordan man skal risikovekte en låntager. Skalen går fra 0 til 1, hvor 0 er lavest. Staten er vektet 0, mens kommuner og banker er vektet 0,2. Industriselskaper er vektet 1. Vektingen innebærer at man kan låne ut 5 ganger så mye penger til en kommune som til industriselskaper for å oppnå samme kredittrisiko. BIS-vektingen påvirker blant annet Kommunalbankens kapitaldekning, og derigjennom størrelsen på bankens ansvarlige kapital.

## Benchmark

Sammenligningsgrunnlag. I rentemarkedet benyttes ofte renten på statspapirer som benchmark, mens ledende aksjeindekser benyttes som benchmark i aksjemarkedet.

## D-lånsrenten

Rente på overnatt-lån i Norges Bank.

## Deflasjon

Vedvarende fall i det generelle prisnivået (se inflasjon).

## Derivat

En finansiell kontrakt hvor verdien avhenger av verdien til en underliggende variabel på et fremtidig tidspunkt. Priser på finansielle aktiva, råvarer osv. benyttes ofte som underliggende variabel. Opsjoner og terminkontrakter er eksempler på derivater.

## Durasjon

Durasjonen til en fastrenteobligasjon er den tid det i gjennomsnitt tar før alle kontantstrømmer (rentekuponger og hovedstol) forfaller til betaling. Durasjonen (egentlig modifisert durasjon) gir i tillegg uttrykk for hvor følsom verdien av obligasjonen er for endringer i rentenivået, og forteller hvor mange prosent verdien av obligasjonen vil gå ned med dersom markedrentene stiger med ett prosentpoeng. Lang durasjon betyr at obligasjonsverdien er svært følsom for renteendringer.

## Effektiv rente

Avkastningen (årlig rente) man vil oppnå ved å investere i et rentepapir til dagens kurs og sitte på det til forfall. Kalles også yield.

## Egenkapitalinstrumenter

Aktivklasse som i hovedsak omfatter (fysiske) aksjer, aksjefuturekontrakter og opsjoner knyttet til aksjeverdier.

## Egenkapitalbevis

Verdipapir som ligner på en aksje, men som skiller seg med hensyn til eierrett til selskapsformuen og innflytelse i selskapets organer. Egenkapitalbevis kan utstedes av sparebanker, kredittforeninger og gjensidige forsikringselskaper for å tiltrekke seg ny kapital.

## Emisjon

Innhenting av kapital ved utstedelse av verdipapirer. Ved en aksjeemisjon blir det utstedende aksjeselskapet tilført ny egenkapital, mens ved utstedelse av obligasjons- og sertifikatlån blir utsteder tilført ny fremmedkapital.

## ESB

Den europeiske sentralbanken, lokalisert i Frankfurt, som fra 1. januar 1999 har hatt ansvaret for å utforme og gjennomføre pengepolitikken innenfor den monetære unionen i EU.

## Fastrenteobligasjon

Obligasjon som gir samme nominelle rente i hele løpetiden.

## Finansieringsforetak

Samlebetegnelse for finansieringsselskaper og kredittforetak.

## Finansieringsselskap

Selskap som har konsesjon til å drive finansieringsvirksomhet, men ikke er bank, forsikringselskap eller låneformidlingsforetak. I motsetning til kredittforetak er finansieringsselskap ikke obligasjonsutstedende.

## Finansinstitusjoner

Selskap, foretak eller annen institusjon som driver finansieringsvirksomhet, med unntak av offentlige kredittinstitusjoner og fond, verdipapirfond, verdipapirforetak. Finansinstitusjon er en samlebetegnelse for banker, finansieringsforetak og forsikringselskaper.

## Finanstilsynet

Finanstilsynet fører tilsyn med finansinstitusjoner, institusjonene i verdipapirmarkedet, pensjonskasser, revisorer, regnskapsførere, eiendomsめglere og inkassoselskaper.

## F-innskudd

Bankenes innskudd i Norges Bank til fast rente og løpetid.

## Float

Floatperiode: Perioden fra det tidspunkt betalers konto belastet et beløp til det tidspunktet mottakers konto godskrives det samme beløp. Floatinntekt: Avkastningen den betalingsformidlende institusjon har av floatbeløpet i floatperioden.

## F-lån

Bankenes lån i Norges Bank til fast rente og løpetid.

## Foliorenten

Renten bankene får på sine innskudd fra en dag til den neste i Norges Bank. Foliorenten er det viktigste virkemiddelet i pengepolitikken.

## Forvaltningskapital

Den samlede verdien av midlene en finansinstitusjon har til forvaltning. Forvaltningskapitalen tilsvarer balansesummen. Forkortelsen GFK benyttes for gjennomsnittlig forvaltningskapital.

## FRA-rente

Forward Rate Agreement. Fremtidig renteaftale. Aftale mellom to parter om å fastlåse rentesatsen på et fremtidig innlån eller utlån for en gitt periode.

## Gjenkjøpsavtale

Salg av verdipapirer der man samtidig gjør en avtale om å kjøpe papirene tilbake på et senere tidspunkt til en avtalt pris.

## Hybridkapital

Som andre bedrifter er bankene finansiert ved egenkapital og lån. Hybridkapital er en mellomting mellom egenkapital og lån. Hybridkapital er egenkapital i dårlige tider, og lån i gode. Avkastningen til hybridkapitalen er en rente, på samme måte som andre obligasjoner, med fast eller flytende rente. Det gjør at avkastningen på hybridkapital er trygg og forutsigbar, på samme måte som annen gjeld. Egenkapitalen får derimot utbytte, som varierer fra år til år. Hvis en bank taper mye penger, går det utover egenkapitalen. Men hybridkapitalen skal også skrives ned i samme takt som denne. På samme måte; hvis en bank går så dårlig at den ikke har lov til å betale utbytte til egenkapitalen, skal den heller ikke betale renter på hybridkapitalen.

# Ord og uttrykk brukt i finansreglement og finansrapport

## **IMM-dager**

Vanlig brukte forfallsdager for standardiserte pengemarkedsprodukter (forkortelsen står for International Money Market).

## **Implisitt volatilitet**

Forventet fremtidig volatilitet utledet fra opsjonspriser.

## **Indeks**

En veiet sum av økonomiske/finansielle størrelser. Indeksene benyttes til å si noe om utviklingen over tid. Konsumprisindekser og aksjeindekser er eksempler på hyppig benyttede indekser.

## **Inflasjon**

Vedvarende vekst i det generelle prisnivået. Inflasjonen måles vanligvis ved veksten i konsumprisindeksen (KPI).

## **Intervensjoner**

Norges Banks kjøp og salg av utenlandsk valuta med sikte på å påvirke valutakursen.

## **Kapitaldekning**

Et forholdstall som sier noe om soliditeten til finansinstitusjoner og verdipapirforetak. Det er spesielle regler for hvordan kapitaldekningen skal beregnes. Se Finanstilsynets nettsider om kapitaldekning.

## **Konkurranseseksindeksen (KKI)**

Indeks som viser verdien av norske kroner målt mot et veid gjennomsnitt av valutaene til 25 av Norges viktigste handelspartnere. Stigende indeksverdi betyr svakere kronkurs.

## **Korrelasjon**

Korrelasjonen mellom to variable beskriver graden av samvariasjon. Dersom korrelasjonen er lik 1 beveger de to variablene seg alltid helt i takt. Dersom det er null korrelasjon, beveger de seg helt uavhengig av hverandre.

## **KPI**

Konsumprisindeks. Indeks som måler veksten i konsumprisene (se inflasjon).

## **KPI-JAE**

Et mål på veksten i konsumprisene justert for avgiftsendringer og uten energivarer. KPI-JAE er et mål på den underliggende prisstigningen.

## **Kredittforetak**

Foretak som i hovedsak finansierer sin utlånsvirksomhet ved utstedelse av obligasjoner.

## **Kredittindikatorer (K2, K3)**

Månedlige indikatorer for kreditt til publikum (kommuneforvaltning, ikke-finansielle foretak og husholdninger). De viktigste indikatorer omfatter henholdsvis publikums bruttogiøld til innenlandske kreditorer (K2) og til alle kreditorer, dvs. inkludert utlandet, (K3).

## **Kredittinstitusjon**

Foretak som mottar innskudd eller andre tilbakebetalingspliktige midler og yter lån for egen regning.

## **Kredittrisiko**

Risiko for at motpart ikke oppfyller sine forpliktelser. I et låneforhold består kredittrisikoen i at låntager ikke oppfyller låneavtalen.

## **Likviditetspremie**

Ulike verdipapirer er mer eller mindre lett omsettelige. For eksempel omsettes det i de fleste land statsobligasjoner for store beløp hver dag, mens det for enkelte obligasjoner utstedt av private selskaper kan være vanskelig å finne en kjøper eller selger om en ønsker å foreta en handel. Papirer som det vanskelig å få solgt har gjerne litt høyere avkastning på grunn av det. Denne meravkastningen kalles en likviditetspremie.

## **Likviditetsrisiko (for finansinstitusjoner)**

Risiko for økte kostnader som følge av at en motpart ikke gjør opp sin forpliktelse til rett tid. Risikoen skyldes at finansinstitusjonene, og spesielt bankene, i stor grad finansierer en forholdsvis langsiktig utlånsportefølje med kortsiktige innskudd eller innlån.

## **Likviditetsrisiko (i finansielle markeder)**

Risikoen for å oppnå en dårlig pris fordi antallet aktuelle kjøpere/selgere i markedet er lite. OBX er de 25 mest likvide aksjene på Oslo børs. OB Match er øvrige aksjer med minimum 10 handler pr. dag. OB Standard er aksjer med mindre enn 10 handler pr. dag.

## **M2**

Pengeholdende sektors (publikum og andre finansielle foretak enn banker og statlige låneinstitutter) beholdning av sedler og mynt, ubundne bankinnskudd og banksertifikater. M2 betegnes som det brede pengemengdebegrepet. Se også pengemengden.

## **Markedskapitaliseringsvekter**

Markedskapitaliseringsvekter er vekter som svarer til den andel hvert aktivum eller aktivaklasse eller land/region har av total markedsverdi innenfor et definert univers. For Petroleumsfondet brukes slike vekter til å bestemme hvor stor andel hvert lands aksjeindeks skal ha i totalindeksen for en region.

## **Markedsrisiko**

Risiko for potensielt tap i form av redusert markedsverdi som følge av prisfluktasjoner i finansielle markeder.

## **Meravkastning, mindreavkastning**

Se differanseavkastning.

## **Nominell rente**

Pålydende rente på en finansiell fordring. Se også realrente.

## **Nullkupongobligasjon**

En obligasjon uten rentebetalinger. Nullkupongobligasjoner legges ut til underkurs, dvs. til en kurs lavere enn pålydende verdi, og løses inn til pålydende verdi ved forfall.

## **Obligasjon**

Standardisert omsettelig lån med opprinnelig løpetid på minst ett år. Betingelsene ved et obligasjonslån, slik som løpetid, rente, renteutbetalingsdatoer og eventuelle rentereguleringsbestemmelser, avtales ved utstedelsen av lånet.

## **Operasjonell risiko**

Risiko knyttet til faren for forstyrrelser og avbrudd av driftsmessig art, for eksempel brudd på prosedyrer, feil i IT-systemer eller maskinvarer, regelbrudd, bedragerier, brann og terrorangrep.

## **Oppgjørsrisiko**

Risiko for tap og likviditetsproblemer i forbindelse med avregnings- og oppgjørsfunksjonene. Oppgjørsrisiko omfatter kredittrisiko, likviditetsrisiko, juridisk risiko og operasjonell risiko. Ved betalingsformidling blir transaksjoner generert av kunder og de resulterende eksponeringer vil ikke være resultat av eksplisitte kredittvurderinger. Risikoen som oppstår i et betalingssystem.

## **Opsjon**

Man skiller mellom to typer opsjoner, kjøpsopsjoner og salgsopsjoner. En kjøpsopsjon (salgsopsjon) er en rett, men ikke plikt til å kjøpe (selge) et underliggende aktivum til en på forhånd avtalt pris. Mulige underliggende aktiva er aksjer, valuta m.m.

## **Pengemarkedsfond**

Pengefond eller sameie som tar i mot penger fra publikum og investerer dem videre i kortsiktige verdipapirer.

## **Pengemengden**

Pengeholdende sektors beholdning av sedler og mynt, bankinnskudd og andre finansielle instrumenter som inngår i ulike pengemengdebegreper (se også M2). Pengeholdende sektor består av publikum (kommuneforvaltningen, ikke-finansielle foretak og husholdninger) samt andre finansielle foretak enn banker og statlige låneinstitutter. (Merk at det gjelder andre definisjoner for basispengemengden).

# Ord og uttrykk brukt i finansreglement og finansrapport

## Pengeoppgjøret

Pengedelen av verdipapiroppgjøret.

## Pengepolitikk

Myndighetens styring av renter og likviditet i markedet for norske kroner. Det viktigste virkemiddelet i pengepolitikken er renten på bankenes innskudd i Norges Bank (foliorenten).

## Portefølje

Brukes om samlet mengde av de verdipapirer som et fond blir investert i. Petroleumsfondets portefølje består blant annet av aksjer, aksjefuturekontrakter, obligasjoner, pengemarkedsplasseringer, rentefuturekontrakter og valutaterminkontrakter.

## Realrente

Realrenten er nominell rente korrigert for prisstigning (inflasjon).

## Referanseportefølje

En referanseportefølje er en tenkt portefølje med en bestemt sammensetning av verdipapirer (obligasjonsindeks eller aksjeindeks) som en forvalter resultatmåles i forhold til. Referanseporteføljen representerer en nøytral investeringsstrategi.

## Rentebærende instrumenter

Finansielle kontrakter der avkastningen er knyttet til en avtalt rente av en pålydende verdi. Et eksempel er obligasjoner.

## Renteforvaltning

Styring og oppfølging av en portefølje av rentebærende instrumenter.

## Rentefølsomhet

Sier noe om hvor mye kursen på et rentefond endres ved renteendring på ett prosentpoeng i pengemarkedet.

## Rentemargin

Differansen mellom (en banks) utlåns- og innskuddsrente.

## Rentepapirer

Fellesbetegnelse for obligasjoner, sertifikater og statskassveksler.

## Renterisiko

Risiko for potensielt tap i form av redusert markedsverdi som følge av fluktuasjoner i renten.

## Risikopremie

Den ekstra avkastningen en investor forventes å oppnå ved en risikabel investering i forhold til en risikofri investering. Investeringer i statlige rentepapirer benyttes vanligvis som det risikofrie sammenligningsgrunnlaget, selv om ingen investeringer er helt uten risiko.

## Sertifikat

Standardisert omsettelig lån med løpetid på inntil 12 måneder (ett år). Se også obligasjon.

## Short-salg

I mange markeder er det tillatt å avtale salg av verdipapirer man ikke eier. På avtalt leveringsdato må imidlertid selgeren ha papiret, enten etter å ha kjøpt det eller vanligere ved å ha lånt det av en tredjepart. Short-salg kan være lønnsomt dersom man venter at prisen på verdipapiret skal synke før man må kjøpe det.

## Spread

Brukes generelt om forskjellen mellom to priser. I obligasjonsmarkedet brukes spread om forskjellen mellom salgs- og kjøpskurs på en obligasjon. Ved omsetning av obligasjoner tar ikke meglerne direkte betalt for sine tjenester, men stiller i stedet kurser for kjøp og salg.

## Standardavvik

Standardavvik er et mål som viser hvor mye verdien av en variabel kan ventes å svinge. For en konstant verdi vil standardavviket være lik 0. Høyere standardavvik betyr større svingninger.

## Statskassveksel

Et standardisert omsettelig lån utstedt av den norske stat med løpetid under ett år og ingen rentebetalinger. Se også nullkupongobligasjon.

## Styringsrente

Sentralbankens sentrale rente i utøvelsen av pengepolitikken. I Norge er dette foliorenten.

## Støttekjøp

En sentralbanks kjøp av en valuta for å øke prisen/kursen på valutaen (se intervensjoner).

## Swap

Avtale mellom to parter om å bytte fremtidige kontantstrømmer. For eksempel kan den ene parten betale den andre flytende rente, mens den selv mottar fast rente.

## Taktisk aktivaallokering

Å velge andre aktiva- eller markedssammensetninger enn i referanseporteføljen med sikte på å oppnå høyere avkastning.

## Terminkontrakter

Kontrakter om kjøp eller salg av aktiva på et fremtidig tidspunkt og til en bestemt pris. Petroleumsfondet kjøper og selger valuta på termin, for å unngå valutakursrisiko i forhold til referanseporteføljens valutassammensetning.

## Terminrenter

Terminrenter er renter som løper mellom to fremtidige tidspunkter. Terminrentene kan under visse forutsetninger gi uttrykk for markedets forventninger om fremtidig rentenivå.

## Valutakurs

Prisen på et lands valuta målt mot andre lands valuta, for eksempel norske kroner per euro.

## Valutaopsjoner

En rett, men ikke plikt, til å kjøpe eller selge et bestemt beløp valuta til en på forhånd avtalt valutakurs.

## Valutaeserver

Norges Banks beholdninger av finansielle aktiva i utenlandsk valuta som skal kunne benyttes i gjennomføringen av pengepolitikken. Norges Bank forvalter i tillegg Statens Petroleumsfond på vegne av Finansdepartementet.

## Valutarisiko

Risiko for potensielt tap i form av redusert markedsverdi som følge av fluktuasjoner i valutakursen.

## Valutaswapmarkedet

Et marked der to aktører i dag foretar et bytte mellom to valutaer med avtale om å reversere byttehandelen på et fremtidig tidspunkt til et bestemt kursforhold mellom de to valutaer (valutabytteavtale).

## Verdipapirfond

Et fond som eies av en ubestemt krets av personer og hvor midlene i det vesentlige er investert i verdipapirer.

## Verdipapirforetak

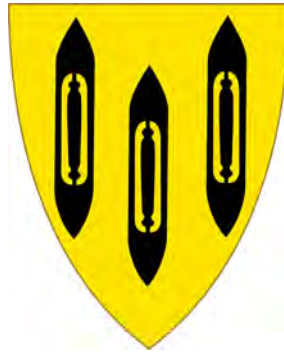
Foretak som yter investeringstjenester.

## Volatilitet

Et statistisk mål for svingningene i en tidsserie.

## VPS

Verdipapirsentralen (VPS) er en privat, selveiende institusjon, opprettet ved lov om verdipapirsentral, som driver et elektronisk rettighetsregister for aksjer, obligasjoner og andre finansielle instrumenter med i hovedsak norske utsteder.



## **Finansrapport Vaksdal kommune**

**Forvaltning av gjeldsportefølje og finansieringsavtaler**

**Rapport 2017** 1 januar til 30 april

(Rapportdato 30. april, utskrevet 5. mai 2017)



## Innholdsfortegnelse

- Side 3: Oppsummering og nøkkeltall – del I**
- Side 4: Oppsummering og nøkkeltall – del II**
- Side 5: Fordeling rentebinding**
- Side 6: Finansreglementets krav og strategi**
- Side 7: Porteføljens rentebindingstid og renterisiko**
- Side 8: Porteføljens kapitalbinding og refinansieringsrisiko**
- Side 9: Utvikling i rentebindingstid**
- Side 10: Utvikling i gjennomsnittrente**
- Side 11: Utvikling i lånegjeld**
- Side 12: Opptak av nye lån og refinansieringer i perioden**
- Side 13: Forfall og rentereguleringer i perioden**
- Side 14: Motpartoversikt lån**
- Side 15: Motpartoversikt rentebytteavtaler**
- Side 16: Markedskommentar**
- Side 17: Ordliste, forklaringer og beregninger**
- Appendiks I: Oversikt rentebetingelser og rentekostnader**
- Appendiks II: Stamdataoversikt**

## Forbehold

Denne rapporten er utarbeidet av Bergen Capital Management AS (heretter BCM) i samsvar med forskrift om finansforvaltning og Kundens reglement for finansforvaltning. Rapporten baserer seg på kilder som vurderes som pålitelige, men BCM garanterer ikke at informasjonen i rapporten er presis eller fullstendig.

Uttalelsene i rapporten reflekterer oppfatninger på det tidspunkt rapporten ble utarbeidet, og BCM forbeholder seg retten til å endre oppfatninger uten varsel.

Denne rapporten skal ikke forstås som et tilbud eller anbefaling om kjøp eller salg av finansielle instrumenter. BCM påtar seg intet ansvar for verken direkte eller indirekte tap eller utgifter som skyldes forståelsen av og/eller bruken av denne rapporten.

Denne rapporten er kun ment å være til bruk for våre klienter, ikke for offentlig publikasjon eller distribusjon, men BCM tar dog ingen forbehold om klienters eventuelle offentliggjøring. Ansatte i BCM kan eie verdipapirer i selskaper som er omtalt i rapporten, og kan kjøpe eller selge slike verdipapirer.

Rapporten er utarbeidet på et gitt tidspunkt, verdiendringene kan være store i låne- og verdipapirmarkedet slik at endelig resultat vil kunne avvike, det er brukt beste anslag på gitte tidspunkt som markedspriser i rapporten.

Historisk resultat i porteføljer forvaltet av BCM er ingen garanti for fremtidig resultat. Fremtidig resultat vil blant annet avhenge av markedsutviklingen, forvalters dyktighet, porteføljens risiko, samt kostnader ved forvaltning.

Rapporten inneholder kun gjeld som er forvaltet av BCM. Rapporten er utarbeidet på basis av opplysninger fra långivere og Kunde, BCM kan ikke ta ansvar for riktigheten av denne informasjonen oppgitt fra tredjeparter. Ved reproduksjon eller annen bruk av rapporten bør rapporten i sin helhet vedlegges. Rapporten gir et øyeblikksbilde på rapporteringstidspunkt, slik at porteføljens sammensetning og risiko p.t. kan være høyere eller lavere.

BCM vil sjekke av status mot Kundens finansreglement ved rapportering. Men BCM oppfordrer Kunden til å foreta nødvendige kontroller, da det er Kunden selv de facto som er ansvarlig for at gjeldsporteføljen er i henhold til vedtatt reglement. Dersom BCM ikke mottar innvendinger mot rapporten innen 10 virkedager etter utsendt rapport anses rapporten som korrekt og akseptert av Kunden.

## Oppsummering og nøkkeltall – del I

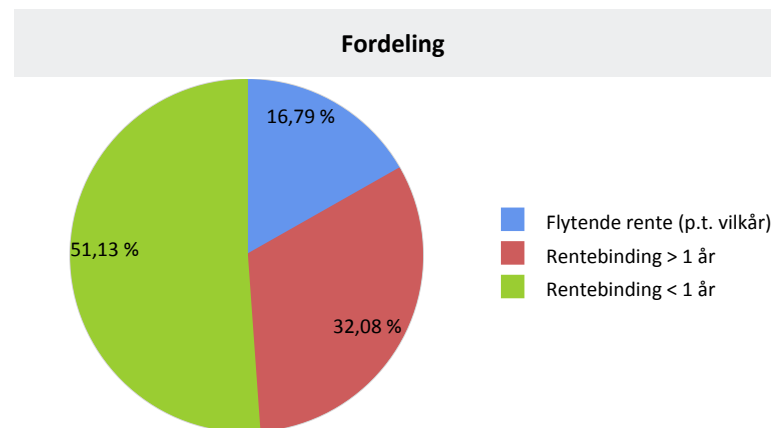
Nøkkeltall	30.04.2017	01.01.2017	Forklaring	Kommentar
Total lånegjeld	<b>Kr. 329 504 977</b>	Kr. 296 899 540	Viser samlet lånegjeld ved utløpet av rapporteringsperioden. Inkluderer alle lån som er gjengitt i stamdataoversikten.	
Rentebindingstid (inkl. rentebytteavtaler med fremtidig oppstart dersom det finnes slike i porteføljen).	<b>1,38 ÅR</b>	0,41 ÅR	Måltallet angir porteføljens vektete gjennomsnittlige rentebindingstid. Tallet viser hvor lenge renten på sertifikat, lån og obligasjoner i porteføljen er fast, hensyntatt alle kontantstrømmer (rentebetalinger, avdrag og hovedstol). Dersom en låneportefølje uten avdrag og årlige rentebetalinger har rentebindingstid på 1 betyr det at porteføljen i gjennomsnitt har en rentebinding på 12 måneder. Rentebindingstid er et kontantstrøm basert nøkkeltall og benyttes fremfor durasjon som er basert på markedsverdier.	
Vektet gjennomsnittrente	<b>1,69 %</b>	1,60 %	Måltallet angir porteføljens vektete gjennomsnittlige kupongrente, effektiv rente vil avvike noe. Ved sammenligning mot referanserente må det tas hensyn til durasjon og rentesikringsstrategi.	
Kapitalbinding	<b>4,69 ÅR</b>	4,13 ÅR	Måltallet angir porteføljens vektete gjennomsnittlige kredittbinding. Tallet viser hvor lang tid det i gjennomsnitt tar før renter, avdrag og hovedstol er nedbetalt eller forfalt til betaling. Desto høyere tall, desto mindre refinansieringsrisiko har porteføljen alt annet like.	

## Oppsummering og nøkkeltall - del II

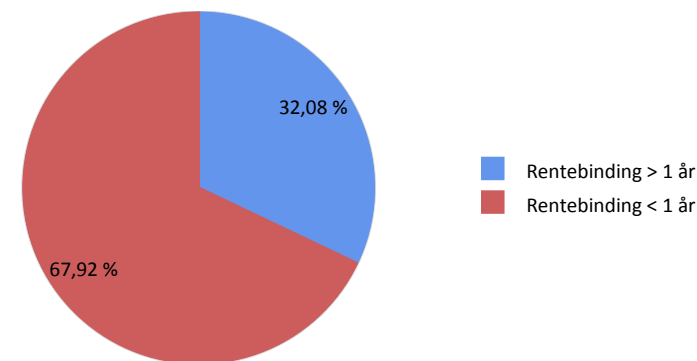
Nøkkeltall	30.04.2017	01.01.2017	Forklaring	Kommentar
Derivat volum (i % av gjeld)	<b>0,00 %</b>	0,00 %	Andel derivater (rentebytteavtaler, FRA, etc.) i (%) forhold til lånevolum.	
Rentebinding under 1 år	<b>67,92 %</b>	91,59 %	Andel forfall av rentebinding kommende år, dette nøkkeltallet viser hvor stor andel av porteføljen som har renteregulering innenfor det nærmeste året.	
Kapitalbinding under 1 år	<b>51,13 %</b>	72,74 %	Andel forfall kommende år, dette nøkkeltallet viser hvor stor andel av porteføljen som kommer til forfall innenfor det nærmeste året.	
Rentesensitivitet (1 %-poeng økning)	<b>Kr. 2 238 148</b>	Kr. 2 719 322	Estimat på økt rentekostnad ved 1 % - poeng økning i det generelle rentenivået (total gjeld x Rentebinding under 1 år x 1 %). Viser hvor mye porteføljens rentekostnad kommer til å øke med p. a. 1 år frem i tid ved 1%- poeng økning i det generelle rentenivået. Måltallet er lineært.	

## Fordeling rentebinding

Fordeling	Saldo	Prosentvis av total
Rentebinding over 1 år (fastrente)	105 690 140	32,08 %
Rentebinding under 1 år (flytende rente)	168 485 000	51,13 %
<b>Sum rentebinding</b>	<b>274 175 140</b>	<b>83,21 %</b>
Flytende rente (p.t. vilkår)	55 329 837	16,79 %
<b>SUM</b>	<b>329 504 977</b>	<b>100,00 %</b>



Fordeling	Saldo	Prosentvis av total
Rentebinding over 1 år (fastrente)	105 690 140	32,08 %
Rentebinding under 1 år (flytende rente)	223 814 837	67,92 %
<b>SUM</b>	<b>329 504 977</b>	<b>100,00 %</b>



### Forklaring til tabeller og grafer

Tabellene over viser fordelingen for gjeldsporteføljen angitt ved bruk av enkel rentebinding. Lån med rentebinding over 1 år er fastrentelån eller obligasjonslån med gjenværende rentebinding over 1 år på rapporteringsdato. Lån med flytende rente er sertifikat, obligasjoner og gjeldsbrevlån med gjenværende rentebinding under 1 år. Dersom porteføljen inneholder lån med p.t. vilkår har de 14 dagers rentevarsel og oppsigelsestid og en rentebinding på  $14 / 365 = 0,04$ . Dersom porteføljen inneholder lån med Nibortilknytning (3 eller 6 MND) er de sortert som lån med rentebinding under 1 år. Det er til enhver tid gjenværende rentebinding som er utgangspunkt for beregning av om fastrentene er under eller over 1 år. Figurene viser grafisk fordeling av gjeldsporteføljen målt ved bruk av enkel rentebinding. Alle lån som er medtatt i beregningen er gjengitt i "stamdataoversikten" som er vedlagt denne rapporten.

## Finansreglementets krav og strategi

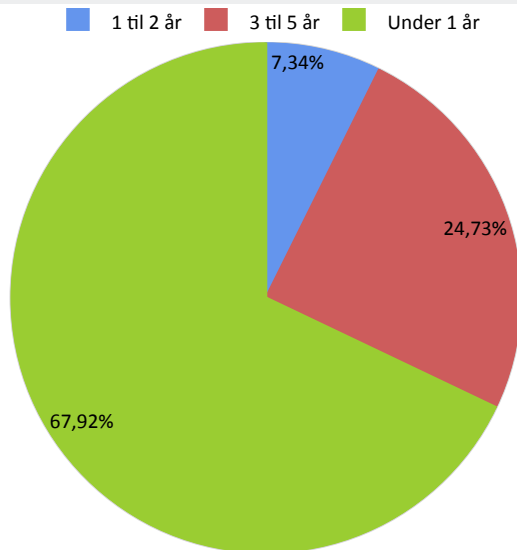
Krav i gjeldende reglement	Status	Kommentar
Innhente minst 2 konkurrerende tilbud ved refinansieringer og låneoptak	OK	
Refinansieringsrisiko skal reduseres ved å spre forfall/renteregulering	OK	
Størrelse på enkeltlån, ikke vesentlig andel av totalporteføljen	OK	
Rapportering i henhold til gjeldende reglement og forskrift	OK	
Fordeling av låneoptak på flere långivere	OK	
Nye låneoptak tatt opp i tråd med reglene i Kommuneleien § 50	OK	

*Krav til forvaltning av gjeldsporteføljen i henhold til gjeldende finansreglement. Kommentarer kun dersom det er avvik fra finansreglementet.*

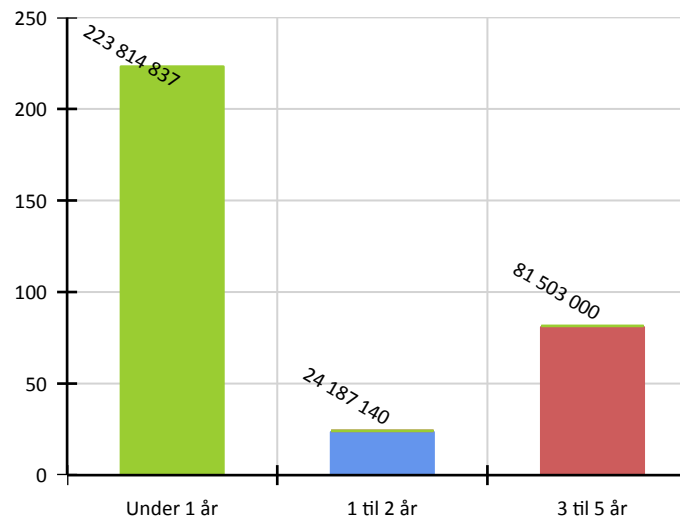
## Porteføljens rentebindingstid og renterisiko

Intervall	Pålydende i NOK	Rentebindingstid	Andel	Akkumulert andel	Økning i rentekostnad ved 1% renteøkning
Under 1 år	223 814 837	0,16	67,92%	67,92%	kr 2 238 148
1 til 2 år	24 187 140	1,42	7,34%	75,27%	kr 2 480 020
2 til 3 år	0	0,00	0,00%	75,27%	kr 2 480 020
3 til 5 år	81 503 000	4,73	24,73%	100,00%	kr 3 295 050
> 5 år	0	0,00	0,00%	100,00%	kr 3 295 050
<b>SUM</b>	<b>329 504 977</b>	<b>1,38</b>	<b>100,00%</b>		

Rentebindingsintervall i % av porteføljen



Rentebindingsintervall i NOK



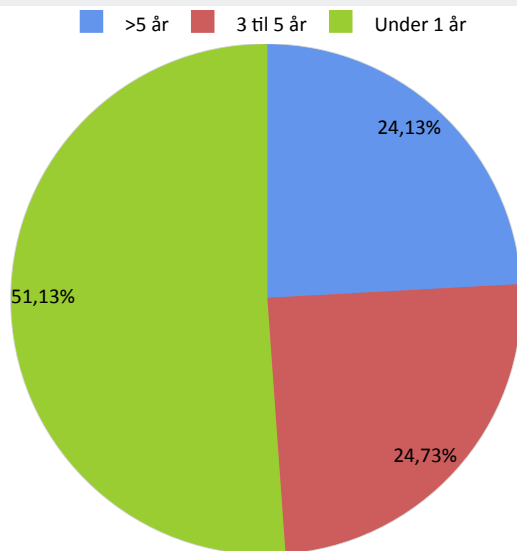
Kommentar

Rentebindingstid brukes ofte for å måle renterisiko. Det gir et uttrykk for hvor følsom kontantstrømmene til lånene er for en endring i markedsrentene. Man kan se på rentebindingstid som vektet gjennomsnittlig rentebinding for et lån eller en plassering. Porteføljens rentebindingstid er i tabellen målt ved slutten av rapporteringsperioden. Rentebindingen er i tråd med finansreglement og rentesikringsstrategi, hvor forutsigbarhet i rentekostnadene er et viktig element. Portefølj med rentebindingstid under 1 år vil være svært sensitive for bevegelser i markedsrentene. Portefølj med rentebindingstid over 5 år vil ha svært forutsigbare rentekostnader i de kommende årene. Alt annet like vil en slik forutsigbarhet ha en pris / «forsikringspremie», som må vurderes opp mot reduserte rentekostnader. Kolonnen økning i rentekostnad ved 1 %- poeng renteøkning viser økt årlig rentekostnad om 1 år, om 2 til 3 år, om 3 til 5 år og om 5 år dersom renten stiger med 1%-poeng. Dvs. når alle bindingene i porteføljen er løpt ut vil økt rentekostnad være 1 % x total gjeld.

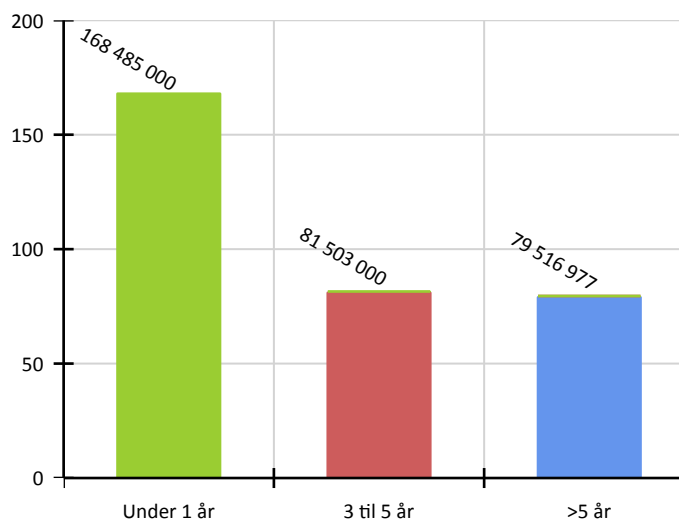
## Porteføljens kapitalbinding og refinansieringsrisiko

Forfallsintervall	Pålydende i NOK	Kapitalbinding	Prosentvis andel av porteføljen	Kommentar
Under 1 år	168 485 000	0,21	51,13%	<p>Tabellen viser gjenværende tid frem til forfallstidspunkt for lånene i porteføljen. Det er tatt hensyn til kapitalbevegelser som f.eks. avdrag i beregningene.</p> <p>Desto høyere tall desto lavere refinansieringsrisiko. Et 3MND sertifikat vil ved inngåelse ha 0,25 i kapitalbinding.</p> <p>Figurene viser en grafisk fremstilling av refinansieringsrisikoen i porteføljen.</p> <p>Porteføljer med kapitalbinding under 1 år har et stort kapitalbehov det kommende året.</p> <p>Porteføljer med kapitalbinding over 5 år antas å ha en «normal» forfallsstruktur.</p> <p>Porteføljens kapitalbinding må vurderes ut fra et kostnads-, rente og porteføljeperspektiv. Korte lån er normalt sett vesentlig billigere enn lengre lån.</p> <p>Beregninger av nøkkeltall er gjort ved bruk av lånets nedbetalingsprofil, långiver har ofte en mulighet til å kreve førtidig innfrielse slik at juridisk løpetid kan avvike.</p>
1 til 2 år	0	0,00	0,00%	
2 til 3 år	0	0,00	0,00%	
3 til 5 år	81 503 000	4,73	24,73%	
>5 år	79 516 977	14,14	24,13%	
<b>SUM</b>	<b>329 504 977</b>	<b>4,69</b>	<b>100,00%</b>	

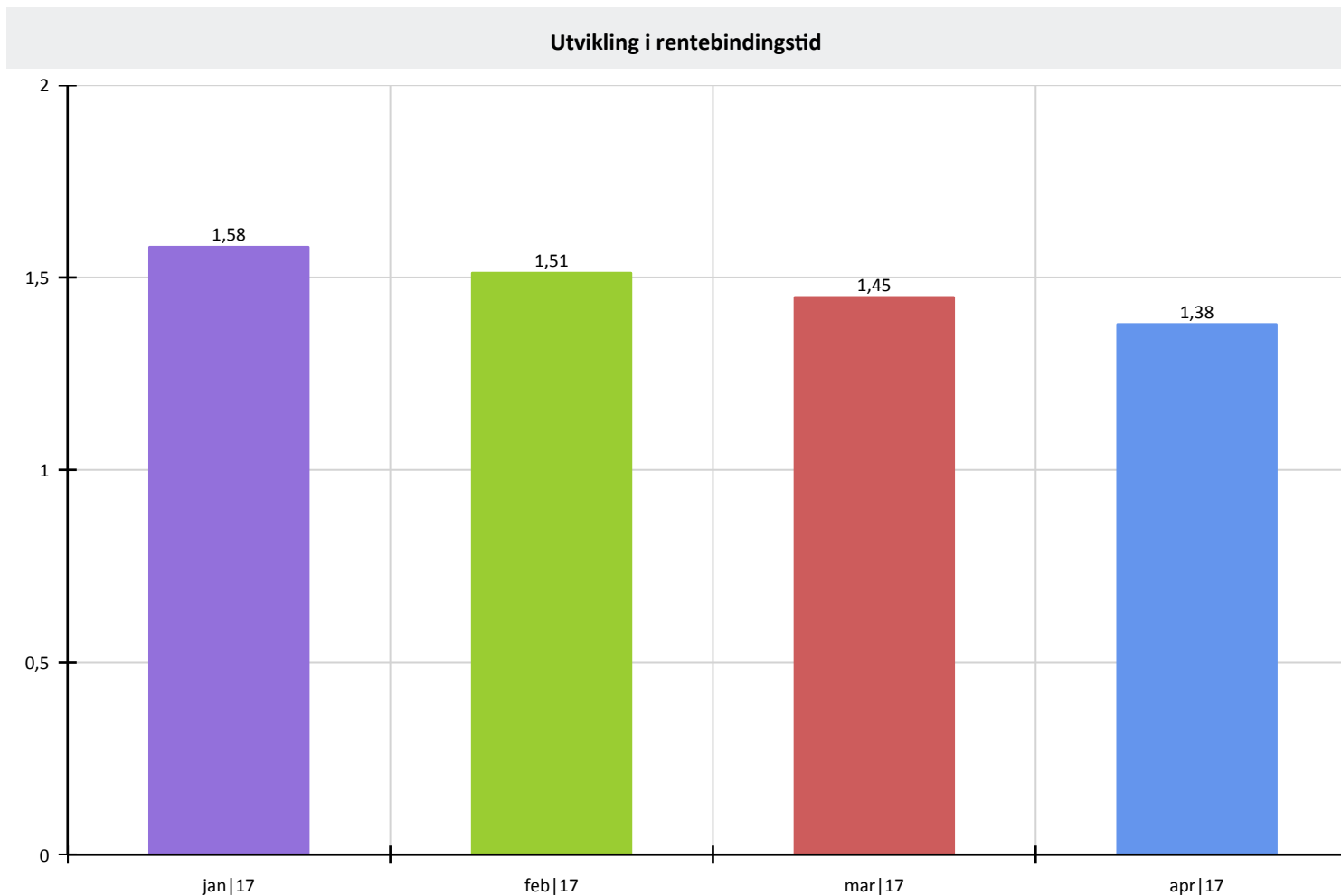
Forfallsintervall i % av porteføljen



Forfallsintervall i NOK



## Utvikling i rentebindingstid



### Kommentar

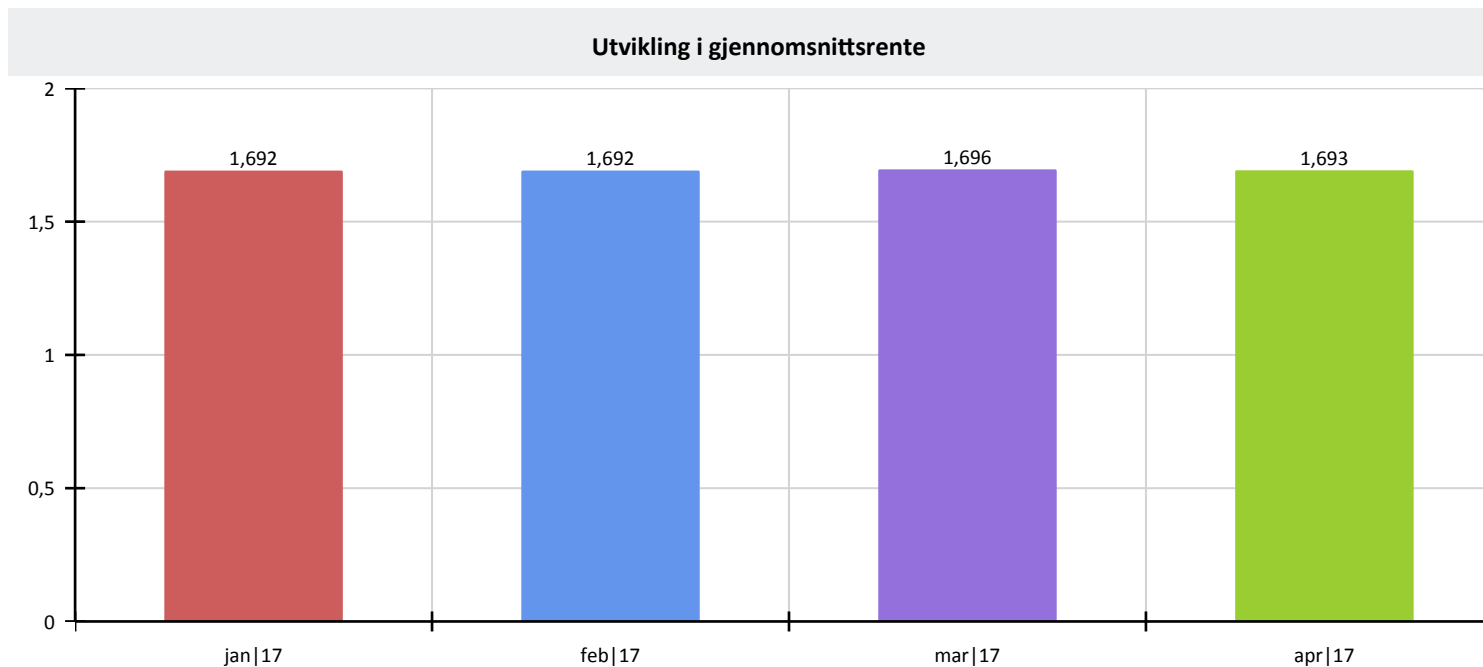
Rentebindingstid er målt ved utløpet av hver måned i rapporteringsperioden.

Den venstre aksene angir rentebindingstid i antall år.

Utvikling i rentebinding er beregnet eksklusiv rentebytteavtaler med fremtidig oppstart. Se side 3 for beregninger inklusiv fremtidige rentebytteavtaler.



## Utvikling gjennomsnittrente



### Kommentar

Vektet gjennomsnittrente er målt ved utløpet av hver måned i rapporteringsperioden.

Den venstre aksene angir gjennomsnittrente i %.

### Porteføljen og markedsrenter

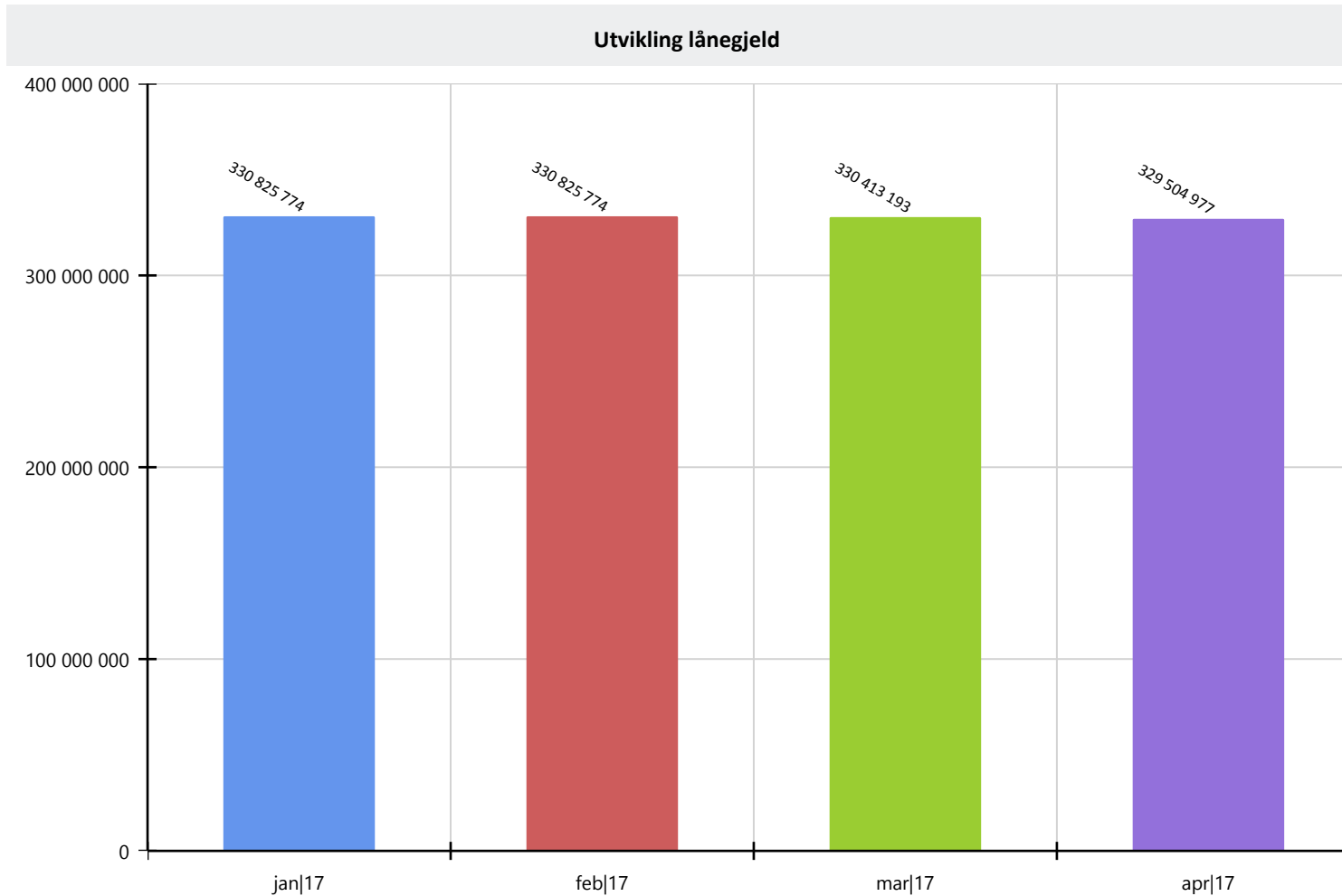
(Rentene er justert for kredittmargin (påslag), og indikerer derfor faktiske lånerenter for angitt løpetid)

Vektet gjennomsnittrente	P.T.KBN	Norges Bank (foliorenten/styringsrenten)	3 MND	6 MND	12 MND	3 År	5 År
1,69 %	1,80 %	0,50 %	1,02 %	1,13 %	1,26 %	1,71 %	2,13 %

### Markedsrenter og porteføljens betingelser

Ved utløpet av rapporteringsperioden

## Utvikling i lånegjeld



### Kommentar

Lånegjeld er målt ved utgangen av hver måned i rapporteringsperioden.

Den venstre akse angir lånegjeld i kroner.

## Opptak av nye lån og refinansieringer i perioden

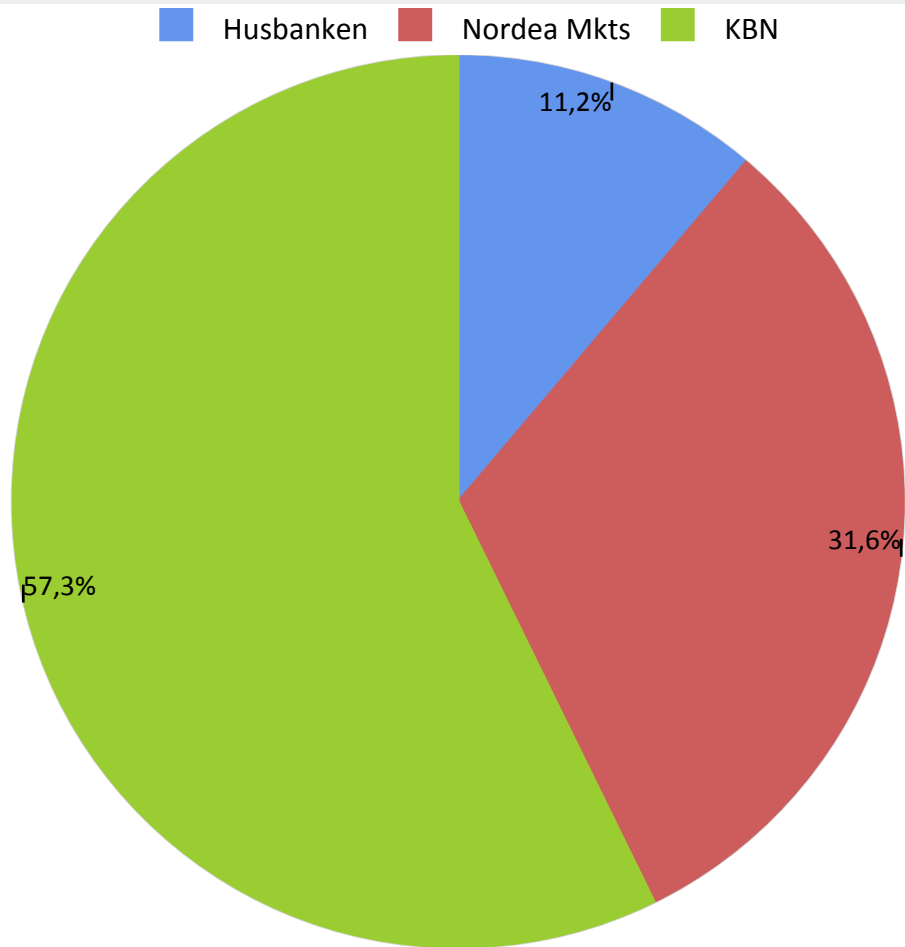
Ny långiver	Dato	Beløp	Rente	Forfall/renteregulering	Nytt lånenummer	Kommentar
KBN	20.01.2017	81 503 000	1,879	20.01.2022	20170066	
Nordea Mkts	31.01.2017	48 440 000	1,250	02.06.2017	NO0010783376	

## Forfall og rentereguleringer i perioden

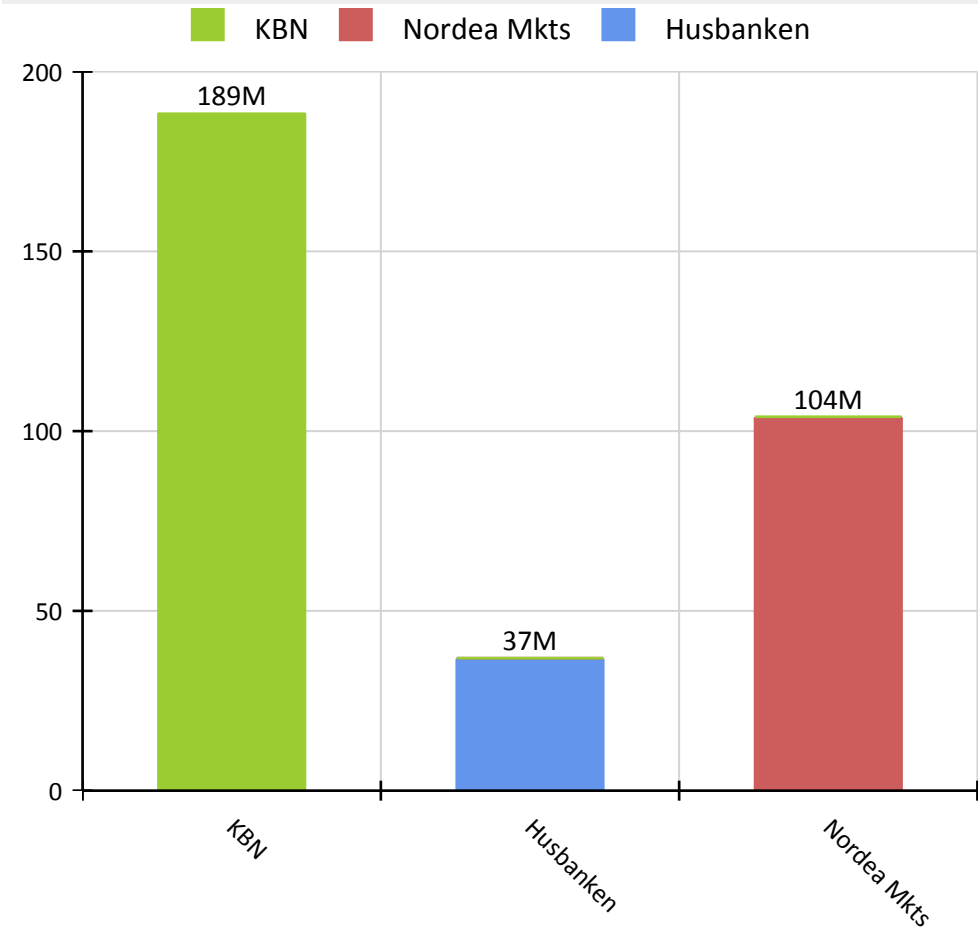
Ny långiver	Dato	Beløp	Rente	Forfall/renteregulering	Nytt lånenummer	Kommentar
KBN	20.01.2016	47 483 000	1,350	20.01.2017	20160038	
Nordea Mkts	01.02.2016	48 440 000	1,315	31.01.2017	NO0010757172	

## Motpartsoversikt lån

Motpartsoversikt i prosent

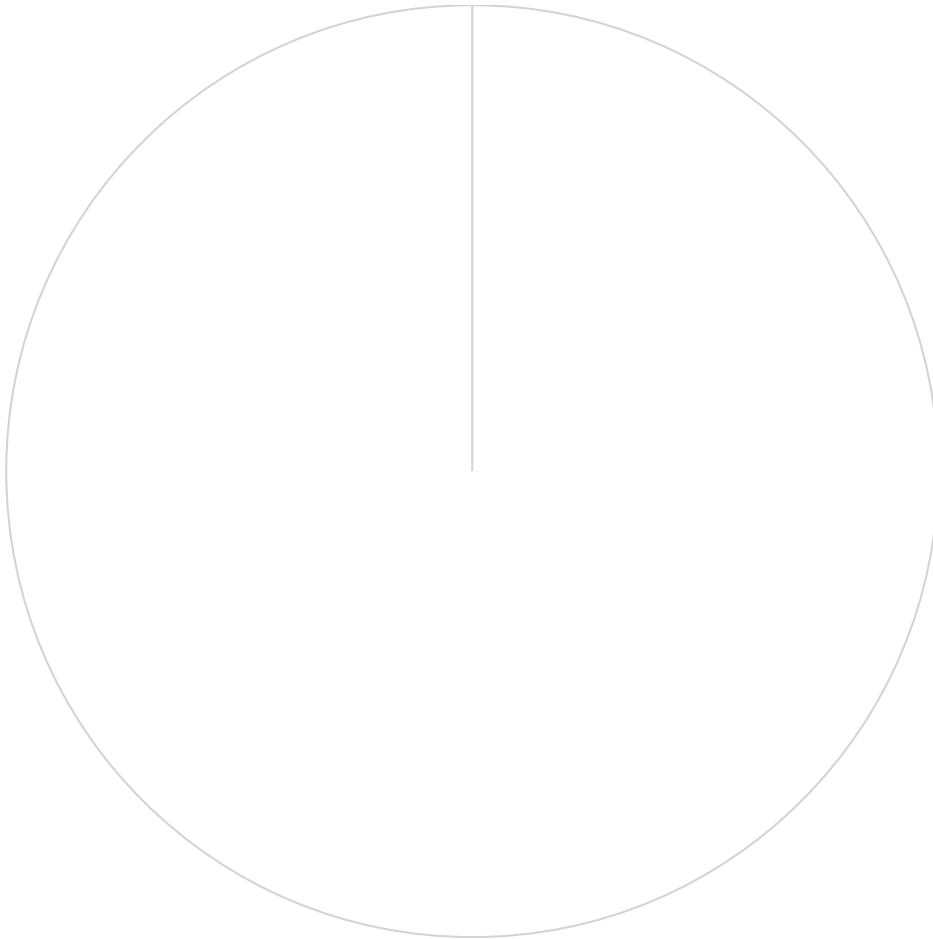


Motpartsoversikt i NOK

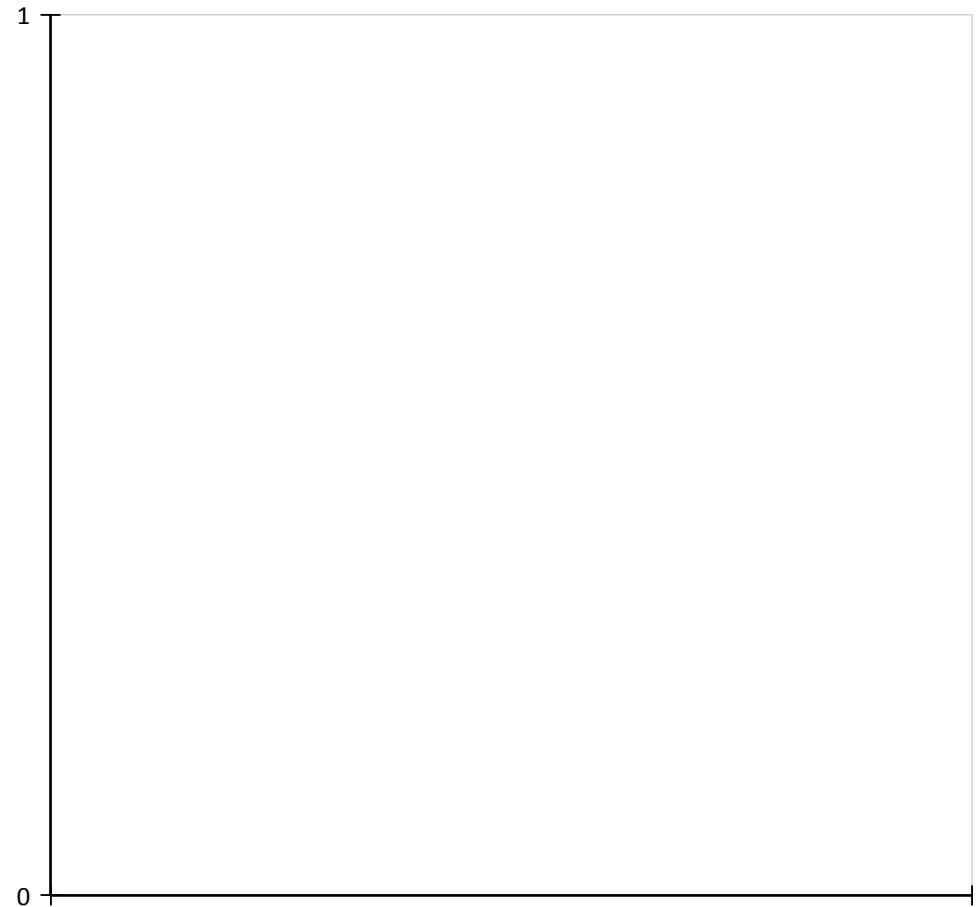


## Motpartsoversikt rentebytteavtaler

Motpartsoversikt i prosent



Motpartsoversikt i NOK



Dersom siden er tom, betyr det at kommunen ikke har aktive renteswapper.

# Markedskommentar

Markedskommentar april 2017

Rentebildet i 2017 har i stor grad vært preget av geopolitiske hendelser; spesielt med usikkerhet rundt BREXIT, ny president i USA og første runde av valget i Frankrike som fremste hendelser. Mot slutten av april er det fortsatt stor usikkerhet knyttet til det nye rammeverket i Storbritannia, særlig på områder som handel og immigrasjon. USAs president Donald Trump gikk på et nytt nederlag med sin nye helsereform, og både aksje- og rentemarkedet stiller nå spørsmålsteget ved gjennomføringskraften bak de utallige kreative forslagene. Av spørsmålsteget som vil prege rente- og kredittmarkedet i 2017 kan det nevnes overgangen til konsumdrevet økonomi i Kina, potensielle renteøkninger fra FED, tap og restruktureringer i høyrente obligasjoner, nye forskrifter i det norske boligmarkedet og et vedvarende fall i oljeinvesteringer her hjemme. Det bør nevnes at det til en viss grad er stigende inflasjon og vekst internasjonalt, og at retningen har snudd til en stigende trend. I USA ventes det at renteøkningene fortsetter fremover, og rentemarkedet ser for seg 88 % sannsynlighet for en ny økning i løpet av 2017.

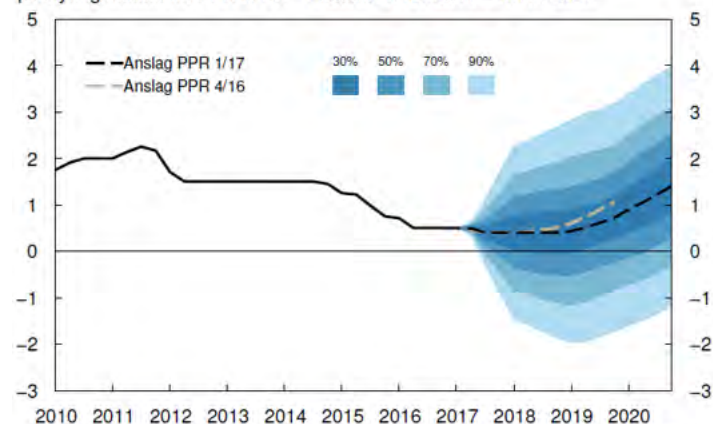
Oljeprisen er halvert sammenliknet med gjennomsnittet for årene 2011 til 2014, men er markert høyere enn bunnen i begynnelsen av 2016. Oppgangen i prisen siden bunnen knyttes blant annet til høy vekst i oljeetterspørselen og lavere produksjon i landene utenfor OPEC, samt vedtatt kutt i produksjonen fra OPEC i november 2016. Oljelagrene er likevel på høye nivåer, og det vil ta tid før lagrene kommer ned mot normale nivåer. Den svekkede lønnsomheten i sektoren har ført til en rekke tiltak for å redusere kostnadene, med en påfølgende redusert balansepris for planlagte prosjekter. En økning i oljeprisen fra dagens nivåer vil dermed kunne medføre høyere øking i tilbud enn tidligere anslått. Det er derfor mye som taler for at oljeprisen vil stabiliseres på dagens nivåer fremover.

Norges Bank besluttet i mars å holde styringsrenten uendret på 0,50 prosent. Prognosen for styringsrenten ligger nær 1/2 prosent de nærmeste årene (se figur). Det er lite som tyder på at vendepunktet vi nå ser i norsk økonomi er starten på en ny langvarig opptur. Utfordringene ligger fremdeles foran oss, der omstilling, effektivisering og kostnadskutt er sentrale begreper. Kapasitetsutnyttelse er fremdeles lav og ventes ikke nå et normalnivå før i 2020. Veksten i BNP for fastlands-Norge var i 2016 den laveste siden finanskrisen. Det blir interessant å observere hvordan innstramming i kredittpraksis fra bankene, og nye krav til tilbydere av forbrukslån vil påvirke boligprisene fremover. Den høye boligprisveksten og oppgangen i gjeldsbelastningen tyder på at husholdningene er sårbare. En kraftig reduksjon i boligprisene vil kunne endre bildet til Norges Bank betraktelig. Svak kronekurs, ekspansiv finans- og pengepolitikk og lave renter har bidratt til et vendepunkt i norsk økonomi, men det er begrenset hva som kan trekke veksten ytterligere på kort sikt, omstilling er tidkrevende. Neste rentebeslutning offentliggjøres 4. mai, det er foreløpig lite som tyder på noe annet enn fortsatt uendret rente. Ut fra Norges Bank sin pengepolitisk rapport i mars tolker vi det slik at det skal svært mye til før renten settes opp eller ned de kommende 2 årene.

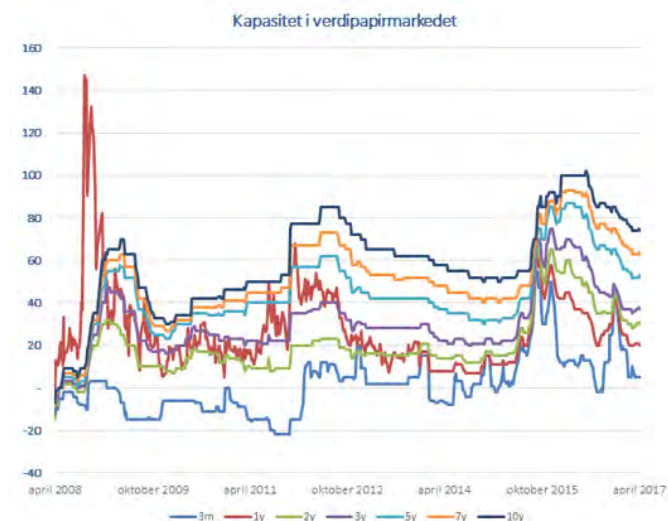
På bakgrunn av at fastrentene har steget svært raskt, og at Norges Bank må øke styringsrenten vesentlig raskere enn indikert for at lange bindinger skal svare seg anbefales derfor nå låneprodukter med flytende rente. Låneprodukter med fast margin mot NIBOR foretrekkes, da kredittmarginen nå er på lave nivåer sammenliknet med gjennomsnittet de siste to årene (se figur). Når det gjelder kortere rentebindinger anbefales 12 måneder sertifikat. Både Nibormargin og kredittmargin er nå kommet kraftig ned sammenliknet med siste 6 måneder, kombinert med en uendret styringsrente det neste året er det lite som tilsier store besparelser ved å rullere korte 3 måneders sertifikater fremfor å binde renten i 12 måneder i området rundt 1,20 – 1,25 prosent.

Kilde: Bergen Capital Management AS / Norges Bank / Bloomberg / DNB Markets, 30. april 2017

Figur 1.1a Anslag på styringsrenten med usikkerhetsvifte og anslag på styringsrenten fra PPR 4/16. <sup>1)</sup> Prosent. 1. kv. 2010 – 4. kv. 2020 <sup>2)</sup>



<sup>1)</sup> Usikkerhetsviftene er basert på historiske erfaringer og stokastiske simuleringer fra vår makroøkonomiske hovedmodell, NEMO. Usikkerhetsviften for styringsrenten tar ikke hensyn til at det eksisterer en nedre grense for renten.  
<sup>2)</sup> Anslag for 1. kv. 2017 – 4. kv. 2020 (stiplet).  
Kilde: Norges Bank



# Ordliste, forklaringer og beregninger

---

Deflasjon er reduksjon i det generelle prisnivået på varer og tjenester. Det motsatte av deflasjon er inflasjon.

Derivatvolum er en betegnelse på beholdning av derivat i % av samlet gjeld. Et derivat er et verdipapir der verdi avhenger av et underliggende aktivum på et fremtidig tidspunkt. F.eks. rentebytteavtale eller FRA.

Durasjon er den vektete gjennomsnittstiden til renteregulering på et lån beregnet ut fra nåverdien på fremtidige kontantstrømmer. Durasjon måler prissensitivitet til et lån med hensyn til endringer i renten. Durasjonen til en fastrenteobligasjon er den tid det i gjennomsnitt tar før kontantstrømmene (renter og hovedstol) forfaller til betaling. Durasjonen (egentlig modifisert durasjon) gir i tillegg uttrykk for hvor følsom verdien av obligasjonen er for endringer i rentenivået, og forteller hvor mange prosent verdien av obligasjonen vil gå ned med dersom markedsrentene stiger med ett prosentpoeng. Lang durasjon betyr at obligasjonsverdien er følsom for renteendringer. Durasjon baseres på beregning av markedsverdi, rentebinding er mer kontantstrømbasert og antas å være mer egnet som risikomål i offentlig sektor.

Fastrente er definert som gjeldsbrevlån eller obligasjoner som har gjenværende rentebinding på over ett år.

Finansreglement gir en samlet oversikt over fullmakter, rammer og retningslinjer for finansforvaltningen. Det fastsetter rammene for en forsvarlig og hensiktsmessig finansiell risikoprofil.

Flytende rente er definert som gjeldsbrevlån, sertifikat og obligasjoner som har gjenværende rentebinding under ett år.

Forfallsdato er den spesifikke dagen en inn- eller utbetaling skal skje på (betalingsfrist).

Gjeldsbrevlån er den mest benyttede låneformen i bankene. Lån blir knyttet til et gjeldsbrev. Det er et dokument hvor låntaker erklærer å skyldte penger. I gjeldsbrevet står det bestemmelser som regulerer forholdet mellom låntaker og långiver. Kommunalbanken og KLP Kommunekreditt utsteder gjeldsbrevlån med flytende – og fastrente samt gjeldsbrevlån med sertifikat og obligasjonsvilkår.

Inflasjon er vedvarende vekst i det generelle prisnivået. Inflasjon måles vanligvis ved veksten i konsumprisene. Norges Banks operative gjennomføring av pengepolitikken rettes inn mot lav og stabil inflasjon. Det operative målet for pengepolitikken er en årsvekst i konsumprisene som over tid er nær 2,5 prosent.

Kapitalbinding er volumveid gjennomsnitt av gjenværende tid frem til forfallstidspunktet for et gjeldsbrevlån, sertifikat eller obligasjon. F.eks. vil et 3 måneders sertifikat ha 0,25 i kapitalbinding på oppstartstidspunktet.

Konsumprisindeksen (KPI) er et mål for prisnivået til konsumprodukter og viser prisutviklingen på varer og tjenester som private husholdninger etterspør. Den prosentvise endringen i KPI brukes ofte som et generelt mål for inflasjon i en økonomi.

Kredittmargin (spread) er rentedifferansen mellom kredittobligasjonen og swaprente med samme løpetid. I det norske markedet benyttes swaprenten som målestokk, mens man i Euromarkedet noen ganger benytter statsrenten.

Kredittrisiko er risiko for at motpart ikke oppfyller sine forpliktelser. I et låneforhold består kredittrisikoen i at låntager ikke oppfyller låneavtalen.

Kupongrente er den faste renten på obligasjoner ved utstedelsestidspunktet. Når det generelle rentenivået synker vil en gitt kupongrente bli mer attraktiv og kursen på obligasjonen vil stige. Når det generelle rentenivået stiger blir effekten motsatt.



ISIN (lånenummer) er et nummer som brukes for å identifisere ulike verdipapirer, inkludert gjeldspapir, aksjer, opsjoner, derivater og rentederivater.

Markedskommentar er beskrivelse av dagens økonomiske situasjon og den fremtidige situasjonen basert på tolkninger av tilgjengelig informasjon. Uttalelsene reflekterer oppfatninger på det tidspunktet de ble laget, og BCM forbeholder seg retten til å endre oppfatninger uten forvarsel.

Markedsrisiko er risiko for potensielt tap i form av redusert markedsverdi som følge av prisfluktuasjoner i finansielle markeder.

Motpartsrisiko er forstått å være den type og grad av risiko forbundet med hver part i en avtalefestet ordning og risiko for at den andre parten opprettholder sine forpliktelser. For lån antas motpartsrisikoen for låntager å være lav. For rentebytteavtaler må motpartsrisiko vurderes ved kontraktsinngåelse.

Nibor (Norwegian Interbank Offered Rate) er en samlebetegnelse på norske pengemarkedsrenter med ulike løpetider, som skal gjenspeile rentenivået som långiver krever for et usikret utlån i norske kroner med levering om to dager, «spot».

Nøkkeltall anvendes innen økonomi for å sammenligne selskaper eller organisasjoner og deres virksomhet. Nøkkeltall som er fremhevet i rapporten antas å være spesielt viktig for den aktuelle kommune eller kunde.

Obligasjon er et standardisert omsettelig lån med opprinnelig løpetid på minst ett år. Betingelsene ved et obligasjonslån, slik som løpetid, rente, utbetalingsdatoer og eventuelle rentereguleringer avtales ved utstedelsen av obligasjonen.

Oppgjøringsrisiko er risiko for tap og likviditetsproblemer i forbindelse med avregnings- og oppgjøringsfunksjonene. Oppgjøringsrisiko omfatter kredittrisiko, likviditetsrisiko, juridisk risiko og operasjonell risiko. Risikoen som oppstår i et betalingssystem.

Oslo børs er Norges eneste regulerte markedsplass for omsetning av aksjer, egenkapitalbevis og andre verdipapirer, som derivater og obligasjoner.

P.a. rente er en enkel beregning for å vise forventet rentekostnad de neste 12 månedene. Beregnet som restgjeld x kupong.

P.t rente er en rente med kort renteregulering (vanligvis 14 dager) som vanligvis følger långivers innlånskostnader. Den følger også utviklingen i de korte pengemarkedsrentene og endres i takt med disse.

Påløpte renter viser akkumulerte, ikke betalte renter for det aktuelle lånet på rapporteringstidspunkt. Påløpte renter pr. 31. desember er således det rentebeløpet som skal anordnes til dette året. Påløpte renter i rapporten er beregnet med utgangspunkt i lånets stamdata. Husbanken har egne beregningsmetoder som ikke lar seg gjenskape på en enkel måte. Påløpte renter beregnet for Husbanklån kan derfor avvike noe. Påløpte renter er beregnet pr. t +1 på tilsvarende måte som for årsoppgaver.

Rapporteringsperiode er den aktuelle perioden som det rapporteres for. Rapporteringsdato og intervall er angitt på rapportens forside.

Refinansieringsrisiko er risikoen for at lån som forfaller ikke får ny finansiering og dermed må innfris. For fylkeskommuner og kommuner gjenspeiles denne risikoen i stor grad i volatiliteten i kredittmarginer som kan endre seg ved hver refinansiering. Risikoen kan reduseres ved å forlenge løpetiden i låneporteføljen, og ha tilstrekkelig likviditet til å dekke forfall eller tilgang til andre former for kreditt.

Rentebetingelser er til enhver tid gjeldende betingelser knyttet til det enkelte lånet.

Rentebindingstid (i år) er volumvektet gjennomsnitt av gjenstående rentebindingstid for lån og rentebytteavtaler.

Rentebinding inklusive forwardkontrakter (i år) er volumvektet gjennomsnitt av gjenstående rentebindingstid for lån og rentebytteavtaler. Denne varianten av nøkkeltallet tar hensyn til rentebytteavtaler som har oppstart frem i tid.

Rentebytteavtale (også kjent som renteswap) er en finansiell avtale om å bytte rentebetingelser for en periode. Et eksempel er å gå fra flytende rente til fastrente på et lån.

Rentefølsomhet sier noe om hvor mye kursen på et rentefond endres ved renteendringer. Måler prisfølsomheten til et fond ved mindre parallelle endringer på rentekurven.

Rentekostnad er kostnaden ved å låne penger. Betegnelse på den delen av betalte renter som skal anordnes på det spesifikke året.

Renteregulering er endring av lånerenten en eller flere ganger i låneperioden. Ny rente settes i forhold til rentereguleringsklausulen i lånekontrakten.

Renterisiko kan deles i markedsbasert- og kontantstrømbasert risiko. Markedsbasert renterisiko er risiko for potensielt tap i form av redusert markedsverdi som følge av endringer i renten. Kontantstrømbasert risiko er risiko for økte rentekostnader ved økninger i det generelle rentemarkedet.

Sertifikat er et rentebærende papir i likhet med obligasjoner. Forskjellen mellom papirene er at sertifikat har maksimal løpetid på ett år.

Stamdataoversikt viser en oppsummering av utvalgte sentrale betingelser og forutsetninger for de ulike lån, sertifikat og obligasjoner.

Styringsrenten er Norges Banks sentrale rente i utøvelsen av pengepolitikken. I Norge er dette representert ved foliorenten.

Swap (rentebytteavtale) er en avtale mellom to parter om å bytte fremtidige kontantstrømmer. For eksempel kan den ene parten betale den andre flytende rente, mens den selv mottar fast rente eller omvendt.

Tillitsmann i et obligasjonslån er en fellesrepresentant for obligasjonseierne hvis hovedoppgave er å ivareta deres interesser og rettigheter overfor låntaker. Tillitsmann i det norske markedet er vanligvis Nordic Trustee.

Total lånegjeld viser samlet lånegjeld som det rapporteres for. Samlet oversikt over lånene som inngår i rapporten finnes under kapittelet «stamdata».

Total rente er lånets gjeldende kupong, dvs. referanserente med tillegg av kredittmargin.

Valutakurs er prisen på et lands valuta målt mot andre lands valuta, for eksempel norske kroner per euro.

Valutarisiko er risiko for potensielt tap i form av redusert markedsverdi som følge av fluktasjoner i valutakursen.

Vektet gjennomsnittrente er volumvektet gjennomsnitt av kupongrenter for lån og rentebytteavtaler.

Verdipapirsentralen (VPS) er en privat, selveiende institusjon, opprettet ved lov om verdipapirsentral, som driver et elektronisk rettighetsregister for aksjer, obligasjoner og andre finansielle instrumenter med i hovedsak norske utstedere.

## Oversikt rentebetingelser og rentekostnader

Instrument	Ref. nr	Motpart	Beløp	Påløpte renter	Rente	Margin	Tot rente	P.a. rente	i % av gjeld
<b>Hovedbok, Gjeldsbrevlån</b>									
Lån	20100663	KBN	24 187 140	-25 477	3,160	0,000	3,160	764 314	7,34 %
Lån	20150446	KBN	64 485 000	-654 165	1,660	0,000	1,660	1 070 451	19,57 %
Lån	20150461	KBN	18 472 760	-31 884	1,800	0,000	1,800	332 510	5,61 %
Lån	20170066	KBN	81 503 000	-429 654	1,879	0,000	1,879	1 531 441	24,73 %
			188 647 900	-1 141 180				3 698 716	57,25 %

Instrument	Ref. nr	Motpart	Beløp	Påløpte renter	Rente	Margin	Tot rente	P.a. rente	i % av gjeld
<b>Hovedbok, Husbanken - Innlån</b>									
Lån	13559398.10	Husbanken	11 473 871	-29 933	1,561	0,000	1,561	179 107	3,48 %
			11 473 871	-29 933				179 107	3,48 %

Instrument	Ref. nr	Motpart	Beløp	Påløpte renter	Rente	Margin	Tot rente	P.a. rente	i % av gjeld
<b>Hovedbok, Husbanken - Startlån</b>									
Lån	13559349.10	Husbanken	3 928 872	-4 705	1,561	0,000	1,561	61 330	1,19 %
Lån	13559974.20	Husbanken	4 706 430	-35 804	1,564	0,000	1,564	73 609	1,43 %
Lån	13559974.50	Husbanken	2 952 302	-22 644	1,564	0,000	1,564	46 174	0,90 %
Lån	13561828.10	Husbanken	1 193 783	-9 082	1,564	0,000	1,564	18 671	0,36 %
Lån	13561828.40	Husbanken	1 872 288	-14 360	1,564	0,000	1,564	29 283	0,57 %
Lån	13563068	Husbanken	1 869 480	-2 274	1,564	0,000	1,564	29 239	0,57 %
Lån	13551797.10.B	Husbanken	105 269	-275	1,561	0,000	1,561	1 643	0,03 %
Lån	13553816.30.B	Husbanken	1 367 596	-1 638	1,561	0,000	1,561	21 348	0,42 %
Lån	13555096.30.B	Husbanken	1 658 208	-4 326	1,561	0,000	1,561	25 885	0,50 %
Lån	13556309.30.B	Husbanken	1 504 552	-3 925	1,561	0,000	1,561	23 486	0,46 %
Lån	13557479.30.B	Husbanken	2 257 399	-2 703	1,561	0,000	1,561	35 238	0,69 %
Lån	13564087.10	Husbanken	1 967 027	-14 964	1,564	0,000	1,564	30 764	0,60 %
			25 383 206	-116 700				396 669	7,70 %

Instrument	Ref. nr	Motpart	Beløp	Påløpte renter	Rente	Margin	Tot rente	P.a. rente	i % av gjeld
<b>Hovedbok, Verdipapirmarkedet</b>									
Lån	NO0010766769	Nordea Mkts	55 560 000	-636 147	1,255	0,000	1,255	697 278	16,86 %
Lån	NO0010783376	Nordea Mkts	48 440 000	-149 301	1,250	0,000	1,250	605 500	14,70 %
			104 000 000	-785 448				1 302 778	31,56 %

Total: 329 504 977 -2 073 262 5 577 269 100,00 %

## Stamdataoversikt

Navn	Ref. nr	Forf. dato	Restgjeld	i % av gjeld	Tot rente	Rentereg.dato
<b>Hovedbok, Gjeldsbrevlån</b>						
Vaksdal - KBN - fastrente - 19.10.18	20100663	19.10.2032	24 187 140	7,34 %	3,160	19.10.2018
Vaksdal - KBN - Fastrente 2 år	20150446	21.09.2017	64 485 000	19,57 %	1,660	21.09.2017
Vaksdal - KBN - P.t rente	20150461	25.09.2045	18 472 760	5,61 %	1,800	
Vaksdal - KBN - Fast 5ÅR - 20.01.22	20170066	20.01.2022	81 503 000	24,73 %	1,879	20.01.2022

188 647 900      57,25 %      1,961

Navn	Ref. nr	Forf. dato	Restgjeld	i % av gjeld	Tot rente	Rentereg.dato
<b>Hovedbok, Husbanken - Innlån</b>						
Vaksdal - HB - Grunnlån	13559398.10	01.12.2062	11 473 871	3,48 %	1,561	

11 473 871      3,48 %      1,561

Navn	Ref. nr	Forf. dato	Restgjeld	i % av gjeld	Tot rente	Rentereg.dato
<b>Hovedbok, Husbanken - Startlån</b>						
Vaksdal - HB - Startlån videreutlån	13559349.10	01.04.2036	3 928 872	1,19 %	1,561	
Vaksdal - HB - Startlån videreutlån	13559974.20	01.05.2037	4 706 430	1,43 %	1,564	
Vaksdal - HB - Startlån videreutlån	13559974.50	01.11.2037	2 952 302	0,90 %	1,564	
Vaksdal - HB - Startlån videreutlån	13561828.10	01.05.2039	1 193 783	0,36 %	1,564	
Vaksdal - HB - Startlån	13561828.40	01.11.2039	1 872 288	0,57 %	1,564	
Vaksdal - HB - Startlån	13563068	01.04.2040	1 869 480	0,57 %	1,564	
Vaksdal - HB - Flytende	13551797.10.B	01.12.2030	105 269	0,03 %	1,561	
Vaksdal - HB - Flytende	13553816.30.B	01.01.2032	1 367 596	0,42 %	1,561	
Vaksdal - HB - Flytende	13555096.30.B	01.12.2032	1 658 208	0,50 %	1,561	
Vaksdal - HB - Flytende	13556309.30.B	01.03.2034	1 504 552	0,46 %	1,561	
Vaksdal - HB - Flytende	13557479.30.B	01.04.2034	2 257 399	0,69 %	1,561	
Vaksdal - HB - Flytende	13564087.10	01.05.2041	1 967 027	0,60 %	1,564	

25 383 206      7,70 %      1,563

Navn	Ref. nr	Forf. dato	Restgjeld	i % av gjeld	Tot rente	Rentereg.dato
<b>Hovedbok, Verdipapirmarkedet</b>						
Vaksdal - Nordea - SRT 12 MND - 02.06.17	NO0010766769	02.06.2017	55 560 000	16,86 %	1,255	02.06.2017
Vaksdal - Nordea - SRT 4 MND - 02.06.17	NO0010783376	02.06.2017	48 440 000	14,70 %	1,250	02.06.2017

104 000 000      31,56 %      1,253

Total: 329 504 977

100,00 %

1,693

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	<b>2017</b>											
2												
3	<b>Oversyn prosjektsøknader</b>											
4												
5	<b>J.nr. : 2016 / 15277</b>											
6												
7												
8	<b>Kommune</b>	<b>K.nr.</b>	<b>Tema</b>	<b>Søknad</b>						<b>Prioritering</b>	<b>Søknadsbeløp</b>	<b>Tilskot</b>
9										<b>reg.rådet</b>		
10												
11			<b>Barn og unge</b>									
12												
13	Bergen	1201	Satsing mot barnefattigdom, tilsegn gitt i 2016									2500000
14												
15	Fjell	1246	Etablering av vertskommunesamarbeid innan barnevern									
16			samarbeid med Sund kommune. Nr. 16							<b>V - 3</b>	980000	900000
17												
18	Stord	1221	Ein inkluderande barnehage og skule. Nr. 21							<b>S - 2</b>	850000	400000
19												
20	Odda	1228	Betre tverrfagleg innsats - førebyggjande tiltak i kommunen									
21			hjelp barn og unge som treng ekstra oppfølging og støtte. Nr. 29								300000	100000
22												
23	<b>Sum</b>										2130000	3900000
24												
25			<b>Framtidsretta og gode</b>									
26			<b>omsorgstenester</b>									
27												
28	Bergen	1201	Digisos - Digitale innbyggjartenester-sosiale tenester i NAV. Nr. 8								3000000	0
29												
30	Fjell	1246	VEST - EKSTRA - vidareføring. Nr. 11							<b>V - 2</b>	1400000	200000
31												

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
32	Fjell	1246	Velferdsteknologi i Vest. Nr. 12							<b>V - 1</b>	3300000	300000
33												
34	Bergen	1201	Etablering av helseberedskapsvakt for Bergen kommune. Nr. 13								582000	0
35												
36	Stord	1221	Utdanning av egne helsefagarbeidarar i Stord kommune - vidareføring							<b>S - 3</b>	350000	0
37												
38	Stord	1221	Samarbeid med frivillig sektor i framtidens omsorgsteneste							<b>S - 4</b>	500000	0
39												
40	Stord	1221	Planlegging av husvære for eigen alderdom							<b>S - 1</b>	500000	400000
41												
42	Bergen	1201	Leiging av pasienttryggleik i kommunar. Nr. 54								390000	0
43												
44	Bømlo	1219	Heiltidskultur og deltidspromematikk. Nr. 14							<b>S - 2</b>	800000	0
45												
46	Bergen	1201	Kvalitetssikra pasientforløp i kommunen. Nr. 17								1000000	500000
47												
48	Lindås	1263	Samordning av velferdsteknologi for									
49			kommunane Radøy, Meland og Lindås. Nr. 53							<b>N - 2</b>	1500000	800000
50												
51	Masfjorden	1266	Samarbeid for planlegging, innføring og bruk av									
52			Velferdsteknologi i seks kommunar i Nordhordland. Nr. 19							<b>N - 2</b>	890000	700000
53												
54	Vaksdal	1251	Brukarmedverknad Demens. Nr. 24								450000	200000
55												
56	Odda	1228	Kompetanseheving i tenesta til menneske med									
57			utviklingshemming, kommunane Odda og Ullensvang. Nr. 27							<b>H - 6</b>	325000	0
58												
59	Askøy	1247	Alderspsykiatri og demens. Nr. 30								1400000	500000
60												
61	Odda	1228	Digital helse strategi. Nr. 31							<b>H - 4</b>	500000	300000
62												



	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
63	Askøy	1247	Brukarretta og optimalisert pasientflyt. Nr. 32								1800000	0
64												
65	Vaksdal	1251	Kvardagsteknologi. Nr. 44								415000	0
66												
67	<b>Sum</b>										19102000	3900000
68												
69			<b>Busetjing av flyktningar</b>									
70												
71	Fjell	1246	Integrering av flyktningar gjennom arbeid. Nr. 9								1500000	700000
72												
73	Ullensvang	1231	Oppfølging og busetjing av mindreårige flyktningar. Nr. 38							<b>H - 2</b>	300000	250000
74												
75	Odda	1228	Frå introduksjonsdeltakar til fagarbeidar									
76			samarbeid med Ullensvang. Nr. 42							<b>H - 3</b>	500000	400000
77												
78	<b>Sum</b>										2300000	1350000
79												
80			<b>Samfunnstryggleik og</b>									
81			<b>beredskap</b>									
82												
83	Sund	1245	Felles kommune ROS for Fjell, Sund og Øygarden. Nr. 10							<b>V - 1</b>	300000	150000
84												
85	Bergen	1201	Etablering av Vest brann- og redningsregion. Nr. 41								1530000	0
86												
87	Bergen	1201	Utgreiing av teknologiske løysingar i samband med									
88			etablering av Vest 110 - region. Nr. 49								1180000	600000
89												
90	Lindås	1263	Forprosjekt beredskapsplanlegging ny kommune,									
91			kommunane Radøy, Lindås og Meland. Nr. 43							<b>N - 5</b>	300000	300000
92												
93	<b>Sum</b>										3310000	1050000

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
94												
95			<b>Førebu framtidig</b>									
96			<b>kommunesamanslåing</b>									
97												
98	Fjell	1246	Prosjekt Ein identitet - til alt.									
99			kommunane Fjell, Sund og Øygarden							<b>V - 2</b>	1250000	600000
100												
101	Fjell	1246	Kartlegging, effektivisering og digitalisering									
102			av arkiv i Fjell, Sund og Øygarden. Nr. 15							<b>V - 1</b>	1000000	600000
103												
104	Voss	1235	Utarbeiding av kommuneplan for nye Voss kommune,									
105			kommunane Granvin og Voss Nr. 18								170000	100000
106												
107	Meland	1256	Effektiviseringsprosjekt dokumentforvaltning for									
108			Lindås, Meland og Radøy							<b>N - 6</b>	216200	200000
109												
110	Odda	1228	Kulturstrategi- og plan for nye Ullensvang kommune									
111			Samarbeid mellom kommunane Ullensvang, Odda og Jondal. Nr. 23							<b>H - 5</b>	570000	0
112												
113	Odda	1228	Effektiviseringsprosjekt dokumentforvaltning for Odda,									
114			Jondal og Ullensvang								5848000	0
115												
116	<b>Sum</b>										9054200	1500000
117												
118			<b>Tiltak innan miljø- og landbruksområdet</b>									
119												
120	Sveio	1216	Prosjekt Ryvarden - landskapsverdiar med kystlynghei, del 2. Nr. 51								455000	300000
121												
122	Kvam	1238	Fellesløysing for handtering av organisk									
123			avfall på Vestlandet. Nr. 50								500000	350000
124												

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
125	Fitjar	1222	"Nært og kjær" eit friluftsprosjekt. Friluftsrådet Vest								240000	200000
126												
127	Askøy	1247	Problemkartlegging etter vassforskrifta. Nr. 37								100000	0
128												
129	Osterøy	1253	Utgreiing av skogbrukstiltak mot ras, flaum og									
130			stormbrott i 4 pilot - kommunar. Nr. 45							<b>N - X</b>	145000	100000
131												
132	Bergen	1201	Interkommunalt samarbeid gjennom vassforskrifta. Tiltak									
133			mot forureining frå landbruk og spreidd avlaup. Nr. 47								1700000	0
134												
135	<b>Sum</b>										3140000	950000
136												
137			<b>Interkommunalt planarbeid</b>									
138												
139	Radøy	1260	Interkommunal akvakulturplan i Nordhordland. Nr. 26							<b>N - 1</b>	750000	600000
140												
141	Stord	1221	Publisering av DOK- og plandata og									
142			digitalisering av kommuneplanprosessar. Nr. 33							<b>S - 1</b>	575000	400000
143												
144	Askøy	1247	Kommuneplanens arealdel. Vannstand og klimatilpassing. Nr. 36								75000	0
145												
146	Vaksdal	1251	Arna - Stanghelle, statleg plan for veg og bane. Nr. 40								2000000	500000
147												
148	Masfjorden	1266	Interkommunal kommunedelplan for Austfjorden									
149			samarbeid kommunane Masfjorden og Lindås. Nr. 46							<b>N - 7</b>	300000	200000
150												
151	Radøy	1260	Plandata på internett til alle frå									
152			Nordhordlandsregionen. Samarbeid 10 kommunar. Nr. 48							<b>N - 4</b>	600000	400000
153												
154	<b>Sum</b>										4300000	2100000
155												

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	
156			<b>Andre</b>	<b>føremål</b>									
157													
158	Bergen	1201	Samordna regional digitalisering										
159			omfattar 15 kommunar, Bergen og omland. Nr. 52								4500000	2400000	
160													
161	Bergen	1201	Resertifisering av Bergen kommune til										
162			Trygge Lokalsamfunn. Nr. 20								600000	0	
163													
164	Stord	1221	Fornyng av bruk av sak- og arkivsystem										
165			som følge av digital utvikling og administrative endringar. Nr. 22							<b>S - 1</b>	700000	400000	
166													
167	Kvam	1238	Samarbeidsprosjekt mellom kommunar som står utanfor										
168			kommunereforma. Nr. 25								1000000	0	
169													
170	Askøy	1247	Digitalisering av historisk ortofoto i Hordaland. Nr. 28								604500	0	
171													
172	Odda	1228	Nære og døgnopne digitale tenester for innbyggjarar										
173			og næringsdrivande. Odda, Ullensvang, Kvinnherad, Jondal, Ulvik. Nr. 34							<b>H - 1</b>	1600000	800000	
174													
175	Bergen	1201	Vidareutvikling av nytt budsjetteringsverktøy. Nr. 35								280000	150000	
176													
177	Jondal	1227	Digitalt undervisningsopplegg for arkitektur, landskap og klima. Nr. 39								250000	0	
178													
179	Bergen	1201	Nett - teneste Bergens Kulturelle Spaserstokk								200000	0	
180													
181	Fjell	1246	eCultura. Digital forståing innan kulturfeltet.										
182			samarbeid med Fjell, Sund, Øygarden og Bergen. Nr. 7							<b>V - 4</b>	1845000	0	
183													
184	<b>Sum</b>										11579500	3750000	
185													
186	<b>TOTALSUM</b>										<b>54915700</b>	<b>18500000</b>	

## Oversikt over aktiviteter «Lev Vel» 2017

### Felles

Aktivitet	Involverte	Tid
Utprøving av sensorteknologi	Karde AS – midlar frå EU og Norges forskningsråd	2017
Teknologiutprøving – «plukk og miks»	Karde AS –midlar frå Bufdir	2017
Kunnskapskommune helse og omsorg	Bergen kommune, andre kommunar	2017
Innbyggjarundersøking – utforming i samarbeid med innspelgruppe	Leiar på Senter for omsorgsforskning vest	2017
Nasjonalt nettverk - ernæring	Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjeneste, Pasientsikkerhetsprogrammet, 19 andre kommunar/ sjukehus	2017
Nasjonalt velferdsteknologiprogram	Nordhordland-kommunane, Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjeneste	2017
Innføring av årsplan/kalenderturnus		Des 2016

### Ressurscenter for demens

Aktivitet	Involverte	Tid
Brukarmedverknad – demens, oppretting av referansegruppe	Høgskulen på Vestlandet /Universitetet i Bergen - forskning	2017
Plan for oppstart av dagsenter for personar med demens		2017
Aktivitetsvenn	Nasjonalforeningen for folkehelse, Frivilligsentralen, Røde Kors	2017
Regionalt nettverk-demens - fagutvikling	Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjeneste, andre kommuner	2017
Planlegging av ombygging av bustadar på Jamnetunet	Husbanken, IKTNH, HVL, Karin Høyland – Sintef/NTNU (?)	2017
Samle skjerma einingar på Vaksdal		Vår 2016

### Helsehus med brukarlab

Aktivitet	Involverte	Tid
AbleOn dusjløysing – pilotkommune i lag med Oslo kommune	AbleOn Søker forskingsmidlar?	2016-2017
Etablere første trinn av brukarlab		Vår 2017
Testing av apper og sjølvhjelpsider på nettet.		2016-2017
Kvardagsrehabilitering innført som teneste		Haust 2016
Meistringsguppe - pilotkommune	Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring, St. Olavs hospital andre kommunar, Selvhjelp Norge m.fl. Midlar og frå Fylkesmannen i Sør-Trøndelag	2016
Teknologitestning – universell utforming	Karde AS-med midlar frå Bufdir	2016-2017

Grå markering = avslutta som delprosjekt



Vaksdal kommune

Sekretariat for kontrollutvalet

Arkivsak: 216  
Arkivnr: 2017/28-20  
Sakshandsamar: Roald Breistein

## Saksframlegg

### Saksgang

Utval	Saknr.	Møtedato
Kontrollutvalet i Vaksdal kommune	25/17	30.08.2017

### Rådmannen orienterer om oppfølging av revisjonsrapport nr. 4 frå Deloitte

#### Bakgrunn for saka:

I samband med handsaming av årsrekneskapen for Vaksdal kommune i møte i kontrollutvalet 09.05.2017 vart det m.a. gjort slikt vedtak:

«På bakgrunn av det som kjem fram i revisjonsrapport nr. 4 for 2016 frå Deloitte ber kontrollutvalet om at rådmannen kjem i første møte til hausten for å gjera greie for kva som er/vil verta gjort i høve tilrådingane i rapporten.»

Revisjonsrapport nr. 4 ligg ved.

#### Drøfting:

Det er gjort avtale om at rådmannen kjem i dette møtet for å orientere i tråd med vedtaket over.

#### Konklusjon:

På bakgrunn av det som kjem fram i denne orienteringa vert det tilrådd at kontrollutvalet drøfter seg fram til eit vedtak i møtet. Saka vert difor lagt fram utan forslag til vedtak.

#### **Forslag til vedtak**

Saka vert lagt fram utan forslag til vedtak.

Hogne Haktorson  
kontrollsjef

Roald Breistein  
seniorrådgjevar

*Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikkje underskrift.*

Vedlegg

1 Signert revisjonsrapport



Vaksdal kommune  
Att.: Rådmann  
Konsul Jepsensgate 16

5722 DALEKVAM

7. april 2017

**Revisjonsrapport nr. 4**  
(journalføres)

## REVISJONSRAPPORT 2016

### 1 Innleiing

Vi har avslutta revisjonen av rekneskapen for 2016. Vi vil i det høve gje ei kort utgreiing for utført revisjon i år og for tilhøve som vi ynskjer å ta opp. Rapporten omhandlar tilhøve som vi meiner bør vere av interesse for leiinga i kommunen.

I vår revisjon har vi gjennomført dei revisjonshandlingane vi har sett som naudsynte for å få stadfesta at årsrekneskapen ikkje inneheld vesentlege feil eller manglar og for å avgje vår revisjonsmelding.

Deloitte utfører risikobasert revisjon. Dette vil seie at kontrollmetodar og kontrollomfang vert tilpassa risikoen i organisasjonen og rutinar. Vi kartlegg og vurderer difor dei viktigaste økonomi- og rekneskapsrutinane for å identifisere kor det er størst risiko for feil i rekneskapsrapporteringa.

Basert på utført revisjon har vi notert oss enkelte tilhøve vi meiner kommunen si leiing bør vere merksame på. Vi vil presisere at det er leiinga i kommunen som er ansvarleg for å etablere og oppretthalde ein tilfredsstillande intern kontroll. Som ein del av dette må leiinga sjå til at rekneskapsføringa er i samsvar med lover og forskrifter og at formues forvaltninga er ordna på ein trygg måte.

### 2 Uavhengigheit og objektivitet

Vi stadfestar at revisjonsteamet tilfredsstillar dei krava til uavhengigheit og objektivitet for revisorar som reviderer kommunal og fylkeskommunal verksemd, og som går fram av § 79 i kommunelova og som er nærare konkretisert i forskrift om revisjon av kommunar og fylkeskommunar §§ 13 og 14.

### 3 Revisjonen gjennom året

Ved vår revisjon gjennom året har vi på nokre utvalde rekneskapsområde kartlagt og testa vesentlege interne kontrollar. I tillegg har vi nytta analysar og kontrolltestar som grunnlag for å vurdere kvaliteten på årsrekneskapen. Vidare har vi utført direkte kontroll av utvalde postar i rekneskapen.

Vi har ikkje avdekkja tilhøve som var av ein slik karakter eller storleik at dei fører til uvisse med omsyn til den framlagde årsrekneskapen.

#### 3.1 Reiserekningar

Manglar knytt til reiserekningar vart teke opp i revisjonsrapport nummer 2 og 3. Som forventa er det ei forbetring i 2016 samanlikna med 2015 då reiserekningar no vert behandla elektronisk. Vi har likevel oppdaga ei tilfeldig vald reiserekning der beløp for togbillett ikkje var dokumentert med kvittering som viser beløp.

### **3.2 Rutinar bank**

Ved vår gjennomgang av kommunen sine rutinar knytt til utbetalningar frå bank, observerer vi at det berre er krav om ein godkjenner for å utføra utbetalningar. Ei slik einefullmakt utset kommunen for uynskt risiko. I tillegg har kommunen manglande arbeidsdeling. Ein tilsett kan både foreta utbetalningar frå bank og utarbeide avstemming av den same bankkontoen. Kommunen bør difor vurdere rutinane på fullmaktsstrukturen slik at arbeidsdeling føreligg. Vi viser og til revisjonsrapport nummer 2 og 3 der forholdet vart teke opp.

### **3.3 Rutinar løn**

Månadleg skal ansvarleg for løn på einingane kontrollere at registrerte timar i timeføringssystem stemmer med godkjente timelister. Det skal i tillegg kontrollerast at lønsdata for nytilsette er rett registrert i systemet.

Det er ingen kontrollspor for desse kontrollane og dermed kan ikkje tilsett på lønskontoet sentralt vite om denne kontrollen faktisk er utført. Sentralt blir det kontrollert at data frå lønssystem er rett registrert i rekneskapen. Grunnlaget blir berre kontrollert lokalt. Det er då risiko for at enkelte einingar ikkje har kontrollert det dei skal, noko som medfører auka risiko for feil på løn.

### **3.4 Rutinar kundefordringar**

Vi tilrår kommunen å innføre og formalisere ein kontroll der ein basert på modell og bestemte prinsipp bereknar kva ein bør avsetja for i balansen.

## **4 Revisjonen av årsoppgjeret**

Revisjonen av årsrekneskapen har i stor grad vore retta mot å verifisere balansepostane pr. 31.12.2016. Vi har lagt vekt på å kontrollere at inntekter og gjeld er fullstendig og at eigedelar og utgifter er gyldige og eksisterer. I tillegg har vi kontrollert større inntektspostar som skattar, rammeoverføringar og andre statlege tilskot, og vesentlege utbetalningar, som løn, tilskot og avdrag. Vi har og utført kontrollar av estimat som pensjon og avskrivningar.

Vi har gjennom våre revisjonshandlingar ikkje funne vesentlege formelle eller materielle feil i den framlagde rekneskapen. Vi vil likevel kommentere enkelte tilhøve nedanfor.

### **4.1 Riving skulebygg**

Kommunen har i 2016 rive eit skulebygg i Dale. Utgiftene til riving var kr 832.324 og er aktivert i balansen. På slutten av året skulle beløpet vore nedskrive slik at verdien på dette bygget var kr 0. Verdien er framleis i balansen per 31.12.2016. Nedskrivning er bokført i 2017.

## **5 Avslutning**

Dersom noko skulle vere uklårt i framstillinga ovanfor, eller at det er trong for hjelp i samband med tilrådde tiltak eller andre tilhøve, står vi gjerne til teneste.

Vi vil avslutningsvis nytta høve til å takke for samarbeidet!

Med venleg helsing  
Deloitte AS



**Bjarne Ryland**  
statsautorisert revisor

Kopi: Kontrollutvalet



Vaksdal kommune

Sekretariat for kontrollutvalet

Arkivsak: 216  
Arkivnr: 2017/28-19  
Sakshandsamar: Roald Breistein

## Saksframlegg

### Saksgang

Utval	Saknr.	Møtedato
Kontrollutvalet i Vaksdal kommune	26/17	30.08.2017

### Rådmannen orienterer om oppfølging av tilsynsrapport frå helsetilsynet

#### Bakgrunn for saka:

I samband handsaming av referatsak RS 5/17 Rapport frå helsetilsynet tilsyn med tvungen helsehjelp Vaksdal sjukeheim, i møte i kontrollutvalet 09.05.17, vart det gjort slikt vedtak:

«Kontrollutvalet ber rådmannen komme i møte 30.08.2017 for gjera greie for kva som er gjort/vil verta gjort for å lukke dei to avvika som kom fram i tilsynsrapport frå helsetilsynet gjeldande tvungen helsehjelp Vaksdal sjukeheim.»

Tilsynsrapporten ligg ved.

#### Drøfting:

Det er gjort avtale om at rådmannen kjem i dette møtet for å orientere i tråd med vedtaket over.

#### Konklusjon:

På bakgrunn av det som kjem fram i denne orienteringa vert det tilrådd at kontrollutvalet drøfter seg fram til eit vedtak i møtet. Saka vert difor lagt fram utan forslag til vedtak.

### Forslag til vedtak

Sake vert lagt fram utan forslag til vedtak.

Hogne Haktorson  
kontrollsjef

Roald Breistein  
seniorrådgjevar

*Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikkje underskrift.*

Vedlegg

1 Rapport frå helsetilsynet tilsyn med tvungen helsehjelp Vaksdal sjukeheim



## Rapport frå tilsyn med tvungen helsehjelp etter lov om pasient- og brukarrettar kapittel 4A, Vaksdal kommune, Vaksdal sjukeheim 2016

Adressa til verksemda: Vaksdal kommune  
Tidsrom for tilsynet: 14. - 15. november 2016

03.01.2017

**Fylkesmannen i Hordaland**

### [Samandrag](#)

#### [1. Innleiing](#)

#### [2. Omtale av verksemda - spesielle forhold](#)

#### [3. Gjennomføring](#)

#### [4. Kva tilsynet omfatta](#)

#### [5. Funn](#)

#### [6. Vurdering av styringssystemet](#)

#### [7. Regelverk](#)

#### [8. Dokumentunderlag](#)

#### [9. Deltakarar ved tilsynet](#)

### **Samandrag**

Fylkesmannen i Hordaland gjennomførte tilsyn med Vaksdal kommune 14.-15. november 2016. Denne rapporten gjer greie for avvik som blei påpeikte innanfor dei områda som tilsynet omfatta.

Vi undersøkte om Vaksdal kommune, Vaksdal sjukeheim, har styring og fører kontroll med at helsehjelp til pasientar som motset seg somatisk helsehjelp blir gitt i samsvar med krav i helseovgjevinga. Vi undersøkte særleg om:

- motstand mot helsehjelp blir identifisert og at samtykkekompetansen til pasientane blir vurdert,
- tillitsskapande tiltak blir prøvde før tvungen helsehjelp blir gjennomført,
- det blir gjort helsefaglege vurderingar av om helsehjelpa kan gjennomførast med tvang.

Reglane i kapittel 4A skal sikre at helsehjelp blir gitt for å hindre vesentleg helseskade hos pasientar utan samtykkekompetanse og som motset seg helsehjelpa. Reglane skal også førebyggje og hindre unødvendig bruk av tvang.

Tilsynet har avdekt at kommunen hittil ikkje har nødvendig styring og kontroll med at samtykkekompetanse blir vurdert og at tvungen helsehjelp ikkje blir gitt utan helsefagleg vurdering av om vilkår er oppfylte og gyldig vedtak ligg føre.

Ved tilsynet blei det påpeika to avvik frå krav i helselovgjevinga:

1. Vaksdal kommune har ikkje sørgd for at tilsette ved Vaksdal sjukeheim avdeling 2, har fått tilpassa og tilstrekkeleg opplæring om samtykke til helsehjelp, og om vilkår for å gi somatisk helsehjelp med tvang.
2. Pasientjournalane i avdeling 2 ved Vaksdal sjukeheim inneheld ikkje relevante og nødvendige opplysningar om tilstanden til pasientane og helsehjelpa som blir gitt.

Frist for å gje tilbakemelding om tiltak for å rette avvika er sett til 1. april 2017.

Dato: 30. desember 2016.

Silje Haaskjold      Sætre Kristin  
revisjonsleiar      revisor

Cotta Schönberg  
revisor

## 1. Innleiing

Rapporten er utarbeidd etter tilsyn med Vaksdal kommune, Vaksdal sjukeheim 14.-15. november 2016. Tilsynet er eitt av dei planlagde tilsyna som Fylkesmannen i Hordaland gjennomfører dette året.

Fylkesmannen i fylket har fullmakt til å føre tilsyn med helsetenesta etter lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten § 2.

Tilsynet blei utført som systemrevisjon. Ein systemrevisjon blir gjennomført ved å lese dokument, ved intervju og andre undersøkingar. Formålet med tilsynet er å vurdere om kommunen gjennom styringa (internkontrollen) fyller ulike krav i lovgjevinga.

Tilsynet omfatta å undersøkje:

- kva tiltak verksemda har for å avdekkje, rette opp og førebyggje brot på lovgivinga innanfor dei områda tilsynet omfatta.
- tiltaka blir følgde opp i praksis og om nødvendig korrigerate.
- tiltaka er gode nok for å sikre at lovgivinga blir følgd.

Rapporten handlar om avvik som er avdekte under tilsynet og gir derfor inga fullstendig tilstandsvurdering av det arbeidet verksemda har gjort innanfor dei områda som tilsynet omfatta.

- Avvik er krav som er gitt i eller i tråd med lov eller forskrift, som ikkje er oppfylte.

## 2. Omtale av verksemda - spesielle forhold

Vaksdal sjukeheim har to avdelingar. Det er ei somatisk avdeling med til saman 17 plassar fordelt på to grupper, og ei avdeling tilrettelagt for personar med demens med til saman 15 plassar fordelt på to grupper. Tilsynslege ved sjukeheimen er og fastlege i kommunen. Legen er tilstades ved sjukeheimen ein dag per veke. Pasientjournalssystemet ved sjukeheimen er dels elektronisk og dels på papir. Avdelingsleiar rapporterer til einingsleiar for sjukeheimstenesta som rapporterar til kommunalsjef for helse og omsorg.

I perioden 1. januar 2009 til dags dato har Fylkesmannen motteke 3 kopiar av vedtak om bruk av tvang frå Vaksdal sjukeheim. Då tilsynet blei gjennomført hadde ingen av pasientane vedtak om tvungen somatisk helsehjelp.

## 3. Gjennomføring

Tilsynet omfatta følgjande aktivitetar:

**Melding om tilsyn** blei sendt 22. september 2016.

**Opningsmøte** blei halde 14. november 2016.

**Intervju:** 11 personar blei intervjuet.

Det blei gjort stikkprøver i 15 pasientjournalar og synfaring ved sjukeheimen.

**Sluttmøte** blei halde 15. november 2016.

Oversikt over dokumentasjon som Vaksdal kommune, Vaksdal sjukeheim har sendt i samband med tilsynet og dokument som blei gjennomgått ved tilsynet, er gitt i kapittel 8.

#### 4. Kva tilsynet omfatta

Ved tilsynet undersøkte vi om Vaksdal kommune, Vaksdal sjukeheim, har styring og fører kontroll med at helsehjelp til pasientar som motset seg somatisk helsehjelp blir gitt i samsvar med krav i helseovgjevinga. Vi undersøkte særleg om kommunen sikrar at:

- motstand mot helsehjelp blir identifisert og at samtykkekompetansen til pasientane blir vurdert.
- tillitsskapande tiltak blir prøvde før tvungen somatisk helsehjelp blir gjennomført.
- det blir gjort helsefaglege vurderingar av om den aktuelle somatiske helsehjelpa kan gjennomførast med tvang.

#### 5. Funn

##### Avvik 1:

**Vaksdal kommune har ikkje sørgd for at tilsette ved Vaksdal sjukeheim avdeling 2, har fått tilpassa og tilstrekkeleg opplæring om samtykke til helsehjelp, og om vilkår for å gi somatisk helsehjelp med tvang.**

Avvik frå: Lov om Pasient- og brukarrettar kapittel 4 og 4A og Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten § 4 bokstav c, g og h.

Avviket er basert på følgjande:

- Det går fram av pasientjournaler at pasientar har demens eller kognitiv svikt, men pasientane si samtykkekompetanse blir ikkje vurdert.
- I enkelte tilfelle blir det nytta sengehest og sengematte (varslingssystem) utan at helsefagleg vurdering som ligg til grunn går fram i pasientjournal, eventuelt om pasienten evnar og har samtykka til bruk av slike tiltak.
- Det blir brukt medisin for å dempe uro, utan at det blir gjort helsefaglege vurderingar, og vurdering av om dette er behandling av psykisk lidning eller er somatisk helsehjelp. Årsak til uro blir ikkje alltid kartlagt før medikamentell behandling blir starta opp.
- Enkelte pasientar gir uttrykk for at dei vil ut eller dra heim, utan at det blir gjort individuell og helsefagleg vurdering av om vilkår for tilbakehald er oppfylte.
- Leiinga er kjent med behovet for meir opplæring.

##### Avvik 2:

**Pasientjournalane i avdeling 2 ved Vaksdal sjukeheim inneheld ikkje relevante og nødvendige opplysningar om tilstanden til pasientane og helsehjelpa som blir gitt.**

Avvik frå: Lov om helsepersonell § 40 og Lov om Pasient- og brukarrettar kapittel 4 og 4A, jamfør Forskrift om pasientjournal § 8 og Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten § 4 bokstav g og h.

Avviket er basert på følgjande:

- Alle tilsette har ved tilsynet ikkje lese og skrivetilgang til elektronisk pasientjournal (Profil). Alle

som skal føre pasientjournal har ikkje fått tilstrekkeleg opplæring.

- Motstand mot helsehjelp blir skildra i journal. Kva tillitsskapande tiltak som er prøvd for å løyse situasjonen, og kva som fungerer, blir derimot ikkje alltid dokumentert i journal.
- At det blir brukt beskyttelsestiltak som sengehest og alarmmatte i seng, og bakgrunnen for dette, er ikkje alltid dokumentert. Det går ikkje fram av pasientjournal om samtykkekompetanse blir vurdert og om pasienten har samtykka til bruk av slike tiltak.
- Grunngeving for og avgjerd av om pasientane heilt eller delvis manglar samtykkekompetanse er ikkje dokumentert i pasientjournal.
- Det er opplyst at det nokre gonger er vanskeleg å forlate avdelinga for å skrive pasientjournal.

## 6. Vurdering av styringssystemet i verksemda

Kommunens styring og kontroll med at krav til rettstryggleik, pasienttryggleik og forsvarleg verksemd blir oppfylte, er sentrale ved dette tilsynet. Det lovpålagte styringssystemet for helsetenestene skal bidra til at krav i helselovgjevinga blir haldne. Avklarte ansvarsforhold, personell som har nødvendig opplæring og føresetnader for å utføre oppgåvene, rutinar som er kjende og følgde, ordningar for å fange opp sårbare tilhøve ved verksemda og oppfølging frå leiinga, skal bidra til å førebyggje svikt.

Tilsette har kjennskap til pasientane. Dei har ei innarbeidd praksis med å drøfte og prøve alternative tiltak i situasjonar der pasientar viser eller gir uttrykk for motstand mot helsehjelp.

Ei grunnleggjande føresetnad for å etterleve krav i helselovgjevinga er at tilsette får tilstrekkeleg innføring i regelverket og kunnskap om kva dette inneber i praksis. Ansvarsforhold må og vere avklarte.

Tilsynet har avdekt at kommunen ikkje har nødvendig styring og kontroll med at samtykkekompetanse blir vurdert og at tvungen somatisk helsehjelp ikkje blir gitt utan helsefagleg vurdering av om vilkår er oppfylte og gyldig vedtak ligg føre. Opplysningar i pasientjournal om tilstanden til pasientane, vurderingar og tiltak er mangelfulle.

Kommunen er kjent med manglane som er påpeikte ved dette tilsynet utan at tilstrekkelege tiltak for å rette og førebyggje svikt er sette i verk.

## 7. Regelverk

- Lov av 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten.
- Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
- Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukarrettar.
- Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.
- Forskrift av 14. november 1988 for sykehjem og boform for heldøgns om org og pleie.
- Forskrift av 21. desember 2000 nr.1385 om pasientjournal.
- Forskrift av 20. desember 2002 nr.1731 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.
- Forskrift av 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene.
- Forskrift av 12. november 2010 nr. 1426 om en verdig eldreomsorg.

## 8. Dokumentunderlag

Dokumentasjon frå verksemda knytt til den daglege drifta og andre viktige forhold, som vart sendt over i samband med førebuing av tilsynet:

- Dokumentasjon motteken i e-brev av 24. oktober 2016 med vedlegg og e-brev med vedlegg av 3. november 2016 frå Vaksdal kommune.
- Organisasjonskart Vaksdal sjukeheim.
- Informasjon om Vaksdal sjukeheim.
- Informasjon om praksis ved vurdering av og avgjerd om samtykkekompetanse.
- Informasjon om vurdering og vedtak om helsehjelp som pasienten set seg i mot.



- Informasjon om overordna fagleg ansvarleg.
- Informasjon om journalsystem.
- Opplæringsplan for nytilsette.
- Informasjon om opplæring og praksis som gjeld samtykkekompetanse.
- Retningslinjer for journalansvarlege i eining for sjukeheimstenester, Vaksdal kommune utarbeidd 2. mai 2008.
- Skriv om vurdering av samtykkekompetanse.
- Oversikt over tilsette ved Vaksdal sjukeheim.
- Administrativt delegeringsreglement, Vaksdal kommune.

#### Dokumentasjon som blei gjennomgått under tilsynet:

- 15 pasientjournalar, elektroniske journalar og papirjournalar.
- Legevisittperm/arbeidslister.
- Referat frå personalmøte datert 27. september 2016.
- Perm for internundervisning om Pasient- og brukarrettar kapittel 4A.

#### Korrespondanse mellom Vaksdal kommune og Fylkesmannen:

- Melding om tilsyn datert 22. september 2016.
- Opplysningar frå Vaksdal kommune i e-brev av 24. oktober og 3. november 2016.
- Utkast til program for tilsynet i e-brev av 2. november 2016.
- Korrigert program for tilsynet i e-brev av 10. november 2016.

## 9. Deltakarar ved tilsynet

Tabellen under gir ei oversikt over deltakarane på opningsmøte og sluttmøte, og over kva personar som blei intervjuet.

Navn	Funksjon / stilling	Åpningsmøte	Intervju	Sluttmøte
Tore Arnesen	Sjukepleiar	X	X	X
Silje Haugland	Omsorgsarbeidar	X	X	X
Anita Helen Boge Svarstad	Hjelpepleiar	X	X	X
Solrun Hauglum	Kommunalsjef	X	X	X
Berit Steinsland Boge	Assistent	X	X	X
Britt Kjellaug Farestveit	Sjukepleiar	X	X	X
Ingvill Sæterdal	Helsefagarbeidar	X	X	X
Bjarte Aarland	Einingsleiar	X	X	X
Kari-Mona Hernes	Avdelingssjukepleiar	X	X	X
Anne Eide Vågen	Hjelpepleiar		X	X
Kari Hegge	Tilsynslege		X	

**Frå Fylkesmannen i Hordaland deltok:** Ass. fylkeslege Kristin Cotta Schønberg Rådgjevar Marie Mildestveit Seniorrådgjevar Silje Haaskjold Sætre, leiar



Vaksdal kommune

Sekretariat for kontrollutvalet

Arkivsak: 217  
Arkivnr: 2017/24-6  
Sakshandsamar: Roald Breistein

## Saksframlegg

### Saksgang

Utval	Saknr.	Møtedato
Kontrollutvalet i Vaksdal kommune	27/17	30.08.2017

## Forvaltningsrevisjon av kvalitet innanfor helse og omsorg - Revisjonsrapport

### Bakgrunn for saka:

**Kontrollutvalet bestilte 13.10.2016 forvaltningsrevisjon av kvalitet i pleie og omsorgstenesta frå Deloitte.**

**Av den godkjende prosjektplanen går det fram at føremålet med forvaltningsrevisjonen er:**

«Føremålet med forvaltningsrevisjonsprosjektet vil vere å undersøkje i kva grad brukarar og tilsette opplever at omsorgstenestene i Vaksdal kommune har tilfredsstillande kvalitet. Vidare vil det vere viktig å sjå nærare på i kva grad det er lagt til rette for at tilsette og brukarar og/eller pårørande kan bidra i utforming og utvikling av pleie- og omsorgstenestene. Vi vil også undersøkje i kva grad det blir gjort risikovurderingar innanfor pleie- og omsorgstenestene, samt om det er etablert eit tilfredsstillande system for evaluering av internkontrollen.»

**Med bakgrunn i prosjektet sitt føremål har revisjonen formulert følgjande problemstillingar:**

- 1. I kva grad har kommunen etablert system og rutinar for å sikre brukarmedverking og tilsette si medverking i arbeidet med kontinuerlig betring av pleie- og omsorgstenestene?**
  - a. I kva grad er det lagt til rette for at brukarar av tenestene, og pårørande, kan medverke ved utforming eller endring av tenestetilbodet?
  - b. I kva grad er det etablert system og rutinar for å hente inn erfaringar med tenestene og innspel til forbetring av tenestene frå brukarar og pårørande?
  - c. I kva grad er det etablert system og rutinar for å nytte innspel frå brukarar og pårørande i arbeidet for å betre kvaliteten i tenestene?

- d. *I kva grad er det etablert system og rutinar for å hente inn erfaringar med tenestene og innspel til forbetring av tenestene frå tilsette, under dette erfaringar både knytt til tenestetilbodet og knytt til forhold på arbeidsplassen?*
- e. *I kva grad er det etablert system og rutinar for å nytte innspel frå tilsette i arbeidet for å betre kvaliteten i tenestene?*
- f. *I kva grad er det lagt til rette for at tilsette kan varsle om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen (jf. arbeidstakar sin rett etter arbeidsmiljølova til å varsle), og i kva grad er tilsette kjent med varslingsretten og korleis ein skal gå fram for å varsle?*
- 2. I kva grad meiner brukarar/pårørande og tilsette i pleie- og omsorgstenestene at brukarar av tenestene får eit tilfredsstillande tilbod?**
- a. *I kva grad opplever brukarar/pårørande at brukarar av pleie- og omsorgstenester i Vaksdal kommune får tildelt dei tenestene dei har behov for?*
- b. *I kva grad opplever brukarar/pårørande og tilsette at pleie- og omsorgstenesta klarer å levere den tenesta som er tildelt?*
- c. *I kva grad blir brukarane sine grunnleggande behov ivaretatt i samsvar med forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene?*
- d. *Opplever dei tilsette at dei har fått tilstrekkeleg opplæring til å kunne gjere vurderingar av brukarane og kva behov dei har?*
- e. *I kva grad opplever tilsette at dei får tilstrekkeleg oppfølging av leiinga med omsyn til tenesteutføring og fordeling av arbeidsoppgåver?*
- f. *I kva grad opplever brukarar og pårørande, og deira representantar, at dei får medverke i utforming av tenestetilbodet?*
- g. *I kva grad opplever tilsette at det er lagt til rette for at dei kan melde frå om sine erfaringar med tenestene, og kome med innspel til betring av tenestene?*
- h. *I kva grad opplever tilsette at det etablerte avvikssystemet er føremålstenleg og velfungerande med tanke på å melde frå om og handtere avvik i tenesteutføring?*
- 3. I kva grad blir det gjennomført analyser for å skaffe oversikt over område der det er fare for svikt eller mangel på oppfylging av krav til tenestene?**
- a. *I kva grad blir det gjort analysar av risiko og sårbarheit innanfor tenestene?*
- b. *I kva grad omfattar eventuelle risikoanalyser alle sider ved verksemda, under dette både knytt til tenesteutføring, personalmessige forhold, lokale mv.?*
- c. *I kva grad blir avviksmeldingar nytta i samband med risikovurderingar?*
- d. *I kva grad er det etablert system for iverksetting av risikoreduserande tiltak i tilfelle der det blir vurdert å vere uønskete risikoar?*
- 4. I kva grad følgjer leiinga innanfor pleie- og omsorgstenestene opp korleis internkontrollen fungerer i verksemdene?**
- a. *I kva grad har kommunen etablert eit system for å utvikle, kontrollere, evaluere og justere prosedyrane som skal sikre etterleving av helse- og omsorgslovgjevinga?*
- b. *I kva grad blir måloppnåing, regeletterleving og krav til kvalitet følgt opp av leiinga?*
- c. *I kva grad er det system for å gjennomføre eigenkontrollar av tenestene?*

**Av prosjektplanen går det vidare fram at det er slik avgrensing:**

«Forvaltningsrevisjonen omfattar heimetenesta og sjukeheimstenesta i Vaksdal kommune.»

#### Drøfting:

Deloitte har no gjort ferdig forvaltningsrevisjon kvalitet innanfor helse og omsorg, revisjonsrapport er levert og ligg ved som vedlegg til saka. Rapporten har vore send til uttale hjå rådmannen. Uttalen går fram av vedlegg 1 i rapporten.

Deloitte har i denne forvaltningsrevisjonen nytta dokumentanalyse, intervju, spørjeundersøkingar og verifiseringsprosessar som metodar. Etter sekretariatet si vurdering har Deloitte levert ein god rapport som er i samsvar med kontrollutvalet si bestilling.

**Sekretariatet har merka seg at Deloitte m.a. konkluderer slik i samandraget i rapporten:**

*«Undersøkinga viser at Vaksdal kommune har etablert ein del system og rutinar som skal sikre brukarmedverknad på både individ- og systemnivå i helse- og omsorgstenestene. Undersøkinga viser også at det er etablert ein del system og rutinar som skal sikre dei tilsette medverknad både i kvalitetsarbeidet i tenestene og i saker som vedkjem arbeidsforholda. Særleg i samband med utviklingsprosjekt og utvikling av det som skal vere framtidens helse- og omsorgstenester i kommunen, ser det ut til at kommunen har stor merksemd retta mot å sikre brukarrepresentasjon og å hente inn informasjon om ønskje og behov frå dei som tenestene skal vere retta mot.*

*Samtidig meiner revisjonen at undersøkinga viser at dei etablerte systema og rutinane i praksis ikkje i tilstrekkeleg grad sikrar brukarmedverknad verken på individ- eller systemnivå, eller at det i tilstrekkeleg grad er lagt til rette for at tilsette kan melde frå om sine erfaringar med tenestene og kome med innspel til forbetring. Dei tilsette er heller ikkje i tilstrekkeleg grad gjort kjent med kommunen sine varslingsrutinar.»*

**Sekretariatet har vidare merka seg at Deloitte kjem med slike tilrådingar til Vaksdal kommune i punkt 7 Konklusjon og tilrådingar i rapporten:**

*«Basert på det som kjem fram i undersøkinga vil revisjonen tilrå at Vaksdal kommune set i verk følgjande tiltak:*

- 1. Evaluerer og vidareutviklar sine system for å sikre brukarmedverknad på individnivå, og som del av ei slik evaluering hentar inn systematisk informasjon om korleis tenestemottakarar og pårørande sjølv opplever brukarmedverknaden.*
- 2. Sikrar at tenestemottakarar og pårørande sine erfaringar med tenestene systematisk bli innhenta og nytta i det kontinuerlege arbeidet med kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstenestene.*
- 3. Gjennomgår og evaluerer system og rutinar for å sikre tilsette sin medverknad, mellom anna for å sikre at tilsette sine erfaringar og innspel blir nytta i kvalitetsarbeidet.*
- 4. Sikrar at tilsette har forståing for viktigheita av å melde frå om uønskete hendingar, og at avvik blir systematisk meldt frå om og følgt opp og nytta i kvalitetsarbeidet.*
- 5. Gjennomfører ei kartlegging av medarbeidarane sin kompetanse i forbetningsarbeid, og vurderer kva tiltak som eventuelt bør setjast i verk for å auke denne kompetansen.*
- 6. Sikrar at det både gjennom medarbeidersamtalar og meir fortløpande dialog mellom tilsette og deira leiarar er fokus på meistring av arbeidsoppgåver, og eventuelle behov for rettleiing og opplæring.*
- 7. Sikrar at kommunen si varslingsrutine blir gjort tilstrekkeleg kjent blant dei tilsette.*
- 8. Sikrar at det i større grad blir gjennomført systematiske og dokumenterte risikovurderingar, for å identifisere aktivitetar eller prosessar der det er fare for svikt eller brot på regelverk.*
- 9. Vurderer å etablere rutinar for gjennomføring av eigenkontrollar, til dømes innanfor område der kommunen vurderer at det er risiko for manglande etterleving av rutinar og prosedyrar.»*

Konklusjon:

Kontrollutvalet har eit særskilt ansvar for å følgje opp at kommunestyret sine vedtak i samband med handsaming av rapportar om forvaltningsrevisjon vert følgd opp. Det vert vist til «Forskrift om kontrollutvalg i kommuner og fylkeskommuner» § 12 «Oppfølging av forvaltningsrevisjoner» der det står dette:

*«Kontrollutvalget skal påse at kommunestyrets eller fylkestingets vedtak i tilknytning til behandlingen av rapporter om forvaltningsrevisjon følges opp. Kontrollutvalget skal gi rapport til kommunestyret eller fylkestinget om hvordan kommunestyrets eller fylkestingets merknader til rapport om forvaltningsrevisjon er*

*blitt fulgt opp. Det skal også rapporteres om tidligere saker som etter utvalgets mening ikke er blitt fulgt opp på en tilfredsstillende måte.»*

Forslag til innstilling i saksframlegget, bygger på forslag til tiltak i rapporten. På bakgrunn av dette vert det tilrådd at kontrollutvalet innstiller på at kommunestyret ber rådmannen syta for å laga ein prioritert handlingsplan til kontrollutvalet som viser kva tiltak som skal setjast i verk for å følgja opp tilrådingane i rapporten, når tiltaka skal setjast i verk og kven som skal ha ansvaret for iverksettinga.

### **Forslag til innstilling**

På bakgrunn av forvaltningsrevisjonsrapport "Kvalitet innanfor helse og omsorg", ber kommunestyret rådmannen syta for å:

1. Evaluere og vidareutvikle sine system for å sikre brukarmedverknad på individnivå, og som del av ei slik evaluering hentar inn systematisk informasjon om korleis tenestemottakarar og pårørande sjølv opplever brukarmedverknaden.
2. Sikre at tenestemottakarar og pårørande sine erfaringar med tenestene systematisk bli innhenta og nytta i det kontinuerlege arbeidet med kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstenestene.
3. Gjennomgå og evaluere system og rutinar for å sikre tilsette sin medverknad, mellom anna for å sikre at tilsette sine erfaringar og innspel blir nytta i kvalitetsarbeidet.
4. Sikre at tilsette har forståing for viktigheita av å melde frå om uønskte hendingar, og at avvik blir systematisk meldt frå om og følgt opp og nytta i kvalitetsarbeidet.
5. Gjennomføre ei kartlegging av medarbeidarane sin kompetanse i forbetningsarbeid, og vurderer kva tiltak som eventuelt bør setjast i verk for å auke denne kompetansen.
6. Sikre at det både gjennom medarbeidarsamtalar og meir fortløpande dialog mellom tilsette og deira leiarar er fokus på meistring av arbeidsoppgåver, og eventuelle behov for rettleiing og opplæring.
7. Sikre at kommunen si varslingsrutine blir gjort tilstrekkeleg kjent blant dei tilsette.
8. Sikre at det i større grad blir gjennomført systematiske og dokumenterte risikovurderingar, for å identifisere aktivitetar eller prosessar der det er fare for svikt eller brot på regelverk.
9. Å etablere rutinar for gjennomføring av eigenkontrollar, til dømes innanfor område der kommunen vurderer at det er risiko for manglande etterleving av rutinar og prosedyrar.
10. Å laga ein prioritert handlingsplan til kontrollutvalet innan 01.12.2017 som viser kva tiltak som skal setjast i verk for å følgja opp tilrådingane i rapporten, når tiltaka skal setjast i verk og kven som skal ha ansvaret for iverksettinga. Kontrollutvalet har ansvar for å følgje opp at tilrådingar som er vedteke av kommunestyret vert følgd opp.

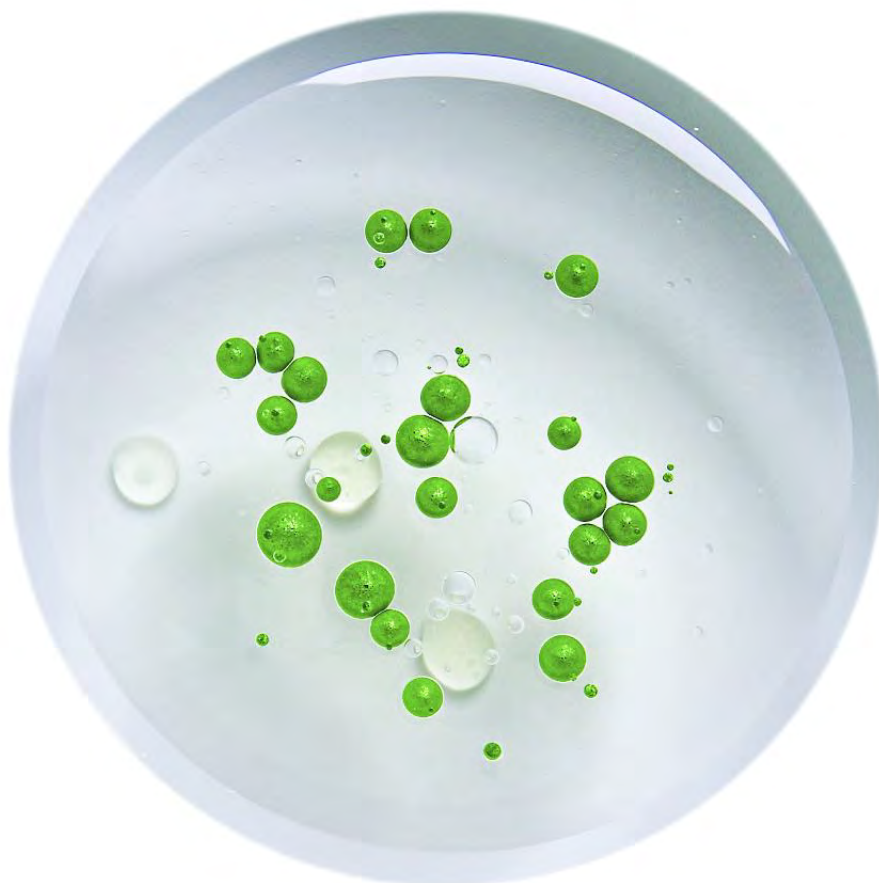
Hogne Haktorson  
kontrollsjef

Roald Breistein  
seniorrådgjevar

*Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikkje underskrift.*

Vedlegg

1 Vaksdal kommune - forvaltningsrevisjon - helse og omsorg



## Forvaltningsrevisjon | Vaksdal kommune

Kvalitet innanfor helse og omsorg

August 2017

«Forvaltningsrevisjon av kvalitet  
innanfor helse og omsorg»

August 2017

Rapporten er utarbeidd for Vaksdal  
kommune av Deloitte AS.

Deloitte AS  
Postboks 6013 Postterminalen, 5892  
Bergen  
tlf: 51 21 81 00  
[www.deloitte.no](http://www.deloitte.no)  
forvaltningsrevisjon@deloitte.no

# Samandrag

Deloitte har gjennomført ein forvaltningsrevisjon av kvalitet innanfor helse og omsorg i Vaksdal kommune. Prosjektet blei bestilt av kontrollutvalet i Vaksdal kommune i sak 33/2016, 13. oktober 2016.

Føremålet med forvaltningsrevisjonsprosjektet har vore å undersøkje i kva grad brukarar og tilsette opplever at helse- og omsorgstenestene i Vaksdal kommune har tilfredsstillande kvalitet. Vidare har det vore viktig å sjå nærare på i kva grad det er lagt til rette for at tilsette og brukarar og/eller pårørande kan bidra i utforming og utvikling av helse- og omsorgstenestene. Vi har også undersøkt i kva grad det blir gjort risikovurderingar innanfor helse- og omsorgstenestene, samt om det er etablert eit tilfredsstillande system for evaluering av internkontrollen.

I samband med forvaltningsrevisjonen har revisjonen gjennomgått relevant dokumentasjon frå kommunen. Det er gjennomført ei elektronisk spørjeundersøking blant dei tilsette i heime- og sjukeheimstenesta, samt ei papirbasert spørjeundersøking blant tenestemottakarar og næraste pårørande i heimetenesta og sjukeheimstenesta. Svarprosenten for dei tilsette er på 37 prosent, og revisjonen har mottatt 52 svar frå pårørande og 29 svar frå tenestemottakarar. Det er dermed relativt få personar som har svart på spørjeundersøkingane, og svara må difor tolkast med varsamheit. Revisjonen har også gjennomført intervju med leiarar og representantar for dei tilsette i helse- og omsorgstenesta.

Undersøkinga viser at Vaksdal kommune har etablert ein del system og rutinar som skal sikre brukarmedverknad på både individ- og systemnivå i helse- og omsorgstenestene. Undersøkinga viser også at det er etablert ein del system og rutinar som skal sikre dei tilsette medverknad både i kvalitetsarbeidet i tenestene og i saker som vedkjem arbeidsforholda. Særleg i samband med utviklingsprosjekt og utvikling av det som skal vere framtidens helse- og omsorgstenester i kommunen, ser det ut til at kommunen har stor merksemd retta mot å sikre brukarrepresentasjon og å hente inn informasjon om ønskje og behov frå dei som tenestene skal vere retta mot.

Samtidig meiner revisjonen at undersøkinga viser at dei etablerte systema og rutinane i praksis ikkje i tilstrekkeleg grad sikrar brukarmedverknad verken på individ- eller systemnivå, eller at det i tilstrekkeleg grad er lagt til rette for at tilsette kan melde frå om sine erfaringar med tenestene og kome med innspel til forbetring. Dei tilsette er heller ikkje i tilstrekkeleg grad gjort kjent med kommunen sine varslingsrutinar.

Undersøkinga viser samtidig at tenestemottakarar og pårørande alt i alt er ganske godt nøgde med helse- og omsorgstenestene i Vaksdal kommune. I all hovudsak meiner dei at tenestemottakarane har vedtak om og får tildelt dei tenestene dei har behov for. Undersøkinga viser vidare at dei tilsette, i større grad enn tenestemottakarar og pårørande, peiker på utfordringar knytt til det å sikre at tenestemottakarar får dei tenestene dei har vedtak om og til rett tid. Undersøkinga viser også at både tilsette, tenestemottakarar og pårørande opplever at mange av dei grunnleggjande behova til mottakarar av helse- og omsorgstenester i Vaksdal kommune blir godt ivareteke. Samtidig blir det – særleg frå tilsette i helse- og omsorgstenestene – peikt på utfordringar med å ivareta nokre av dei grunnleggjande behova hos tenestemottakarar. Revisjonen meiner dette indikerer at det er behov for å gjennomgå tilhøva nærare, og vurdere kva tiltak som kan setjast i verk for å få på plass system som i større grad sikrar at grunnleggjande behov blir ivareteke i samsvar med forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene.

Revisjonen vil, sett i lys av dei forhold som er nemnd over, presisere viktigheita av at det blir gjennomført risikovurderingar, og slik identifisert aktivitetar eller prosessar der det er fare for svikt eller brot på regelverk. Det er også viktig at arbeidet med risikovurderingar blir gjort som ein kontinuerleg prosess, og blir systematisert og dokumentert i større grad enn i dag. Også oppfølging av slike risikovurderingar, i form av tiltak med definerte fristar og ansvarlege, bør systematiserast og dokumenterast i større grad. I samband



med kvalitetsarbeidet i helse- og omsorgstenesta er det også heilt sentralt å sikre at det er ein god kultur for å melde frå om uønskte hendingar, slik at kommunen både kan avdekke og førebygge avvik. Undersøkinga viser at det i delar av helse- og omsorgstenesta ikkje er praksis for å melde avvik når desse oppstår. Revisjonen meiner dette er eit tema det er behov for å rette betydeleg merksemd mot framover. I den samanheng vil revisjonen også peike på viktigheita av å sikre at medarbeidarar har tilstrekkeleg kompetanse i forbetningsarbeid, jf. Helsedirektoratet sin rettleiar til forskrift om kvalitet og forbetningsarbeid i helse- og omsorgstenesta.

Basert på det som kjem fram i undersøkinga vil revisjonen tilrå at Vaksdal kommune sett i verk følgjande tiltak:

1. Evaluerer og vidareutviklar sine system for å sikre brukarmedverknad på individnivå, og som del av ei slik evaluering hentar inn systematisk informasjon om korleis tenestemottakarar og pårørande sjølv opplever brukarmedverknaden.
2. Sikrar at tenestemottakarar og pårørande sine erfaringar med tenestene systematisk bli innhenta og nytta i det kontinuerlege arbeidet med kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstenestene.
3. Gjennomgår og evaluerer system og rutinar for å sikre tilsette sin medverknad, mellom anna for å sikre at tilsette sine erfaringar og innspel blir nytta i kvalitetsarbeidet.
4. Sikrar at tilsette har forståing for viktigheita av å melde frå om uønskte hendingar, og at avvik blir systematisk meldt frå om og følgt opp og nytta i kvalitetsarbeidet.
5. Gjennomfører ei kartlegging av medarbeidarane sin kompetanse i forbetningsarbeid, og vurderer kva tiltak som eventuelt bør setjast i verk for å auke denne kompetansen.
6. Sikrar at det både gjennom medarbeidarsamtalar og meir fortløpande dialog mellom tilsette og deira leiingar er fokus på meistring av arbeidsoppgåver, og eventuelle behov for rettleiing og opplæring.
7. Sikrar at kommunen si varslingsrutine blir gjort tilstrekkeleg kjent blant dei tilsette.
8. Sikrar at det i større grad blir gjennomført systematiske og dokumenterte risikovurderingar, for å identifisere aktivitetar eller prosessar der det er fare for svikt eller brot på regelverk.
9. Vurderer å etablere rutinar for gjennomføring av eigenkontrollar, til dømes innanfor område der kommunen vurderer at det er risiko for manglande etterleving av rutinar og prosedyrar.

# Innhold

Samandrag	3
<b>1. Innleiing</b>	<b>7</b>
1.1 Bakgrunn	7
1.2 Føremål og problemstillingar	7
1.3 Avgrensing	8
1.4 Metode	8
1.5 Revisjonskriterium	10
<b>2. Om tenesteområdet</b>	<b>11</b>
2.1 Overordna organisering	11
2.2 Sjukeheimstenesta	11
2.3 Heimetenesta	12
<b>3. System for å sikre medverknad</b>	<b>13</b>
3.1 Problemstilling	13
3.2 Revisjonskriterium	13
3.3 Brukar- og pårørandemedverknad på individnivå	14
3.4 Brukar- og pårørandemedverknad på systemnivå	16
3.5 System for å sikre medverknad frå tilsette	19
3.6 Tilrettelegging for varsling om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen	22
<b>4. Tenestetilbodet</b>	<b>25</b>
4.1 Problemstilling	25
4.2 Revisjonskriterium	25
4.3 Opplevd samsvar mellom behov og tildelte tenester	26
4.4 Opplevd samsvar mellom tildelte tenester og leverte tenester	28
4.5 Opplevd brukar- og pårørandemedverknad i utforminga av tenestetilbodet	31
4.6 Ivaretaking av grunnleggjande behov	33
4.7 Tilsette si oppleving av om dei får tilstrekkeleg opplæring og oppfølging frå leiinga	41
4.8 Tilsette si oppleving av moglegheit til medverknad i kvalitetsarbeid	45
4.9 Tilsette si oppfatning av om avvikssystemet er velfungerande	47
<b>5. Analyser av område med risiko for svikt eller manglar</b>	<b>50</b>
5.1 Problemstilling	50
5.2 Revisjonskriterium	50
5.3 Datagrunnlag	51
5.4 Vurdering	53
<b>6. Oppfølging av internkontrollen</b>	<b>54</b>
6.1 Problemstilling	54

6.2	Revisjonskriterium	54
6.3	Datagrunnlag	55
6.4	Vurdering	56
<b>7.</b>	<b>Konklusjon og tilrådingar</b>	<b>58</b>
	Vedlegg 1: Høyringsuttale	60
	Vedlegg 2: Revisjonskriterium	61
	Vedlegg 3: Sentrale dokument og litteratur	68

## Figurar

---

FIGUR 1:	ORGANISASJONSKART VAKSDAL KOMMUNE. ....	11
FIGUR 2:	KJENNSKAP TIL VARSLINGSRETTEN .....	23
FIGUR 3:	FRAMGANGSMÅTE VED VARSLING OM KRITIKKVERDIGE FORHOLD .....	23
FIGUR 4:	OPPLEVD SAMSVAR MELLOM BEHOV OG VEDTAK OM TENESTER, SAMLA. ....	27
FIGUR 5:	OPPLEVD SAMSVAR MELLOM BEHOV OG VEDTAK OM TENESTER, SJUKEHEIMSTENESTA OG HEIMETENESTA .....	27
FIGUR 6:	TENESTELEVERING I SAMSVAR MED VEDTAK, TENESTEMOTTAKAR OG PÅRØRANDE.....	28
FIGUR 7:	TENESTELEVERING I SAMSVAR MED VEDTAK, TILSETTE.....	29
FIGUR 8:	TENESTER LEVERT TIL RETT TID, TILSETTE.....	30
FIGUR 9:	MEDVERKNAD I UTFORMING AV TENESTETILBOD, TENESTEMOTTAKARAR, SAMLA. ....	31
FIGUR 10:	MEDVERKNAD I UTFORMING AV TENESTETILBOD, SJUKEHEIMSTENESTA OG HEIMETENESTA. ....	32
FIGUR 11:	MEDVERKNAD I UTFORMING AV TENESTETILBOD, PÅRØRANDE, SAMLA. ....	33
FIGUR 12:	GRUNNLEGGJANDE BEHOV 1, TILSETTE SAMLA. ....	34
FIGUR 13:	GRUNNLEGGJANDE BEHOV 2, TILSETTE SAMLA. ....	35
FIGUR 14:	GRUNNLEGGJANDE BEHOV 3, TILSETTE SAMLA .....	37
FIGUR 15:	TILFREDSHEIT MED HELSE- OG OMSORGSTENESTA, SAMLA. ....	38
FIGUR 16:	TILFREDSHEIT MED HELSE- OG OMSORGSTENESTA, SJUKEHEIMSTENESTA OG HEIMETENESTA.....	39
FIGUR 17:	TILFREDSSTILLANDE HELSE- OG OMSORGSTILBOD, TILSETTE, SJUKEHEIMSTENESTA OG HEIMETENESTA. ....	39
FIGUR 18:	OPPLÆRING AV TILSETTE, SJUKEHEIMSTENESTA OG HEIMETENESTA. ....	42
FIGUR 19:	OPPFØLGING FRÅ LEIINGA, TENESTEUTFØRING, SJUKEHEIMSTENESTA OG HEIMETENESTA. ....	43
FIGUR 20:	OPPFØLGING FRÅ LEIINGA, ARBEIDSOPPGÅVER, SJUKEHEIMSTENESTA OG HEIMETENESTA. ....	44
FIGUR 21:	TILRETTELEGGING FOR AT TILSETTE KAN MELDE FRÅ OM SINE ERFARINGAR, SJUKEHEIMSTENESTA OG HEIMETENESTA. ....	45
FIGUR 22:	TILRETTELEGGING FOR AT TILSETTE KAN GI INNSPEL TIL KORLEIS TENESTA KAN BLI BETRE, SJUKEHEIMSTENESTA OG HEIMETENESTA. ....	46
FIGUR 23:	AVVIKSSYSTEM, SJUKEHEIMSTENESTA OG HEIMETENESTA. ....	47
FIGUR 24:	KOR OFTE TILSETTE MELDER AVVIK, HEIMETENESTA OG SJUKEHEIMSTENESTA. ....	48
FIGUR 25:	OPPFØLGING AV AVVIK, SJUKEHEIMSTENESTA OG HEIMETENESTA. ....	49

---

# 1. Innleiing

## 1.1 Bakgrunn

Deloitte har gjennomført ein forvaltningsrevisjon av kvalitet innanfor helse og omsorg i Vaksdal kommune. Prosjektet blei bestilt av kontrollutvalet i Vaksdal kommune i sak 33/2016, 13. oktober 2016.

## 1.2 Føremål og problemstillingar

Føremålet med forvaltningsrevisjonsprosjektet har vore å undersøkje i kva grad brukarar og tilsette opplever at helse- og omsorgstenestene i Vaksdal kommune har tilfredsstillande kvalitet. Vidare har det vore viktig å sjå nærare på i kva grad det er lagt til rette for at tilsette og brukarar og/eller pårørande kan bidra i utforming og utvikling av helse- og omsorgstenestene. Vi har også undersøkt i kva grad det blir gjort risikovurderingar innanfor helse- og omsorgstenestene, samt om det er etablert eit tilfredsstillande system for evaluering av internkontrollen.

Med bakgrunn i føremålet med prosjektet er det formulert følgjande problemstillingar:

- 1) I kva grad har kommunen etablert system og rutinar for å sikre brukarmedverking og tilsette si medverking i arbeidet med kontinuerlig betring av helse- og omsorgstenestene?
  - a. I kva grad er det lagt til rette for at brukarar av tenestene, og pårørande, kan medverke ved utforming eller endring av tenestetilbodet?
  - b. I kva grad er det etablert system og rutinar for å hente inn erfaringar med tenestene og innspel til forbetring av tenestene frå brukarar og pårørande?
  - c. I kva grad er det etablert system og rutinar for å nytte innspel frå brukarar og pårørande i arbeidet for å betre kvaliteten i tenestene?
  - d. I kva grad er det etablert system og rutinar for å hente inn erfaringar med tenestene og innspel til forbetring av tenestene frå tilsette, under dette erfaringar både knytt til tenestetilbodet og knytt til forhold på arbeidsplassen?
  - e. I kva grad er det etablert system og rutinar for å nytte innspel frå tilsette i arbeidet for å betre kvaliteten i tenestene?
  - f. I kva grad er det lagt til rette for at tilsette kan varsle om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen (jf. arbeidstakar sin rett etter arbeidsmiljølova til å varsle), og i kva grad er tilsette kjent med varslingsretten og korleis ein skal gå fram for å varsle?
- 2) I kva grad meiner brukarar/pårørande og tilsette i helse- og omsorgstenestene at brukarar av tenestene får eit tilfredsstillande tilbod?
  - a. I kva grad opplever brukarar/pårørande at brukarar av helse- og omsorgstenester i Vaksdal kommune får tildelt dei tenestene dei har behov for?
  - b. I kva grad opplever brukarar/pårørande og tilsette at helse- og omsorgstenesta klarer å levere den tenesta som er tildelt?
  - c. I kva grad blir brukarane sine grunnleggande behov ivaretatt i samsvar med forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene?
  - d. Opplever dei tilsette at dei har fått tilstrekkeleg opplæring til å kunne gjere vurderingar av brukarane og kva behov dei har?

- e. I kva grad opplever tilsette at dei får tilstrekkeleg oppfølging av leiinga med omsyn til tenesteutføring og fordeling av arbeidsoppgåver?
  - f. I kva grad opplever brukarar og pårørande, og deira representantar, at dei får medverke i utforming av tenestetilbodet?
  - g. I kva grad opplever tilsette at det er lagt til rette for at dei kan melde frå om sine erfaringar med tenestene, og kome med innspel til betring av tenestene?
  - h. I kva grad opplever tilsette at det etablerte avvikssystemet er føremålstenleg og velfungerande med tanke på å melde frå om og handtere avvik i tenesteutøvinga?
- 3) I kva grad blir det gjennomført analyser for å skaffe oversikt over område der det er fare for svikt eller mangel på oppfyljing av krav til tenestene?
- a. I kva grad blir det gjort analysar av risiko og sårbarheit innanfor tenestene?
  - b. I kva grad omfattar eventuelle risikoanalyser alle sider ved verksemda, under dette både knytt til tenesteutøving, personalmessige forhold, lokale mv.?
  - c. I kva grad blir avviksmeldingar nytta i samband med risikovurderingar?
  - d. I kva grad er det etablert system for iverksetting av risikoreduserande tiltak i tilfelle der det blir vurdert å vere uønskte risikoar?
- 4) I kva grad følgjer leiinga innanfor helse- og omsorgstenestene opp korleis internkontrollen fungerer i verksemdene?
- a. I kva grad har kommunen etablert eit system for å utvikle, kontrollere, evaluere og justere prosedyrane som skal sikre etterleving av helse- og omsorgslovgjevinga?
  - b. I kva grad blir måloppnåing, regeletterleving og krav til kvalitet følgt opp av leiinga?
  - c. I kva grad er det system for å gjennomføre eigenkontrollar av tenestene?

### 1.3 Avgrensing

Forvaltningsrevisjonen omfattar heimetenesta og sjukeheimstenesta i Vaksdal kommune.

### 1.4 Metode

Oppdraget er utført i samsvar med gjeldande standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001).

Oppdraget er gjennomført i tidsrommet november 2016 til juni 2017.

#### 1.4.1 Dokumentanalyse

Rettsreglar er gjennomgått og brukt som revisjonskriterium. Vidare er informasjon om kommunen, kommunale retningslinjer og rutinar, samt dokumentasjon på etterleving av interne rutinar, regelverk m.m. samla inn og analysert. Innsamla dokumentasjon er vurdert opp mot revisjonskriteria.

#### 1.4.2 Intervju

Revisjonen har gjennomført intervju med utvalde personar som har ansvar for og arbeider innanfor helse- og omsorgstenestene i kommunen. Vi har intervjuet både leiarar og representantar for tilsette. Herunder rådmann, kommunalsjef, einingsleiarar og tillitsvalde og verneombod innanfor både heimetenesta og sjukeheimstenesta. Til saman har vi intervjuet elleve personar, og sju av desse personane er representantar for dei tilsette ved at dei er anten verneombod eller tillitsvald. Nokre av intervjuet er gjennomført som gruppeintervju (to eller tre personar saman). I desse tilfella har dei intervjuet blitt opplyst om at dei kan kontakte revisjonen dersom dei i etterkant ønskjer å formidle ytterlegare informasjon individuelt.

### 1.4.3 Spørjeundersøkingar

#### Spørjeundersøking til tilsette

Revisjonen har gjennomført ei elektronisk spørjeundersøking til alle fast tilsette innanfor heimetenesta og sjukeheimstenesta i Vaksdal kommune. Undersøkinga blei distribuert via e-post, og blei gjennomført anonymt. Revisjonen kan dermed ikkje kople svara til enkeltpersonar/e-postadresser. I spørjeundersøkinga var det særleg fokus på tilsette sine erfaringar når det gjeld bruken av innspel og erfaringar frå tilsette i utvikling av tenestene, samt tilsette sine oppfatningar om kvalitet og brukartilpassing i tenestene.

Spørjeundersøkinga blei til saman sendt til 133 tilsette i heimetenesta og sjukeheimstenesta i Vaksdal kommune. 49 tilsette svarte på undersøkinga, noko som utgjer ein svarprosent på 37 prosent. Undersøkinga har med andre ord relativt høgt fråfall.<sup>1</sup> I tillegg er det ei overvekt av tilsette i sjukeheimstenesta som har svart på undersøkinga.<sup>2</sup> Spørjeundersøkinga blei sendt til respondentane 24. januar 2017. Fristen for å svare blei opphavleg sett til 7. februar, men blei utsett to gongar for å gi fleire høve til å svare, siste gong til 21. februar. Det blei også sendt ut påminningar på e-post fire gonger, for å oppmode fleire om å svare. I tillegg hadde revisjonen kontakt med leiinga innanfor helse og omsorg i kommunen, i forbindelse med at vi såg at det var få tilsette som svarte på undersøkinga. Frå leiinga blei det opplyst at tilsette var blitt oppmoda om å svare på undersøkinga, både på møte, under lunsj/rapport og via e-post.

Sidan svarprosenten er låg, må resultatane tolkast med varsamheit. Det vil alltid kunne vere ein risiko for at fråfallet er systematisk, altså at dei som har vald å svare på undersøkinga systematisk svarer annleis enn dei som ikkje har svart ville ha gjort. I ei drøfting av fråfall i ein rapport frå Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)<sup>3</sup> blir det mellom anna vist til at det ved fråfall i ei spørjeundersøking kan vere risiko for at personar som er sterkt involvert i temaet for undersøkinga blir overrepresenterte.

Risikoen for at systematisk fråfall kan påverke resultatane, er særleg stor når svarprosenten i undersøkinga er låg, slik som i dette tilfellet. Dette inneber at resultatane i undersøkinga ikkje er eigna for statistisk generalisering. Basert på undersøkinga kan vi med andre ord ikkje seie noko om kva tilsette i sjukeheimstenesta og heimetenesta i Vaksdal kommune generelt meiner. Undersøkinga seier berre noko om erfaringane og meiningane til dei som har vald å svare på ho. Sjølv om resultatane ikkje er eigna for statistisk generalisering, gir dei viktig informasjon i samband med forvaltningsrevisjonen. Vidare vurderer vi det som viktig i seg sjølv at tilsette er gitt moglegheit til å uttrykke si meining om både medverking og kvalitet i tenestetilbodet.

#### Spørjeundersøking til tenestemottakarar og pårørande

For å få informasjon om tenestemottakarar og pårørande sine erfaringar om moglegheit til medverking i utforming av og utøving av helse- og omsorgstenester, samt kvaliteten på tenestene, har vi også gjennomført ei papirbasert spørjeundersøking som blei distribuert til tenestemottakarar og næraste pårørande i heimetenesta og sjukeheimstenesta i kommunen.

Sidan revisjonen ikkje har tilgang til kontaktinformasjon til brukarar og pårørande, fekk vi bistand frå kommunen til distribusjon av spørjeundersøkingane. Undersøkinga til pårørande til tenestemottakarar i sjukeheimstenesta blei sendt til respondentane per post, saman med invitasjon til pårørandemøte frå kommunen. Tenestemottakarar i sjukeheimstenesta, som blei vurdert å kunne svare på denne typen undersøking, fekk utdelt spørjeskjemaet via tilsette i tenesta.

Også tenestemottakarar i heimetenesta (avgrensa til alle som hadde vedtak om heimesjukepleie på tidspunkt for utdeling av spørjeundersøkinga) fekk utdelt spørjeskjemaet via tilsette i tenesta i samband med at dei var heime hos tenestemottakaren. Av etiske omsyn var det viktig at tenestemottakarane sjølv kunne vere med og avgjere om deira næraste pårørande skulle bli invitert til å svare på spørjeundersøkinga til pårørande. Difor

<sup>1</sup> «Fråfall» er i Universitetet i Bergen sitt metodeleksikon definert som «Forskjellen mellom antall enheter som skulle ha vært med i en undersøkelse, og de som faktisk blir med.» <http://www.ub.uib.no/fag/sv-fag/fellesfag/metlex.htm#F>

<sup>2</sup> I spørjeundersøkinga har 19 tilsette svart at dei arbeider i eining for heimetenester, medan 31 tilsette har svart at dei arbeider i eining for sjukeheimstenester. Ein person har med andre ord opplyst at vedkomande arbeider i begge einingar.

<sup>3</sup> Mortensen, Anne Katrine: *Undersøkelse om religion 2008*. Undersøking koordinert og tilrettelagt av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Rapport nr. 126. Februar 2010. [http://www.nsd.uib.no/om/rapport/nsd\\_rapport126.pdf](http://www.nsd.uib.no/om/rapport/nsd_rapport126.pdf).

var det tenestemottakarane i heimetenesta som fekk også dette spørjeskjemaet, med oppmoding om å formidle vidare til sin næraste pårørande.

Alle spørjeskjema blei utdelt i lukka konvolutt, med eit vedlagt informasjonsskriv, samt med ferdigfrankert og adressert svarkonvolutt som kunne nyttast til å returnere utfylt spørjeskjema direkte til revisjonen.

I dialog med kommunen blei det avklart kor mange tenestemottakarar og næraste pårørande innanfor både heimetenesta og sjukeheimstenesta som var aktuelle mottakarar av spørjeskjemaet. Oppsummert fekk kommunen tilsendt spørjeskjema for vidare distribusjon til<sup>4</sup>:

- Om lag ti tenestemottakarar i sjukeheimstenesta
- Om lag 50 næraste pårørande til tenestemottakarar i sjukeheimstenesta
- Om lag 150 tenestemottakarar i heimetenesta
- Om lag 150 næraste pårørande til tenestemottakarar i heimetenesta

Når det gjeld næraste pårørande til tenestemottakarar i heimetenesta, er det usikkert kor mange som faktisk har motteke spørjeskjemaet, sidan det var opp til den einkilde tenestemottakar om vedkomande ønskte å vidareformidle spørjeskjemaet til sin næraste pårørande.

Revisjonen fekk tilbakemelding frå kommunen om at dei aller fleste hadde fått utdelt/tilsendt spørjeskjemaet innan 1. februar 2017. Det gjenstod då nokre få tenestemottakarar/pårørande i heimetenesta, som fekk spørjeskjemaet i byrjinga av februar.

Ferdig utfylte spørjeskjema som revisjonen fekk i retur blei fortløpande puncha i excel for tilrettelegging for analyse. I slutten av mars begynte revisjonen analysen av resultat, og det blei difor avgjort at eventuelle ytterlegare spørjeskjema motteke av revisjonen etter utløpet av mars ikkje kunne inkluderast i analysen.<sup>5</sup>

Det er totalt 81 spørjeskjema frå tenestemottakarar og pårørande som er inkludert i analysane. Av desse 81 er det 52 svar frå pårørande og 29 svar frå tenestemottakar. Blant respondentane i sjukeheimstenesta er det ei stor overvekt av pårørande, medan det er om lag like mange tenestemottakarar og pårørande blant respondentane i heimetenesta.

#### 1.4.4 Verifiseringsprosessar

Referat frå intervju er sendt til intervjuobjekta for verifisering. Det er informasjon frå verifiserte intervjuerferat som er nytta i rapporten. Utkast til rapport er sendt til rådmannen for verifisering og høyring. Rådmannen blei bede om å verifisere datagrunnlaget i rapporten, samt kome med ei uttale til revisjonen sine vurderingar og anbefalingar. Utdjupande opplysningar som blei gitt i samband med verifiseringa er tatt inn i rapporten, og rådmannen sin høyringsuttale er vedlagt rapporten.

## 1.5 Revisjonskriterium

Revisjonskriteria er dei krav og forventningar som forvaltningsrevisjonsobjektet skal bli vurdert opp mot. Kriteria er utleia frå autoritative kjelder i samsvar med krava i gjeldande standard for forvaltningsrevisjon. I dette prosjektet er revisjonskriteria i hovudsak henta frå helse- og omsorgstenestelova, samt forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenestene og forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene. Kriteria er nærare presentert innleiingsvis under kvart tema, og i vedlegg 2 i rapporten.

---

<sup>4</sup> Revisjonen fekk opplyst at nøyaktig tal tenestemottakarar både i sjukeheimstenesta og heimetenesta varierer ein del, difor er det ikkje oppgitt nøyaktige tal.

<sup>5</sup> Dette blei avgjort av omsyn til frist for gjennomføring av forvaltningsrevisjonen, samt tidsrammene i prosjektet som innebar at analysane ikkje kunne gjerast om igjen dersom det skulle kome inn fleire utfylte spørjeskjema etter at analysane var gjennomført. Det blei i denne samanheng vurdert at det var gitt tilstrekkeleg med tid til å svare på spørjeskjemaet, sidan så godt som alle aktuelle respondentar hadde motteke spørjeskjemaet innan 1. februar. Det kom inn nokre få svar på spørjeundersøkinga etter at analysane blei gjort, som dermed ikkje blei inkludert i analysane.

## 2. Om tenesteområdet

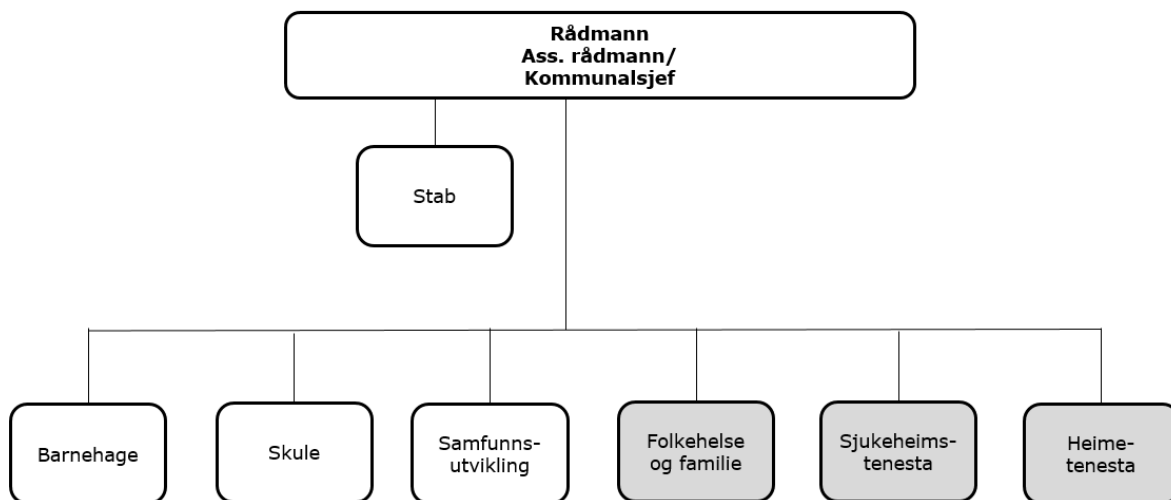
### 2.1 Overordna organisering

Vaksdal kommune er organisert som ein to-nivåmodell, med eit strategisk leiarnivå inklusiv stab, og eit operativt nivå. Strategisk nivå er rådmann, assisterande rådmann og to kommunalsjefar. Under dette kommunalsjef helse og omsorg.

Operativt nivå har seks resultatiningar samla under tre tenesteområde: helse og omsorg, oppvekst og samfunnsutvikling. Tenesteområdet helse og omsorg leverer tenester til kommunen sine innbyggjarar innanfor eit breidt spekter av tenester som spenner frå folkehelsearbeid til dagleg helse- og omsorgshjelp. Tenesteområdet omfattar tre einingar, som er organisert direkte under rådmannen. Desse er eining for folkehelse og familie, sjukeheimstenesta og heimetenesta. Desse er merka med grått i organisasjonskartet nedanfor.

Einingane er leia av einingsleiar, som rapporterer direkte til rådmannen. I faglege spørsmål rapporterer einingsleiarar til kommunalsjef som del av strategisk nivå.

Figur 1: Organisasjonskart Vaksdal kommune.



Denne forvaltningsrevisjonen har fokus på einingane sjukeheimstenesta og heimetenesta, og vil ikkje ta føre seg eining for folkehelse og familie.

### 2.2 Sjukeheimstenesta

Sjukeheimstenesta i Vaksdal er organisert i to einingar, Daletunet omsorgssenter og Vaksdal sjukeheim. Daletunet omsorgssenter tilbyr korttidsopphald for dei som har trong for overgangspleie etter sjukehusopphald, trening/opptrening, akutt pleie og tilsyn, vidareføring av medisinsk behandling, pleie ved livets slutt, avlastningsopphald eller å få kartlagt trongen for pleie- og omsorgstenester. Daletunet tilbyr også langtidsopphald for tenestemottakarar med vedtak om dette etter helse- og omsorgstenestelova, samt tilbod om dagplass for dei som har trong for det av sosiale eller helsemessige grunnar. Vaksdal sjukeheim har tilbod om langtidsopphald for tenestemottakarar med vedtak om dette.

Sjukeheimstenesta gjekk hausten 2016 gjennom ei omorganisering der talet sjukeheimsplassar i kommunen blei redusert. Reduksjonen i sjukeheimsplassar blir opplyst å vere ein del av eit større skifte i helse- og omsorgstenesta. Kommunen har tidlegare hatt mange sjukeheimsplassar, og det har vore ønskje om ei dreining



mot meir heimetenester. Vaksdal kommune blir opplyst å ha gått frå å ha over 70 sjukeheimplassar i 2009 til eit budsjettert tal plassar på 48 i dag.

## 2.3 Heimetenesta

Heimetenesta i Vaksdal kommune tilbyr helsehjelp og bistand til heimebuande i alle aldersgrupper og med diagnosar innanfor somatikk, psykisk helse og rus. Heimetenesta er organisert med eit forvaltningskontor under einingsleiar som fattar vedtak om tildeling av tenester. Vidare er det to avdelingar under einingsleiar: Heimesjukepleie og praktisk bistand/opplæring, samt Elvevegen bufellesskap som har ei avlastingseining og ei buening for funksjonshemma.

I 2012 blei det gjennomført ei omorganisering av heimetenesta i Vaksdal. På bakgrunn av at heimetenesta hadde små turnusgrupper med lite samarbeid på tvers, samt at tenesta var sårbar ved fråvær og endringar i brukarane sine behov, blei det bestemt at heimetenesta skulle organiserast i større einingar. Tenesta gjekk frå å vere organisert i fleire soner, til å få ei sentralisering av tenestene til Dale. Tenestene blei delt opp i tre driftsretta tenester; tenester for funksjonshemma (Elvevegen), heimesjukepleie og praktisk bistand. Heimesjukepleie og praktisk bistand har base på Dale.

# 3. System for å sikre medverknad

## 3.1 Problemstilling

I dette kapitlet vil vi svare på følgjande hovudproblemstilling med underproblemstillingar:

*I kva grad har kommunen etablert system og rutinar for å sikre brukarmedverknad og tilsette sin medverknad i arbeidet med kontinuerleg betring av helse- og omsorgstenestene?*

Under dette:

- I kva grad er det lagt til rette for at brukarar av tenestene, og pårørande, kan medverke ved utforming eller endring av tenestetilbodet?
- I kva grad er det etablert system og rutinar for å hente inn erfaringar med tenestene og innspel til forbetring av tenestene frå brukarar og pårørande?
- I kva grad er det etablert system og rutinar for å nytte innspel frå brukarar og pårørande i arbeidet for å betre kvaliteten i tenestene?
- I kva grad er det etablert system og rutinar for å hente inn erfaringar med tenestene og innspel til forbetring av tenestene frå tilsette, under dette erfaringar både knytt til tenestetilbodet og knytt til forhold på arbeidsplassen?
- I kva grad er det etablert system og rutinar for å nytte innspel frå tilsette i arbeidet for å betre kvaliteten i tenestene?
- I kva grad er det lagt til rette for at tilsette kan varsle om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen (jf. arbeidstakar sin rett etter arbeidsmiljølova til å varsle), og i kva grad er tilsette kjent med varslingsretten og korleis ein skal gå fram for å varsle?

## 3.2 Revisjonskriterium

Medverknad frå brukarar/pårørande og tilsette

Det går fram av pasient- og brukarrettighetslova § 3-1 at pasient og brukar av helse- og omsorgstenesta har rett til medverknad ved tenesteutføring. Medverknaden skal tilpassast den enkelte si evne til å gi og motta informasjon. Det går vidare fram at tenestetilbodet skal «så langt det er mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. (...) Dersom pasient ikke har samtykkekompetanse, har pasientens næmeste pårørande rett til å medvirke sammen med pasienten.»

Av kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstenestene går også viktigheita av medverking i eiga sak fram. Av § 3 går det fram at kommunen skal ha system som søker å sikre at «brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørande/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.»

Helse og omsorgstenestelova omtalar i tillegg medverknad og samarbeid på systemnivå, gjennom § 3-10 som omhandlar pasientar og brukarar sin innverknad og samarbeid med frivillige organisasjonar:

Kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Kommunen skal sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av loven her, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter.

Helse- og omsorgstjenesten skal legge til rette for samarbeid med brukergruppenes organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten.

Det går fram av forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenestene at helse- og omsorgstenesta har plikt til å «d. sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes», og «e. sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.» Det går i tillegg fram at helse- og omsorgstenesta er pliktig å gjere ei vurdering av verksemda basert på pasientar, brukarar og pårørende sine erfaringar (§ 8 bokstav d).

Av forskrifta § 7 bokstav d går det fram at den som har overordna ansvar for verksemda må «sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes.»

Ifølgje helse- og omsorgstenestelova § 4-2 har også ein kvar som yt helse- og omsorgstenester etter lova eit ansvar for å «sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.»

#### Tilsette sin rett til medverknad og informasjon

Arbeidstakar har ifølgje arbeidsmiljølova § 2-3 plikt til å medverke i verksemda sitt systematiske arbeid med helse, miljø og tryggleik (HMT). Vidare har arbeidsgjevar ifølgje arbeidsmiljølova § 3-1 plikt til å sørge for at det blir arbeidd systematisk med HMT i verksemda, og at dette blir gjort i samarbeid med arbeidstakarane og deira tillitsvalde. Dette omfattar til dømes fastsetting av mål, risikovurderingar og tilhøyrande vurderingar og tiltak for å redusere risiko, førebygging av sjukefråvær mv.

Av forskrift om organisering, leiing og medverknad § 2-1 går det fram at «Planlegging og vurdering av arbeidsmiljøet og gjennomføring av nødvendige og forebyggende tiltak skal skje i samarbeid med arbeidstakerne, verneombud og tillitsvalgte.»

Det går fram av arbeidsmiljølova § 8-1 at «[i] virksomhet som jevnlig sysselsetter minst 50 arbeidstakere skal arbeidsgiver informere om og drøfte spørsmål av betydning for arbeidstakernes arbeidsforhold med arbeidstakernes tillitsvalgte.»

#### Varsling om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen

Arbeidsmiljøloven §§ 2-4, 2-5 og 3-6 regulerer arbeidstakar sin rett til å varsle.

Føresegna skal ifølgje arbeidstilsynet bidra til å styrke den reelle yringsfridomen i eit tilsettingsforhold.

Arbeidsmiljøloven sine varslingsreglar omfattar tilfelle der arbeidstakar varslar om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen som arbeidstakaren blir kjent med gjennom arbeidsforholdet og som er eller kan vere i strid med:

- Lover og reglar.
- Verksemda sine retningslinjer.
- Alminnelig oppfatning av kva som er forsvarleg eller etisk akseptabelt.<sup>6</sup>

Sjå vedlegg 2 for utfyllande revisjonskriterium.

### 3.3 Brukar- og pårørandemedverknad på individnivå

#### 3.3.1 Datagrunnlag

Rutinar for å sikre medverknad i utforming og endring av tenestetilbod i helse- og omsorgstenesta

Helse- og omsorgstenesta har eit styringsdokument som heiter «kvalitetsutvikling og brukarmedverknad i det daglege».<sup>7</sup> Av dette dokumentet går det fram at brukarmedverknad på individnivå som oftast handlar om trivielle avgjersler som blir gjort kvar dag, som til dømes kva pålegg tenestemottakaren vil ha på brøds-kiva eller kva tid tenestemottakaren ønskjer å stå opp. Alle slike ønskje blir journalført og implementert i den daglege pleia og omsorga. Det går fram av dokumentet at det skal gjennomførast oppfølgingssamtale med brukar (og eventuelt pårørende), og at ein på dette møtet skal journalføre kva type handsaming brukar ønskjer

<sup>6</sup> <http://www.arbeidstilsynet.no/fakta.html?tid=92257>

<sup>7</sup> Vaksdal kommune – Kvalitetsutvikling og brukarmedverknad i det daglege.

ved alvorleg sjukdom. I tillegg går det fram at matkort skal oppdaterast kontinuerleg etter brukar sitt ønskje, og at skildring i oppdragstekst i heimetenesta og innhald i omsorgsplan i sjukeheimstenesta skal oppdaterast og evaluerast etter innspel frå brukar.

Det går vidare fram av dokumentet at helse- og omsorgstenesta som del av arbeidet med å sikre reell brukarmedverknad, har definert tre fokusområde. Desse er:

- 1) Rett og tilstrekkeleg kompetanse blant personalet.
- 2) Medvit- og refleksjonsarbeid som til dømes KS sitt etikkprogram, etikk-adventskalender og debrifing i samband med ulukke og alvorlege hendingar.
- 3) Erfaring med tenestemottakar – at dei tilsette sikrar god kjennskap til den einskilde tenestemottakar, og god kunnskap kring tenestemottakar sine ønskjer og preferansar.

Det blir presisert i informasjon frå kommunen at det blir jobba med kompetanse og forståing for brukarmedverknad i personalgruppa. Som døme blir det vist til alt frå tema på avdelings- og personalmøte, internundervisning, satsing på helsepedagogisk kompetanse og tilnærming, samt nettverk for etikk med opplegg for etiske refleksjonar på avdelingane. Vidare blir det vist til at tenestene har ulike skjema, som til dømes skjema for inkomstsamtalar, for å sikre brukarmedverknad på individnivå.

Det blir også lagt vekt på at kommunen har starta ei satsing på kvardagsrehabilitering, og vist til at dette er ein metode som føresett sterk grad av brukarmedverknad eller –styring. Det blir opplyst at brukar sjølv bestemmer inntil fem mål han/ho vil jobbe for å nå, og at det blir laga ein rehabiliteringsplan med tiltak og ansvar for å nå måla. Brukar sjølv skal styre prosessen, og dette krev mykje eigeninnsats.

#### Medverknad på individnivå i sjukeheimstenesta

I intervju blir det vist til at sjukeheimstenesta gjennomfører inkomstsamtale både med tenestemottakar og pårørande (for langtidsbebuarar), og dette er ein arena for tenestemottakar og pårørande til å medverke til utforming av tenestetilbodet. Sjukeheimstenesta har ein mal for inkomstsamtale. Dette er eit skjema som skal fyllast ut saman med pasienten ved inkomst, og her skal mellom anna spesielle ønskjer frå pasient noterast ned i skjemaet. Det føreligg også sjekklister for nye pasientar, der det mellom anna skal kryssast av for at inkomstsamtale er gjennomført. Målsettinga med samtalen er å kartlegge kva forventningar tenestemottakaren har til opphaldet, og forberede vedkomande på korleis kvardagen blir framover. I etterkant av inkomstsamtalen blir det laga ein «pleieplan», som skal dokumentere tenestemottakaren sine ønskje og behov. Desse planane blir oppdatert fortløpande ved behov, og det er faste intervall for når ein skal gå gjennom planane gjennom årskontrollen (ein gong i året). Det blir informert om at det ikkje er etablert ein fast samtale med pårørande i samband med årskontrollen, men at sjukeheimstenesta våren 2017 har utarbeidd ein rutine for å få ein fast pårørandesamtale ein gong i året. Planen er at dette skal vere ein fast arena der sjukeheimstenesta kallar inn til møte og gir pårørande moglegheit til å uttale seg. Denne rutinen gjeld for personar med langtids plass.

Det blir også opplyst i intervju at tenestemottakarar i sjukeheimstenesta får ein primærkontaktperson og ein sekundærkontaktperson som skal vere tilgjengeleg for å ta i mot innspel frå tenestemottakar. Dette skal bidra til å leggje til rette for at tenestemottakarar og pårørande kan melde frå om ulike behov og ønskje knytt til tenestetilbodet. Av dokument «kvalitetsutvikling og brukarmedverknad i det daglege» går det fram at primærkontaktsystemet bidrar til å ivareta kjennskapen til tenestemottakaren sine ønskje og behov. Ein primærkontakt har ansvar for «alt» utanom det daglege, det vil seie til dømes omsorgsplanar/pleieplanar, innkjøp av klede og kontakt med pårørande kring større tema.

Det blir vektlagt i intervju at sjukeheimstenesta jobbar med å ha kontinuerleg fokus på brukarmedverknad i personalet. Det blir informert om at kompetanseheving knytt til brukarmedverknad har vore eit fokusområde i sjukeheimstenesta, og det er gjennomført opplæring på dette temaet. Denne opplæringa inneber mellom anna at dei tilsette gjennom eit opplæringsprogram blir skolert i etisk refleksjon knytt til pasienthandsaming, og ein jobbar med korleis ein best kan legge til rette for at pasienten sjølv kan bestemme når dei vil stå opp, legge seg, spise osv. Slike ønskje blir journalført og implementert i den daglege pleia og omsorga. Mykje av kvalitetsarbeidet i sjukeheimstenesta dreier seg for tida om brukarmedverknad, blir det opplyst.

#### Medverknad på individnivå i heimetenesta

I intervju blir det opplyst om at når heimetenesta får nye tenestemottakarar blir det gjennomført eit heimebesøk hos vedkomande. Desse besøka har som målsetting å avklare kva utfordringar tenestemottakaren har, men ein har også fokus på tenestemottakaren sine ressursar. Det blir utarbeidd

personlege prosedyrar for kvar tenestemottakar i heimetenesta. Desse fungerer som ei «oppskrift» (kan til dømes innehalde sårprosedyre eller liknande).

Det blir vist til at det er merksemd rundt viktigheita av å vise respekt for tenestemottakar, samt sikre at tenestemottakar får nytte dei ressursane vedkomande har, og får medverke når det gjeld eige tenestetilbod. Dette fokuset går også fram av presentasjonar frå fleire personalsamlingar og interne opplæringsaktivitetar dei seinare åra.

I intervju blir det opplyst at heimetenesta oppfordrar tenestemottakarar som ikkje er nøgd med tenestene dei får, om å sende inn klage. Dette gjeld både dersom tenestemottakarar meiner dei burde hatt andre tenester, eller dersom dei opplever at tildelte tenester ikkje blir utført på godt nok vis. Forvaltningskontoret kan bistå tenestemottakarar i å skrive klage. Det kan førekome at tenestetilbodet blir endra basert på klager, og det blir vist til eit nyleg døme på dette. Det blir samtidig informert om at heimetenesta sjeldan får formelle, skriftlege klager. Nokre meir uformelle «klager» blir til tider formidla direkte til tenesteytar eller per telefon til leiinga i tenesta. Desse dreier seg som oftast om korleis tenestene blir utført, og det blir opplyst at det er avdelingsleiar som følgjer opp slike klager. Det førekjem at det er behov for å rettleie personalet i samband med slike klager, eller gjere endringar i måten tenestene blir utført på.

Det blir opplyst i intervju at brukarmedverknad i heimetenesta kan vere utfordrande, sidan tenesta har så mange brukarar og det er ei teneste som er så individbasert. Det opplevast som utfordrande å få ut god informasjon til tenestemottakarane om endringar i systemet, om tenestemottakarane sine rettar (klagerett mv.) og liknande. Det blir sendt ut informasjonsbrev om brukar sine retter, men desse breva er prega av eit juridisk språk, og det kan vere vanskeleg for tenestemottakar å forstå. Heimetenesta arbeider med å skrive desse breva meir forståeleg, blir det opplyst.

### 3.3.2 Vurdering

Både i heimetenesta og sjukeheimstenesta er det etablert fleire system og rutinar som skal bidra til å sikre brukarmedverknad, og desse synast etter revisjonen si vurdering å vere godt eigna til å sikre at tenestemottakarar og eventuelt pårørande får moglegheit til å medverke ved utforming og endring av tenestetilbodet. Det er også positivt at kommunen er merksam på viktigheita av tilstrekkeleg kompetanse i dialogen med tenestemottakarar og pårørande, og at dette er sentralt for å ivareta tenestemottakar og pårørande sin rett til medverknad.

Samtidig vil revisjonen presisere viktigheita av at kommunen har kontinuerleg fokus på å evaluere og vidareutvikle sine system og rutinar for å sikre brukarmedverknad, og at det blir henta inn systematisk informasjon om korleis tenestemottakarar og pårørande sjølv opplever brukarmedverknaden. Det er viktig at slike tilbakemeldingar blir nytta aktivt i tenestene sitt arbeid med å vidareutvikle system og rutinar for brukarmedverknad. Sjå også avsnitt 4.5 i rapporten der tenestemottakarar og pårørande si oppleving av brukarmedverknad i tenestene blir presentert.

## 3.4 Brukar- og pårørandemedverknad på systemnivå<sup>8</sup>

### 3.4.1 Datagrunnlag

System for innhenting av erfaringar og innspel frå tenestemottakarar og pårørande i helse- og omsorgstenesta

Brukarmedverknad på systemnivå blir i Vaksdal kommune opplyst å vere ivareteke mellom anna gjennom følgjande råd:

- Eldrerådet i Vaksdal kommune. Eldrerådet er eit rådgjevande organ og har til oppgåve å ivareta eldre sine interesser i saker og planar som er til behandling. Eldrerådet blir vald av kommunestyret for valperioden.

---

<sup>8</sup> I dette underkapitlet blir det svart på følgjande to underproblemstillingar: 1) *I kva grad er det etablert system og rutinar for å hente inn erfaringar med tenestene og innspel til forbetring av tenestene frå brukarar og pårørande?* og 2) *I kva grad er det etablert system og rutinar for å nytte innspel frå brukarar og pårørande i arbeidet for å betre kvaliteten i tenestene?*

- Råd for menneske med nedsett funksjonsevne. Dette rådet er eit rådgjevande organ for kommunen i saker som vedkjem funksjonshemma sine behov og interesser. Rådet blir vald av kommunestyret for valperioden, og blant medlemmane er også brukarrepresentant.
- Ungdomsrådet. Rådet er eit rådgjevande organ, og gir mellom anna uttale til prosjekt knytt til helse og omsorg. Ungdomsrådet utarbeidet også, i samarbeid med helse- og omsorgsavdelinga, pilotprosjekt for fasilitering og utprøving av ny teknologi. Ungdomsrådet blir vald for valperioden, på same vis som andre kommunale råd og utval.

I tillegg blir pårørandemøte opplyst å vere ein sentral arena for merdverknad på systemnivå. Pårørandemøte inngår i årshjula til tenestene. Sjukeheimstenesta har institusjonsvise allmøte for pårørande ein gong i året. Om det er trong for det, blir det opplyst at det kan arrangerast to gonger i året. Pårørandemøte i sjukeheimstenesta blei fyste gong arrangert i 2015, og blir opplyst å ha fungert som ein god arena for informasjonsformidling og forventningsavklaring. Tenesta har informert om status for drifta, tal sjukeheimsplassar, bemanningssituasjon, tilsyn frå Fylkesmannen og oppfølging av dette, kriterium for å få tildelt sjukeheimsplass med meir. Det blir også gitt høve til å svare på dei pårørande sine spørsmål på systemnivå.

Heimetenesta hadde pårørandemøte for fyrste gong i november 2016. Då var næraste pårørande til samlege mottakarar av heimesjukepleie invitert. Slikt møte skal arrangerast årleg. I intervju blir det informert om at det gjennom møtet har kome innspel til endringar i tenesta frå dei pårørande. Eit døme på dette er at pårørande ønskjer at heimetenesta er tydelegare om tidspunkta når heimesjukepleiar kommer på besøk. I samband med pårørandemøtet har det blitt formidla informasjon om mellom anna regelverk, tenestetilbod og kva det inneber å vere nærmaste pårørande for ein mottakar av kommunale helse- og omsorgstenester.

I etterkant av pårørandemøtet har heimetenesta laga ei informasjonsbrosjyre om det daglege arbeidet i tenesta, og det blir vist til at denne skal fungere som ei forventningsavklaring ovanfor tenestemottakarane. Det blir diskutert om ein skal lage ei tilsvarande brosjyre til pårørande.

Sjukeheimstenesta har i løpet av første halvår 2017 etablert eit brukarutval der tre pårøranderepresentantar er valt inn. Brukarutvalet er samansett av representantar frå pårørande, tilsette og leiinga ved institusjonane og representant frå Eldrerådet i kommunen. I sak om val av representant frå Eldrerådet<sup>9</sup> går det fram at utvalet skal vere eit rådgivande organ for leiinga på institusjonane, og ivareta brukarmedverknad og påverknad.

I saksopplysningane i saka i Eldrerådet blir det vist til at det, om mogleg, er ønskjeleg også med ein representant for bebuarane og frå Frivilligsentral/frivillig organisasjon eller nærmiljø som har tilknytning til institusjonane. I intervju blir det informert om at det i brukarutvalet er mogleg å ta opp alt frå daglegdagse problemstillingar, som tidspunkt for måltider og liknande, til større problemstillingar, som til dømes utviklingsarbeid. På utvalsmøta skal leiinga og tilsette i sjukeheimstenesta presentere kva område som er viktige for utviklinga i sjukeheimstenesta, og pårørande-/brukarrepresentantar får moglegheit til å kome med innspel. Første møte i brukarutvalet skulle haldast våren 2017. Det blir i intervju peika på at brukarutvalet i framtida vil vere ein openbar høyringsinstans dersom ein skal gjere store endringar i tenesta. Det blir informert om frå kommunen at heimetenesta ikkje har eit tilsvarande brukarutval, og at dette heller ikkje er vanleg praksis i kommunale heimetenester.

I tillegg til ovannemnde råd, møte og utval, blir brukarmedverknad på systemnivå ivareteke gjennom brukarrepresentantar som har deltatt i kvalitetsarbeid som t.d. AbleOn og Lev vel-prosjektet.<sup>10</sup> I intervju blir det informert om at prosjektet «Lev vel i Vaksdal» er eit utviklingsprosjekt som omfattar ei rekke delprosjekt og utviklingsarbeid innanfor helse- og omsorgstenestene i kommunen. Prosjektet «Lev vel i Vaksdal – meistring og deltaking heile livet» har to hovudsatsingsområde:

- 1) Utvikling av eit ressurscenter/»minibygd» for demens i Jamne-området ved Vaksdal sjukeheim med ulike buløysingar, tilrettelagt inne- og uteområde og base for kompetanse og tenester innan demensfeltet.
- 2) Oppretting av Helsehus på Daletunet med fokus på opptrening og rehabilitering og eigen brukarlab for teknologiske løysingar.

<sup>9</sup> Vaksdal kommune, Eldrerådet: sak 4/2017.

<sup>10</sup> Vaksdal kommune – «Lev vel i Vaksdal – Meisting og deltaking heile livet», rapport forprosjekt juni 2015 – juni 2016.

Det er gjennomført eit forprosjekt i samband med Lev vel-prosjektet. I følgje rapporten frå forprosjektet har det mellom anna vore ei målsetting å etablere dialog og medverknad frå enkeltpersonar, pårørande, frivillige, lag og organisasjonar. Denne tematikken har blitt jobba med i fleire arbeidsgrupper samansett av leiarar, tilsette, tillitsvalde og verneombod. Det er rådmannen si leiargruppe som har vore styringsgruppe for forprosjektet, medan kommunestyret er prosjekteigar og utval for levkår er referansegruppe. Rådmannen er prosjektansvarleg. Kommunestyret vedtok 29.02.2016 prosjektorganisering med styrings- og prosjektgruppe. Kommunestyret er representert i begge gruppene, og brukarrepresentantar og tilsette sine representantar er medlem av prosjektgruppa. Hovudprosjektperioden skal vare frå juni 2016 ut året 2018.<sup>11</sup>

I intervju blir det informert om at kommunen ikkje har relevante brukarorganisasjonar, men at råda og møta som er nemnd over fungerer godt.

Det blir vidare informert om at helse- og omsorgstenesta har gjennomført spørjeundersøkingar der innbyggjarane i kommunen har blitt spurt om sine forventningar til tenesta. I tillegg har eit strategisk utval av eldre (valt ut med bistand frå Eldrerådet) fått moglegheit til å komme med innspel til kva tenesta bør jobbe med. Mellom anna kom det her fram at teknologiske løysingar i eldreomsorga er eit ønskje mange eldre har. I nær framtid er det planlagt gjennomføring av ei stor innbyggjarundersøking retta mot unge eldre, som ein del av eit forskingsprosjekt som kommunen tek del i. Denne undersøkinga skal danne grunnlag for utforminga av helse- og omsorgstenestene i tida framover.

I tillegg er kommunen i dialog med forskingsmiljø (Senter for omsorgsforskning, Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjeneste og Høgskolen i Bergen) om metode for å nytte innspel frå personar med demens og deira pårørande ved utforming av tenester innan demensfeltet i kommunen. I denne samanheng er kommunen også i dialog med Nasjonalforeningen for folkehelsen som er brukarorganisasjonen for personar med demens.

Det er ikkje etablert eit fast system for gjennomføring av brukar- og/eller pårørandeundersøkingar i helse- og omsorgstenesta. Det blir opplyst at kommunen ikkje har kapasitet til å gjennomføre store brukarundersøkingar innan alle einingar kvart år. Slike undersøkingar skal planleggast og gjennomførast, og skal i tillegg arbeidast vidare med, tolkast og lagast handlingsplan for. Dette er ressurskrevjande. Sidan det ikkje har vore rutine for denne typen undersøkingar, har kommunen no planlagt korleis dei kan innarbeide brukarundersøkingar meir jamleg i einingane utan at det blir for mange kvart år. I 2016 blei det gjennomført ei brukarundersøking innan rus- og psykiatritenestene, i tillegg til at det blei gjennomført i barneverntenesta. I 2017 skal det etter planen gjennomførast brukarundersøking i alle dei tre einingane i helse og omsorg. Dette går fram under målsettingar for 2017 i rådmannen sitt framlegg til budsjett 2017. Det blir samtidig presisert at sjølv om kommunen ønskjer å nytte brukarundersøkingar i større grad enn det som er gjort tidlegare, så er det ikkje store, nasjonale undersøkingar som vil bli nytta. Desse blir vurdert å ikkje gje så stor nytteverdi, mellom anna av di til dømes mange av tenestemottakarane på institusjon ikkje vil vere i stand til å svare på dei. Det blir vist til at det blir gjort kritiske vurderingar av kva type undersøkingar som kan nyttast i ulike avdelingar, for at dei skal gje størst mogleg nytteverdi. I sjukeheimstenesta har ein også jobba med å utarbeide skjema for attendemelding som skulle fyllast ut av alle som er på korttidsavdelinga, som grunnlag for å evaluere og eventuelt justere tilbodet.

### 3.4.2 Vurdering

Undersøkinga viser at Vaksdal kommune har etablert system for å sikre at brukarar og pårørande sine erfaringar blir henta inn og nytta i utforminga og utviklinga av helse- og omsorgstenestene i kommunen. Særleg i samband med utviklingsprosjekt og utvikling av det som skal vere framtidens helse- og omsorgstenester i kommunen, synast det å vere betydeleg fokus på å sikre brukarrepresentasjon og å hente inn informasjon om ønskje og behov frå dei som tenestene skal vere retta mot.

Også i det kontinuerlege kvalitetsarbeidet er det etablert nokre system for innhenting av tenestemottakarar og pårørande sine erfaringar. Samtidig meiner revisjonen at dette arbeidet med fordel kan systematiserast ytterlegare, slik at ein sikrar at kommunen jamleg får informasjon om korleis tenestemottakarar og pårørande opplever tenestene, brukarmedverknaden og dialogen med tenesteytarar mv. Det er viktig at slik informasjon ikkje berre blir henta inn i kvar enkelt sak, men også på systemnivå som del av kvalitetsarbeidet i tenesta. Pårørandemøtet er ein god arena for å formidle informasjon, drøfte aktuelle saker og få nokre innspel frå pårørande, men revisjonen meiner at denne undersøkinga (sjå kapittel 4) viser at det er behov for i enno

---

<sup>11</sup> Vaksdal kommune – Prosjekt «Lev vel i vaksdal – Meistring og deltaking heile livet». Rapport forprosjekt juni 2015- juni 2016.

større grad å hente inn systematiske tilbakemeldingar frå tenestemottakarar og pårørande, og bruke desse til refleksjon og vidareutvikling av dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Revisjonen vurderer det i den samanheng som positivt at kommunen har planar om å gjennomføre brukarundersøkingar, og vil presisere viktigeita av at ein finn gode måtar å gjere dette på som gir størst mogleg nytteverdi både for kommunen og for tenestemottakarane sjølv.

### 3.5 System for å sikre medverknad frå tilsette<sup>12</sup>

#### 3.5.1 Datagrunnlag

Innhenting av tilsette si tilbakemelding om arbeidssituasjonen og forhold på arbeidsplassen

Medarbeidersamtale blir gjennomført ein gong i året. Samtidig blir det i årsrapportering frå både heimetenesta og sjukeheimstenesta for 2016 rapportert om at medarbeidersamtalar berre delvis er gjennomført. Det blir i tillegg gjennomført medarbeidarundersøking jamleg; annakvart år blir det gjennomført ei medarbeidarundersøking i heile kommunen. Det blir opplyst at resultatata frå medarbeidarundersøkinga blir drøfta og tatt tak i, og det blir i fleire intervju med tilsettere representantar trekt fram at arbeidsmiljøet i helse- og omsorgstenesta er godt. Frå tilsette blir det kommentert at noverande system med elektronisk medarbeidarundersøking blir opplevd å sikre tilsette sin anonymitet på ein god måte. Det blir også kommentert at sjukefråværet har gått ned den seinare tida. Førre medarbeidarundersøking blei gjennomført i 2015, og våren 2017 blei det gjennomført ny medarbeidarundersøking i både heimetenesta og sjukeheimstenesta i kommunen.

Revisjonen har fått tilsendt resultat frå medarbeidarundersøking som blei gjennomført for heile kommuneorganisasjonen i Vaksdal i 2015, med spesifiserte resultat frå heimetenesta og sjukeheimstenesta.<sup>13</sup> Svarprosenten for sjukeheimstenesta var på 61 prosent, medan svarprosenten for heimetenesta var på 79 prosent.

Det blir vist til at gjennomgåande resultat for kommunen var på 4,4 på ein skala frå 1-6. Vidare var gjennomsnittleg resultat for sjukeheimstenesta 4,6 og gjennomsnittleg resultat for heimetenesta 4,1. Resultatet for kommunen blir av rådmannen i Vaksdal skildra som over middels, samtidig som enkeltfaktorar kan ha lågare resultat. Dette blir opplyst å ha blitt tatt tak i lokalt, og det blir også vist til at resultatata samla sett blei vurderte som gode og var betre enn tidlegare år. Det går fram av resultatata frå heimetenesta si medarbeidarundersøking at tenesta har eit gjennomsnittleg resultat som på fleire parameter ligg noko under gjennomsnittet for Vaksdal kommune samla, og gjennomsnittet for Noreg.<sup>14</sup> Dette gjeld til dømes tilfredsheit med samarbeid og trivsel med kollegaar, resultat for mobbing, diskriminering og varsling, samt når det gjeld kor tilfreds dei tilsette er med integrering på arbeidsplassen, arbeidsmiljø og tilrettelegging for varsling. Også i heilskapsvurderinga der dei tilsette er spurt om kor nøgd dei er med arbeidssituasjonen sin, er gjennomsnittet for heimetenesta under både Vaksdal kommune samla og gjennomsnittet i Noreg. Når det gjeld svara frå sjukeheimstenesta går det fram av undersøkinga at gjennomsnittet for tilfredsheit på tilsvarande parameter som nemnd over, ligg om lag på same nivå eller litt over gjennomsnittet i Vaksdal kommune samla og gjennomsnittet i Noreg.

Som ein del av oppfølginga av medarbeidarundersøkinga føreligg det ein framdriftsplan<sup>15</sup> og ein handlingsplan<sup>16</sup>. Framdriftsplanen skildrar informasjon om undersøkinga, metode for arbeid med medarbeidarundersøkinga, arbeid med handlingsplan i etterkant av fullført undersøking, samt tidspunkt for dei ulike aktivitetane og kven som står ansvarleg for dei. Handlingsplanen skildrar utfordringar knytt til organisering, samarbeid, opplæring og leiing, og inneheld forslag til tiltak, kven som er ansvarlege for desse og når fristen for gjennomføring av tiltaka er. Heimetenesta har ein handlingsplan basert på resultatata i

---

<sup>12</sup> I dette delkapittelet vil følgjande to underproblemstillingar bli svart på: 1) *I kva grad er det etablert system og rutinar for å hente inn erfaringar med tenestene og innspel til forbetring av tenestene frå tilsette, under dette erfaringar både knytt til tenestetilbodet og knytt til forhold på arbeidsplassen?* og 2) *I kva grad er det etablert eit system og rutinar for å nytte innspel frå tilsette i arbeidet for å betre kvaliteten i tenestene?*

<sup>13</sup> Vaksdal kommune – Medarbeidarundersøkinga 2015, Resultat sjukeheimstenesten Vaksdal.

Vaksdal kommune – Medarbeidarundersøkinga 2015, Resultat heimebasert omsorg Vaksdal.

<sup>14</sup> Samanlikninga med landet er med dei kommunane som har gjennomført tilsvarande undersøking. Det blir opplyst at dette var om lag 50 kommunar i 2015.

<sup>15</sup> Vaksdal kommune – *Framdriftsplan for arbeid med medarbeidarundersøkinga 2015, heimetenesta.*

<sup>16</sup> Vaksdal kommune – *Handlingsplan etter medarbeidarundersøkinga 2015, praktisk bistand.*



medarbeidarundersøkinga.<sup>17</sup> Denne har tydeleggjort utfordringar i tenesta, moglege tiltak og kven som har ansvar for gjennomføring av desse. Leiarar og representantar for dei tilsette både i sjukeheimstenesta og heimetenesta gir i intervju uttrykk for at resultatane frå medarbeidarundersøkingar blir gjennomgått, diskutert og følgt opp. Dei tilsette blir involvert i å diskutere kva ein kan gjere for å betre eventuelle område der tenesta ikkje kjem godt ut i undersøkinga.

Helse- og omsorgstenesta har eit spørjeskjema til planlegging av årsturnus.<sup>18</sup> Av skjemaet går det fram at kommunen, på bakgrunn av tilbakemeldingar frå tilsette i helsesektoren, ønskjer å opprette årsturnus for heimetenesta og sjukeheimstenesta med oppstart i desember 2016. Tilsette blei bedt om å fylle ut skjema for å vere med å planlegge eigen turnus.

#### Faste forum for involvering av tillitsvalde og verneombod

I helse- og omsorgstenesta si oversikt over faste møte i løpet av året går det fram at det mellom fire og seks gongar i året skal haldast lokale møte med verneombod og plasstillitsvalde på avdelingane. Sjukeheimstenesta og heimetenesta har kvar sine møte. Det går også fram av møteoversikta at rådmann/assisterande rådmann skal ha månadlege møte med einingsleiarar og avdelingsleiarar. Nokre gonger deltek tillitsvalde og/eller verneombod på desse møta. Heimetenesta i Vaksdal kommune har eit årshjul, der det mellom anna går fram at det fire gongar i året skal vere møte lokalt i Arbeidsmiljøutvalet (AMU). Sjukeheimstenesta har tilsvarande årshjul der mellom anna AMU-møte er fastsett. Også på overordna nivå i kommunen er det tilsvarande forum der hovudtillitsvalde og hovudverneombod tar del.

Det blir kommentert i intervju at prosessane og samhandlingsmøta med tillitsvalde og verneombod lokalt til tider kan vere litt uformelle, og ikkje tilstrekkeleg tydelege. Kommunen har ei målsetting om å ytterlegare formalisere og tydeleggjere desse prosessane. I den samheng blir det vist til ein omstillingsprosess i sjukeheimstenesta hausten 2016, der leiinga og tillitsvalde har hatt ulik oppfatning om graden av involvering og medverking. Saka er tatt vidare av eit forbund, og det er gjort ei vurdering frå KS si side. Partane har p.t ikkje tatt saka vidare til forhandling. I intervju blir det frå leiinga si side peikt på at saka viser at prosessane med fordel kan formaliserast ytterlegare slik at dei er tydelege for alle partar, samt er dokumenterbare.

I kvalitetsutviklingsarbeidet blir dei tillitsvalde generelt opplyst å vere tungt involvert, og det blir informert om at dei tillitsvalde i sjukeheimstenesta no er involvert i ei gruppe som skal sjå på løysingar knytt til Daletunet omsorgssenter som skal gjerast om til Helsehus, og Vaksdal sjukeheim som skal bli ressurscenter for personar med demens. Gjennom dette arbeidet får dei tilsette moglegheit til å bidra med innspel til nye måtar å organisere tenesta på.

#### System for å hente inn og nytte tilsette sine erfaringar for å betre tenestene

Både heimetenesta og sjukeheimstenesta har ulike faste møte der det blir lagt til rette for at tilsette kan formidle og drøfte sine erfaringar med tenestene, og kome med forslag til utvikling og forbetring. Nokre av dei faste møta og arenaane for medverknad er omtalt i avsnitta over, under dette medarbeidarsamtale, medarbeidarundersøking og faste samarbeidsmøte med tilsette sine representantar.

Vidare går det fram at heimetenesta i løpet av året gjennomfører personalmøte, nattpatruljemøte, sjukepleiarmøte og medisinerrommøte, i tillegg til vekentlege tysdagsmøte. I intervju blir det opplyst at dei vekentlege tysdagsmøta er ein god arena for dei tilsette for å ta opp ting som ikkje fungerer og kome med forslag til endring i arbeidsrutinar. På tysdagsmøtet har dei tilsette moglegheit til å diskutere enkeltbrukarar og generelle utfordringar i arbeidskvardagen. Det blir informert om at tysdagsmøte blei oppretta fordi dei tilsette sakna ein møtearena for å drøfte slike problemstillingar etter at overlegg/munnleg rapport blei avvikla. Det blir også opplyst i intervju at det i heimetenesta blir arrangert møte for dei som jobbar helg og har samanfallande helgeturnus. Målsettinga med møtet er å avklare forventningar til korleis helgeturnusen skal føregå på best mogleg måte.

I tillegg går det fram av agenda og presentasjonar frå ulike personalsamlingar det siste halvanna året at det ved fleire høve har blitt arbeidd med rutineutvikling, drøfting av endringsbehov mv. i personalgruppa. Av presentasjon frå ei halvdagsamling for alle tilsette i heimesjukepleia våren 2016, går det til dømes fram at ein del av agendaen var at tilsette skulle arbeide i grupper for å lage sjekklister for sentrale arbeidsoppgåver

<sup>17</sup> Vaksdal kommune – *Handlingsplan i heimesjukepleien 2015*.

<sup>18</sup> Vaksdal kommune – skjema til planlegging av eigen turnus 2016.

i heimesjukepleia, mellom anna sjekklister for stell, dusj, dokumentasjon og nattrutinar. Vidare går det fram av ein fredagsmail frå avdelingsleiar i heimetenesta til alle tilsette at det er planlagt eit arbeidsmøte der dei skal gå gjennom seinvaktslistene. Dei skulle då gå gjennom pasient for pasient og bruke nokre minutt på kvar av dei. Det blir vidare vist til at listene har vore evaluert tidlegare, men at dette var fyste plenumsgjennomgangen. Eit føremål blei opplyst å vere å få eit breiare bilete og fleire synspunkt.

I intervju blir det informert om at det for dei tilsette i sjukeheimstenesta er tilrettelagt for medverknad gjennom dei daglegdagse innspela som kommer fortløpande på arbeidsplassen, knytt til daglege rutinar eller liknande. Innspela blir som regel tatt opp i personalgruppa, og blir handtert av avdelingsleiar. Dette skjer som regel munnleg og går ikkje inn under ein fast struktur. Det blir likevel opplyst at slike innspel blir tatt omsyn til, og at justeringar i rutinar blir gjort fortløpande basert på denne typen tilbakemeldingar. Det blir også peika på i intervju at planlagt innføring av tavlemøte på korttidsavdelinga i sjukeheimstenesta, vil bidra til å styrke medverknaden frå dei tilsette. Her vil mål og sentral informasjon om status for kvar enkelt tenestemottakar vere oppført på ei tavle, og i felles tverrfaglege møte på avdelinga vil det vere gjennomgang av informasjonen på tavla samt drøfting av behov for eventuelle tiltak og endringar. Det blir vidare opplyst at det i sjukeheimstenesta er lagt til rette for at dei tilsette kan kome med innspel til betring av tenestene gjennom personalmøte. Det blir kommentert både frå leiarar og representantar for dei tilsette at det er ein god kultur for at dei tilsette kommer med tilbakemeldingar om endringar i rutinar eller korleis ein kan betre arbeidskvardagen og tenesteleveringa. Representantar for tilsette opplever at slike innspel blir følgt opp, og at det har blitt gjort justeringar i rutinar basert på innspel frå dei tilsette.

Også gjennom avviksmeldingar kan tilsette melde frå om forhold som i enkeltsaker eller systematisk ikkje er i samsvar med retningslinjer, rutinar eller regelverk, eller hendingar som har fått eller kunne fått alvorlege konsekvensar. Det blir informert om i intervju at melding av avvik er eit viktig tema både i heimetenesta og sjukeheimstenesta, og leiinga er opptatt av at dei tilsette melder avvik. Det blir opplyst at melding av avvik blir tatt opp på personalmøte både i heimetenesta og i sjukeheimstenesta, og det blir vektlagt at avviksmeldingar er rygggrada i eininga sitt kvalitetsarbeid. Det blir jobba med å tydeleggjere overfor dei tilsette kva som utgjer eit avvik, og dei tilsette blir oppmoda om å melde avvik. Likevel går det fram av intervju at heimetenesta har lukkast betre enn sjukeheimstenesta i å skape ein god kultur for å melde avvik. Sjukeheimstenesta er flinke på å melde medisnavvik, men det blir ikkje i like stor grad meldt avvik knytt til tenesteutføring, medan det i heimetenesta blir opplyst å vere ein god praksis for dette. Det er uklart kvifor ein ikkje har lukkast like godt med dette i sjukeheimstenesta, og det blir trekt fram at dei to tenestene jobbar med dette på same måte, og har ei identisk rutineskildring for avviksmelding.

I intervju går det fram at meldte avvik blir systematisert og presentert på personalmøte. Dersom ein oppdagar systematiske avvik blir det satt inn tiltak for å rette opp desse. Eit døme frå sjukeheimstenesta er at det ein periode blei ført mykje avvik på at brukarane ikkje fekk tilfredsstillande stell (manglande tannpuss etc.), og dette blei knytt til for låg bemanning. Det blei, basert på desse avvika, sett inn ein ekstraressurs i ein periode som blei tatt ut igjen når situasjonen hadde normalisert seg. Vidare blir det vist til at heimetenesta ein periode hadde mykje medisinske avvik, særleg i travle periodar. Dette førte til ein gjennomgang av medisinhandteringa i tenesta, og det blei prøvd ut fleire tiltak før det blei avgjort at innføring av multidose var den beste løysinga på problemet. Generelt blir det presisert at meldte avvik blir systematisk gjennomgått for å sjå etter mønster, slik at ein kan vurdere om det dreier seg om enkelttilfelle eller meir systematiske avvik som kan skuldast at retningslinjer eller rutinar ikkje er gode nok.

### 3.5.2 Vurdering

Helse- og omsorgstenesta har etablert system og rutinar for å hente inn erfaringar og innspel frå dei tilsette knytt til forhold på arbeidsplassen. Dette blir gjort gjennom både medarbeidarundersøking og oppfølging av denne, samt gjennom medarbeidarsamtale. Systemet synast godt etablert, og rutinar for oppfølging av medarbeidarundersøking er etter revisjonen si vurdering eigna til å sikre både at tilsette blir involvert, og at utfordringar blir handtert og følgt opp med tiltak. Det er imidlertid ikkje tilfredsstillande at alle medarbeidarsamtalar ikkje blir gjennomført i samsvar med etablerte retningslinjer, og det er viktig at kommunen sett inn tiltak for å sikre at det blir gjennomført jamlege medarbeidarsamtalar.

Når det gjeld faste samhandlingsmøte med tillitsvalde og verneombod, meiner revisjonen det er viktig at ein sikrar at føremålet er tydeleg avklart, og at møta fungerer etter føremålet. Det kan vere nyttig å gjere jamlege forventningsavklaringar, og det er viktig å sikre at roller, ansvar og andre forhold er tilstrekkeleg avklart og formalisert til at det i minst mogleg grad er grunnlag for ulike oppfatningar om kva som skal gjerast eller er gjort og av kven.

Det går fram at tilsette på ulikt vis er involvert også i kvalitetsutviklingsarbeidet i tenestene, og at det både er etablert faste og systematiske arenaer for å innhente tilsette sine erfaringar og nytte desse i kvalitetutviklingsarbeidet, samt at det blir rapportert om låg terskel for meir uformelt å drøfte erfaringar og eventuelle endringsbehov i kvardagen. Når det gjeld dei fortløpande innspela og tilbakemeldingane, meiner revisjonen at det med fordel kan leggjast meir systematisk til rette for at tilsette kan kome med innspel til endring og forbetring i tenestene. Det å ha ein arena for å kome med innspel der og då kan i nokre tilfelle vere ein viktig føresetnad for at erfaringane og innspela blir vidareformidla. Avvikssystemet vil ivareta ein del av dei fortløpande erfaringane og innspela, men det vil ikkje alltid vere slik at innspel og endringsforslag treng vere knytt til eit avvik. Ei forslagskasse kan til dømes vere ein måte å ivareta dette behovet på, men kommunen bør vurdere korleis det er mest føremålstenleg å systematisk leggje til rette for fortløpande innspel til kvalitetsarbeidet. Revisjonen meiner vidare at det er positivt at det blir vektlagt at avviksmeldingar er ein sentral del av kvalitetsarbeidet, og at meldte avvik blir systematisk analysert og følgt opp. Samtidig er det viktig at det blir arbeidd vidare med kulturen for å melde avvik, særleg i sjukeheimstenesta, for å sikre at alle typar avvik blir meldt og følgt opp.

Sjå også avsnitt 4.9 i rapporten der avvikssystem og avvikshandsaming er ytterlegare omtalt, og avsnitt 4.8 der tilsette si oppleving av moglegheit til medverking i kvalitetsarbeidet er omtalt.

### 3.6 Tilrettelegging for varsling om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen

#### 3.6.1 Datagrunnlag

Vaksdal kommune har ein varslingsrutine.<sup>19</sup> Dokumentet inneheld skildring av føremålet med rutinen, tilsette sin rett og plikt til å varsle, kva som utgjer grunnlag for varsling, kva som utgjer forsvarleg varsling og informasjon om sakshandsamingsrutinar ved intern varsling. Det blir i intervju opplyst at denne rutinen blei oppdatert for nokre år sidan, og at det i samband med oppdateringa blei informert breidt ut i organisasjonen om rutinen. Det blir også informert om at alle tilsette i kommunen har tilgang til varslingsrutinen via intranettet Skyttelen, men samtidig blir det kommentert at det nok ikkje er alle tilsette som er like bevisste på dette.

Konstituert rådmann informerer i intervju om at ho har månadlege møte med hovudtillitsvalde, og at har blitt diskutert på desse møta om varslingsrutinen er gjort godt nok kjent. Når kommunen får på plass eit nytt elektronisk kvalitetssystem rundt sommaren 2017, vil alle rutinar bli samla på ein plass, og ein vil også jobbe med å gjere varslingsrutinen meir kjent og synleg.

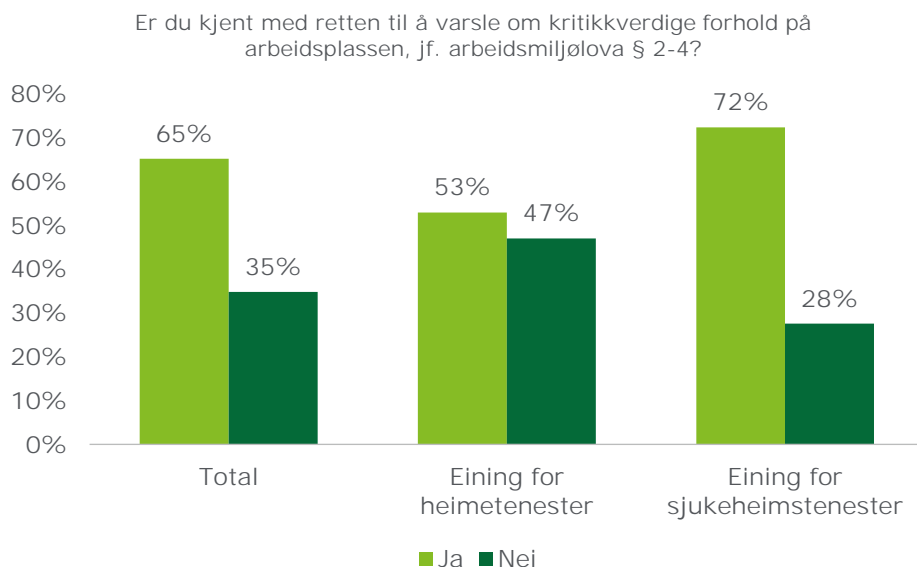
Frå sjukeheimstenesta blir det opplyst at einingsleiar informerer om varslingsretten på enkelte personalmøte når avvikshandtering er tema. Det blir likevel peika på at det nok ikkje er tilstrekkeleg bevisstheit rundt varslingsretten. Også i heimetenesta blir det informert om at varslingsrutinen ikkje er veldig godt kjent blant dei tilsette, sidan det ikkje har vore nokon varslingsssakar dei siste åra. Det blir samstundes påpeika at dei tilsette blir oppfordra til å gå tenestevei dersom dei ønskjer å melde frå om kritikkverdig forhold på arbeidsplassen. Det blir også peika på at helse- og omsorgstenesta har tillitsvalde og sterke fagforeiningar som ivaretek dei tilsette sine interesser, og at det er eit godt samarbeid mellom leiarane og dei tillitsvalde gjennom faste møte. Det blir likevel stilt spørsmål ved om dei tilsette har fått tilstrekkeleg informasjon om varslarar sin rett til vern mot gjengjelding.

Som det går fram av Figur 2 under, er eit fleirtal av dei tilsette som har svart på spørjeundersøkinga kjent med retten til å varsle om kritikkverdige forhold. Samtidig er kjennskapen til denne retten mindre i heimetenesta (53 % har svart «ja») enn i sjukeheimstenesta (72 % har svart «ja»).

---

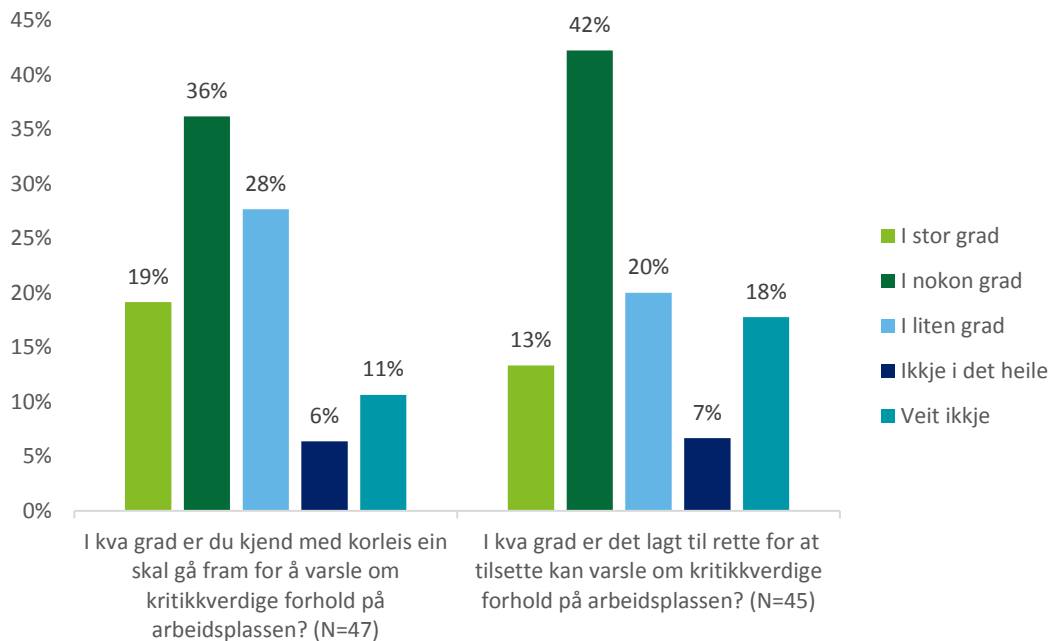
<sup>19</sup> Vaksdal kommune – *Varslingsrutine for Vaksdal kommune*.

Figur 2: Kjennskap til varslingsretten<sup>20</sup>



Vidare er dei tilsette spurt i kva grad dei er kjent med framgangsmåten for å varsle om kritikkverdige forhold, og i kva grad dei opplever at det er lagt til rette for å varsle om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen. Som det går fram av Figur 3 under, har til saman 55 prosent svart anten «i stor grad» eller «i nokon grad» på begge dei to spørsmåla. Prosentdelen som har svart «i stor grad» er noko høgare på førstnemnde spørsmål. 28 prosent har svart at dei «i liten grad» er kjent med framgangsmåten for varsling, medan 20 % har svart at dei «i liten grad» opplever at det er lagt til rette for varsling.

Figur 3: Framgangsmåte ved varsling om kritikkverdige forhold



Ved nærare analyse av svara går det fram at tilsette i sjukeheimstenesta i større grad er kjent med korleis dei skal gå fram for å varsle om kritikkverdige forhold enn tilsette i heimetenesta, ved at ein større prosentdel i sjukeheimstenesta svarer «i stor grad» på dette spørsmålet. Når det gjeld spørsmålet om i kva grad det er

<sup>20</sup> Totalt er det 46 personar som har svart på dette spørsmålet, av desse

lagt til rette for varsling, er det ein større prosentdel av dei tilsette i heimetenesta som har svart «i liten grad» (29 prosent) enn i sjukeheimstenesta (14 prosent).<sup>21</sup>

Det blir i intervju stadfesta frå representantar for dei tilsette at retten til varsling, og framgangsmåte for varsling av kritikkverdige forhold er kjent blant dei tilsette i sjukeheimstenesta, men det har ikkje vore varslings saker i tenesta på mange år. Frå tilsette i heimetenesta blir det opplyst at dei ikkje kjenner til kommunen si varslingsrutine, og at varsling ikkje har vore tatt opp som eit tema på arbeidsplassen.

### 3.6.2 Vurdering

Vaksdal kommune har etablert varslingsrutinar som etter revisjonen si vurdering tydeleggjer både tilsette sin varslingsrett og varslingsplikt, og som gir tydelege føringar både om framgangsmåte og kva rettar ein har som varslar. Samtidig går det fram av undersøkinga at tilsette i ulik grad er kjent både med varslingsretten og med korleis ein kan gå fram for å varsle. Det blir også i ulik grad gitt uttrykk for at tilsette opplever at det er lagt til rette for varsling på arbeidsplassen.

For å sikre at tilsette sin rett og plikt til å varsle blir ivareteke, er det viktig at varslingsrutinen blir gjort tilstrekkeleg kjent blant dei tilsette, sidan det gjennom denne rutinen både blir informert om kva ei varsling er, retten og plikta til å varsle, og korleis ein kan gå fram. Det er også viktig at leiinga legg til rette for å varsle, slik at tilsette er trygg på at deira rettar vil bli ivareteke i samband med ei varslings sak. Ei tydeleggjering av varslingsrutinen i samband med at nytt kvalitetssystem blir tatt i bruk, slik det blir vist til i undersøkinga, synast etter revisjonen si vurdering føremålstenleg.

---

<sup>21</sup> Det er betydeleg fleire respondentar frå sjukeheimstenesta enn frå heimetenesta som har svart på spørsmåla. 28 respondentar frå sjukeheimstenesta og 17 frå heimetenesta har svart på spørsmål om i kva grad det er lagt til rette for varsling, medan 29 respondentar frå sjukeheimstenesta og 18 frå heimetenesta har svart på spørsmål om i kva grad dei er kjent med framgangsmåten for å varsle. Dette inneber at kvar respondent i heimetenesta påverkar den prosentvise fordelinga meir enn kvar respondent i sjukeheimstenesta.

# 4. Tenestetilbodet

## 4.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgende hovudproblemstilling med underproblemstillinger:

*I kva grad meiner brukarar/pårørande og tilsette i helse- og omsorgstenestene at brukarar av tenestene får eit tilfredsstillande tilbod?*

Under dette:

- I kva grad opplever brukarar/pårørande at brukarar av helse- og omsorgstenester i Vaksdal kommune får tildelt dei tenestene dei har behov for?
- I kva grad opplever brukarar/pårørande og tilsette at helse- og omsorgstenesta klarer å levere den tenesta som er tildelt?
- I kva grad blir brukarane sine grunnleggande behov ivaretatt i samsvar med forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene?
- Opplever dei tilsette at dei har fått tilstrekkeleg opplæring til å kunne gjere vurderingar av brukarane og kva behov dei har?
- I kva grad opplever dei tilsette at dei har fått tilstrekkeleg oppfølging av leiinga med omsyn til tenesteutføring og fordeling av arbeidsoppgåver?
- I kva grad opplever brukarar og pårørande, og deira representantar, at dei får medverke i utforming av tenestetilbodet?
- I kva grad opplever tilsette at det er lagt til rette for at dei kan melde frå om sine erfaringar med tenestene, og kome med innspel til betring av tenestene?
- I kva grad opplever tilsette at det etablerte avvikssystemet er føremålstenleg og velfungerande med tanke på å melde frå om og handtere avvik i tenesteutøvinga?

## 4.2 Revisjonskriterium

### 4.2.1 Kommunen sitt ansvar for pleie- og omsorgstenester

Det kommunale ansvaret for pleie- og omsorgstenester er nedfelt i helse- og omsorgstenestelova § 3-1.<sup>22</sup> Kommunen skal ifølgje lova sørge for at personar som oppheld seg i kommunen får tilbod om naudsynte helse- og omsorgstenester. Det er i dette prosjektet fokus på dei helse- og omsorgstenestene som er omfatta av § 3-2 nummer 6 bokstav a-d. Dette er dei tenestene som ofte blir ytt til den eldre befolkninga i kommunen:

§ 3-2. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester  
(...)

6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:
- a. helsetjenester i hjemmet,
  - b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt,
  - c. plass i institusjon, herunder sykehjem og
  - d. avlastningstiltak.

---

<sup>22</sup>Helse- og omsorgsdepartementet, Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (helse- og omsorgstjenesteloven), LOV-2011-06-24-30-

Ifølgje kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstenestene § 3 skal kommunen etablere eit system av prosedyrar som søkjer å sikre mellom anna at den enkelte brukar får dei tenester vedkomande har behov for til rett tid, og at brukarar av pleie- og omsorgstenester, samt eventuelt pårørande/verge/hjelpeverge, får medverke ved utforming eller endring av tenestetilbodet. Vidare går det fram at den enkelte brukar skal gis medbestemming i samband med den daglege utføringa av tenestene.

#### 4.2.2 Ivaretaking av grunnleggjande behov

Det går fram av kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstenestene at kommunen, for å sikre eit heilskapleg, samordna og fleksibelt tenestetilbod som sikrar dei tenester som brukaren har behov for, skal utarbeide skriftlege prosedyrar som søkjer å sikre tilfredsstilling av brukarane sine grunnleggjande behov. I følgje forskrifta omfattar slike grunnleggjande behov m.a.:

- oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
- selvstendighet og styring av eget liv
- fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold
- mulighet for ro og skjermet privatliv
- få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- mulighet til selv å ivareta egenomsorg
- en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
- nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene
- tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov
- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- tilpasset hjelp ved av- og påkledning
- tilbud om eget rom ved langtidsopphold
- tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.

#### 4.2.3 Kompetanse og opplæring

I § 4-1 i helse- og omsorgstenestelova er krav til forsvarlegheit i kommunen si tenesteutøving presisert. Her går det mellom anna fram at kommunen er pliktig å tilrettelegge for at personell som utfører tenestene blir i stand til å overhalde sine lovpålagte plikter (§ 4-1 bokstav c) og for at tilstrekkeleg fagkompetanse er sikra i tenestene (§ 4-1 bokstav d). Det går fram av § 8-1 i helse- og omsorgstenestelova at «[e]nhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning.»

Sjå vedlegg 2 for utfyllande revisjonskriterium.

### 4.3 Opplevd samsvar mellom behov og tildelte tenester

#### 4.3.1 Datagrunnlag

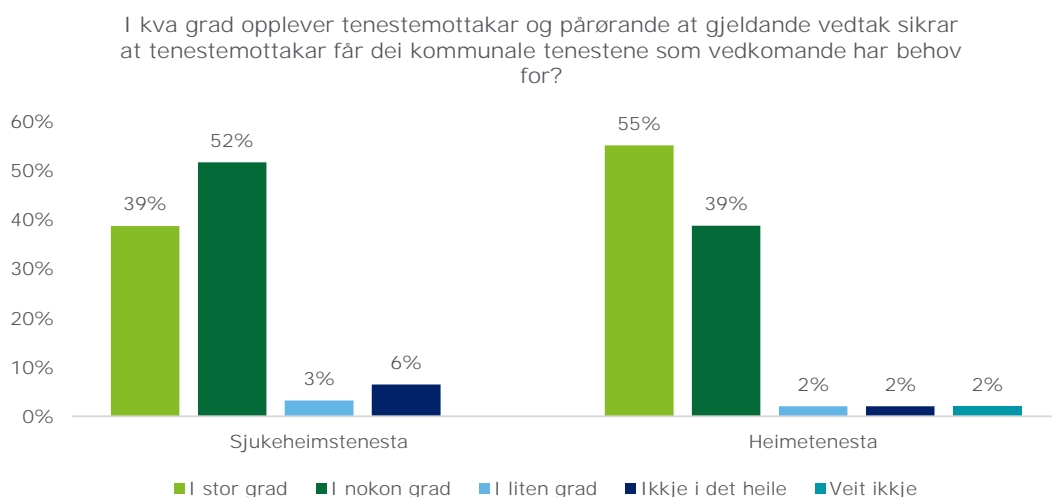
Det går fram av spørjeundersøkinga som er gjennomført at tenestemottakarane i større grad enn pårørande opplever at gjeldande vedtak om helse- og omsorgstenester sikrar at dei får dei kommunale tenestene dei har behov for. Av dei pårørande har 42 prosent svart «i stor grad» på dette spørsmålet, medan 59 prosent av tenestemottakarane har svart det same. 52 prosent av dei pårørande opplever at tenestemottakar «i nokon grad» får dei tenestene det er behov for, medan 31 prosent av tenestemottakarane har svart det same. Av tenestemottakarane har 7 prosent svart «ikkje i det heile» på dette spørsmålet. Dette utgjør 2 personar. Sjå figuren nedanfor.

Figur 4: Opplevd samsvar mellom behov og vedtak om tenester, samla<sup>23</sup>.



Ser ein på skilnaden mellom tenestemottakarar og pårørande si oppfatning av graden av samsvar mellom tenestebehov og innhald i vedtak om tenester, i høvesvis sjukeheimstenesta og heimetenesta, går det fram at det er større tilfredsheit i heimetenesta enn i sjukeheimstenesta. Når det gjeld mottakarar av heimetenester og deira pårørande har 55 prosent svart at dei «i stor grad» opplever at gjeldande vedtak sikrar at tenestemottakarar får dei kommunale tenestene som vedkomande har behov for, medan 39 prosent opplever dette «i nokon grad». Av tenestemottakarar og deira pårørande i sjukeheimstenesta opplever 39 prosent «i stor grad» at gjeldande vedtak sikrar at vedkommande sine behov blir dekkja, medan 52 prosent opplever dette «i nokon grad». Av tenestemottakarar og pårørande i sjukeheimstenesta opplever vidare seks prosent at gjeldande vedtak «ikkje i det heile» sikrar at tenestemottakar får dei kommunale tenestene som vedkomande har behov for. Det er viktig å merke seg at det berre er to personar som utgjør desse seks prosentane. Sjå figuren nedanfor.

Figur 5: Opplevd samsvar mellom behov og vedtak om tenester, sjukeheimstenesta og heimetenesta<sup>24</sup>



I intervju blir det kommentert at dei fleste tilbakemeldingane om opplevde manglar i tenestene frå brukarar/pårørande gjeld tenesteomfanget, og at enkelte meiner dei har rett på sjukeheimsplass, men ikkje får det. Det blir peikt på at sjukeheimstenesta ønskjer å vere lydhør i slike tilfelle, men understreker at det ikkje er mogleg å gje eit tilbod til alle som ønskjer det. Kven som blir tildelt plass er basert på faste kriterium som er vedtatt av kommunestyret. Vidare blir det peikt på at kommunen har erfart at det er ein tendens til at pårørande er noko mindre nøgde med tenestene enn tenestemottakaren sjølv.

<sup>23</sup> N=81 (total). For gruppa «pårørande» er N=52. For gruppa «tenestemottakar» er N=29.

<sup>24</sup> N=80 (total). For gruppa «sjukeheimstenesta» er N=31. For gruppa «heimetenesta» er N=49.



### 4.3.2 Vurdering

Blant tenestemottakarane og pårørande som har svart på spørjeundersøkinga, blir det i relativt stor grad opplevd at det er samsvar mellom behov for kommunale helse- og omsorgstenester, og det tilbodet tenestemottakaren er tildelt gjennom vedtak.

Det er likevel også nokre unntak, og det er viktig at kommunen har kontinuerleg fokus både på informasjon om rett til å søkje om tenester, og rett til å klage på tildelte tenester, og at slik informasjon er lett tilgjengeleg for tenestemottakarar og deira pårørande. Vidare er det viktig at kommunen sikrar at det er tilstrekkelege system som legg til rette for at både tenestemottakarar og pårørande kan gje tilbakemeldingar og innspel til helse- og omsorgstenesta i kommunen. Slike tilbakemeldingar er ein viktig del av grunnlaget for kvalitetsarbeidet i tenestene, både på system- og individnivå.

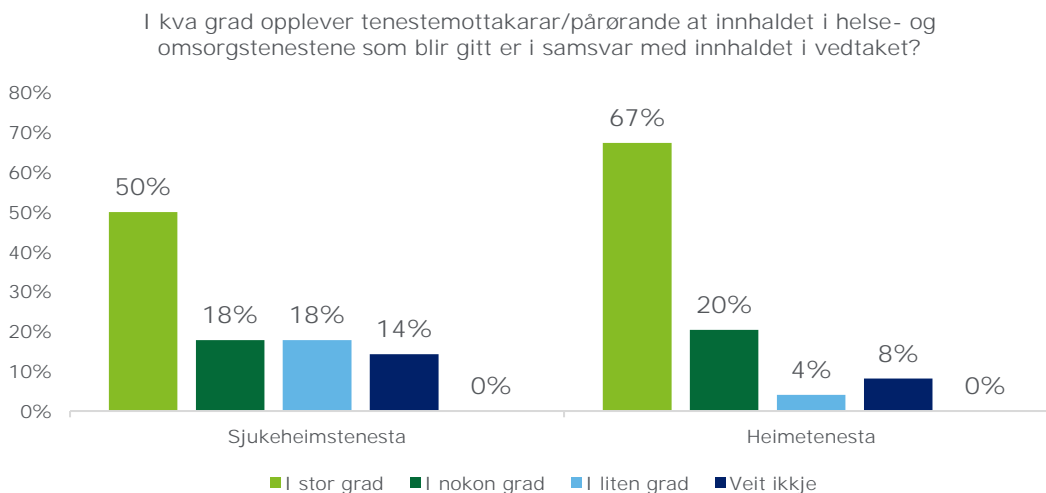
## 4.4 Opplevd samsvar mellom tildelte tenester og leverte tenester

### 4.4.1 Datagrunnlag

#### Tenestemottakarar og næraste pårørande

Som det går fram av Figur 6 nedanfor har dei fleste av respondentane (tenestemottakarar og næraste pårørande) svart at dei «i stor grad» opplever at tenestene blir gitt i samsvar med vedtak når det gjeld innhaldet i tenestene. Dette gjeld både for sjukeheimstenesta og heimetenesta, med høvesvis 50 prosent og 67 prosent.<sup>25</sup> Som det går fram av figuren nedanfor, er det ein større del av tenestemottakarar og pårørande i heimetenesta, samanlikna med sjukeheimstenesta, som opplever at helse- og omsorgstenesta klarer å levere den tenesta som er tildelt. Høvesvis fire prosent av tenestemottakarar og pårørande i heimetenesta og 18 prosent i sjukeheimstenesta har svart «i liten grad» på dette spørsmålet, noko som utgjer høvesvis to og fem personar.<sup>26</sup>

Figur 6: Tenestelevering i samsvar med vedtak, tenestemottakar og pårørande.<sup>27</sup>



Tenestemottakarar og pårørande som har svart at dei opplever at det «i nokon grad», «i liten grad» eller «ikkje i det heile» er samsvar mellom tenesta som er tildelt og leverte tenester kunne utdjupe svara sine i eit kommentarfelt i spørjeundersøkinga. Av kommentarane som er gitt går det fram at fleire opplever at det er for knappe personalressursar og at dei tilsette har for lita tid til den einskilde pasient. Fleire peiker på avvik

<sup>25</sup> Innanfor kvar teneste skiljer vi ikkje mellom om det er pårørande eller tenestemottakar som har svart. Dette er grunna omsyn til anonymitet.

<sup>26</sup> Talet personar som har svart på undersøkinga er noko høgare i gruppa for heimetenesta enn i gruppa for sjukeheimstenesta, og dette medfører at kvar respondent i sjukeheimstenesta utgjer ein større prosentdel enn i heimetenesta når ein ser på tenestene åtskilt. Det er også verd å merke seg at vedtak om heimetenester i stor grad spesifiserer dei tenester som det blir fatta vedtak om, medan vedtak om sjukeheims plass er mindre spesifikt når det gjeld omtale av innhald i tenestetilbodet. Forventningane til kva eit vedtak om langtidsplass på sjukeheim inneber, kan difor variere.

<sup>27</sup> N=77 (total). For gruppa «institusjon» er N=28. For gruppa «heimetenesta» er N=49.

når det gjeld levering av tenesta. Dette gjeld både medisinutlevering (til dømes at vedkomande skal ha hjelp til å ta medisin fire gongar dagleg, men opplev at det til tider berre blir gitt to gonger) og praktisk bistand (til dømes at vedkomande har vedtak om tenester ein gong i veka, medan praksis blir opplyst å vere besøk kvar fjortande dag). Enkelte peiker også på at tenestemottakarane ikkje har eit godt nok tilbod med omsyn til aktivitet, og at lita tid hos personalet fører til at tenestemottakarane blir passive.

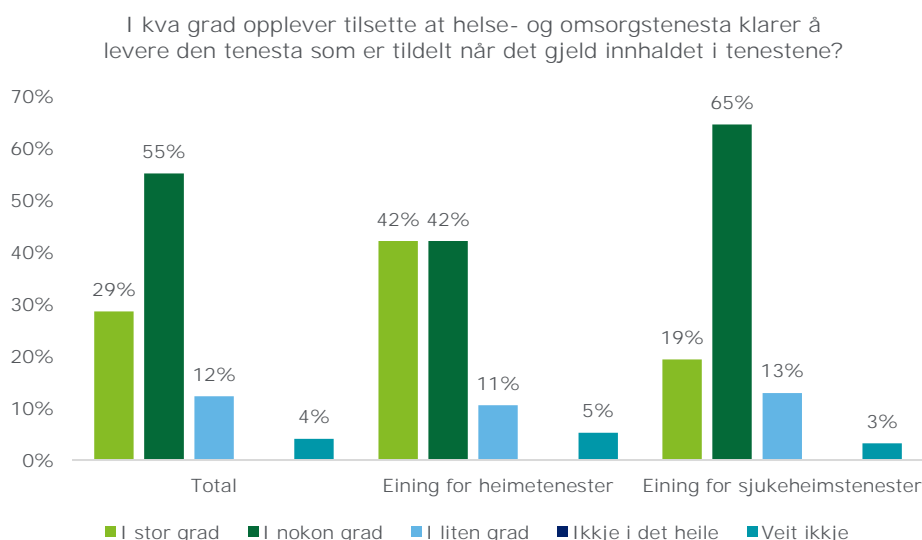
I spørjeundersøkinga har tenestemottakarar og pårørande også svart på i kva grad dei opplever at tenestene blir gitt i samsvar med vedtak når det gjeld kva *tid* tenestene blir levert. På dette spørsmålet har fleirtalet av tenestemottakarar (18 av 29) og fleirtalet av pårørande (29 av 47) svart at dei opplever at tenestene «i stor grad» er gitt i samsvar med vedtak når det gjeld tidspunkt for levering av tenestene.<sup>28</sup> Eit klart fleirtal (69 prosent) av tenestemottakarar og pårørande i heimetenesta har svart «i stor grad» på dette spørsmålet. Også i sjukeheimstenesta har den største prosentdelen (48 prosent) av tenestemottakarar og pårørande (samla) svart at dei opplever at tenestene «i stor grad» blir levert til rett tid, men her er det også ein stor prosentdel (22 prosent) som har svart «veit ikkje».

Tenestemottakarar og pårørande som har svart at dei opplever at det «i nokon grad», «i liten grad» eller «ikkje i det heile» er samsvar mellom vedtak og kva tid tenesta blir gitt kunne utdjupe svara sine i eit kommentarfelt. Av kommentarane går det fram at tenestene ikkje alltid blir levert til avtalt tid eller at dei blir gitt for seint, dette gjeld mellom anna medisinutlevering. Det er også nokre kommentarar knytt til at ein ikkje veit kva som står i vedtaket når det gjeld tidspunkt for levering av tenestene. Fleire peiker også på at tidspunkta for måltidservering ikkje er optimale. Mellom anna blir det peikt på at det er for tidleg middag, for korte mellomrom mellom frukost og middag, for tidleg kvelds og for langt mellomrom mellom kvelds og frukost.

#### Tilsette

Det går fram av spørjeundersøkinga at fleirtalet av dei tilsette i helse- og omsorgstenesta som har svart på spørjeundersøkinga, meiner at eininga der dei arbeider «i nokon grad» klarer å levere den tenesta som er tildelt tenestemottakaren (55 prosent), medan 29 prosent av dei tilsette opplever at dei klarer dette «i stor grad». Tolv prosent av dei tilsette har svart at dei klarer dette «i liten grad», medan fire prosent har svart «veit ikkje». Sjå Figur 7 nedanfor.

Figur 7: Tenestelevering i samsvar med vedtak, tilsette.<sup>29</sup>



Dersom vi skil mellom dei to tenesteeiningane går det fram av resultatane frå spørjeundersøkinga at ein høgare prosentdel av dei tilsette i heimetenesta opplever at dei klarer «i stor grad» å levere den tenesta som er tildelt (42 prosent) samanlikna med sjukeheimstenesta (19 prosent). Sjå figuren over for detaljert informasjon om svarfordelingane. Det er også 42 prosent av dei tilsette i heimetenesta som opplever at dei «i nokon grad» klarer å levere den tenesta som er tildelt, medan 65 prosent av dei tilsette i sjukeheimstenesta har svart det same.

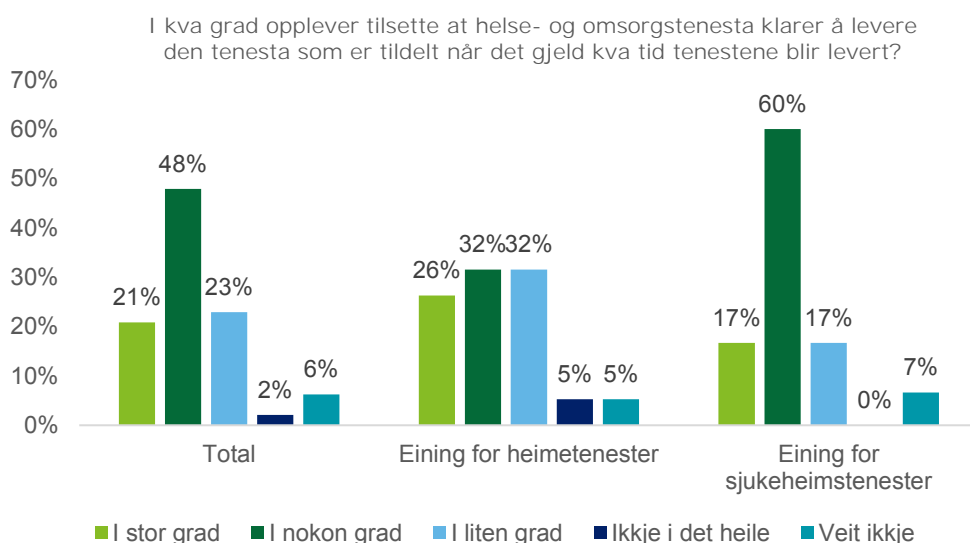
<sup>28</sup>Svar frå pårørande: N=47. 29 har svart «i stor grad». Svar frå tenestemottakarar: N=29. 18 har svart «i stor grad».

<sup>29</sup> N=49 (total). For eining for heimetenester er N=19. For eining for sjukeheimstenester er N=31.

Elleve prosent av dei tilsette i heimetenesta har svart at dei «i liten grad» klarer å levere tildelt teneste, medan tretten prosent har svart det same i sjukeheimstenesta. Dette utgjør høvesvis to og fire personar.

I spørjeundersøkinga blei dei tilsette også spurt i kva grad eininga der vedkomande arbeider klarer å levere den tenesta som er tildelt den einstilte tenestemottakar, når det gjeld *kva tid* tenesta blir levert. Som det går fram av Figur 8 nedanfor, meiner tilsette som har svart på undersøkinga at det er enno større utfordringar knytt til å levere tenester til rett tid, enn å levere dei tenestene som det innhaldsmessig er fatta vedtak om (sjå Figur 7 over). Til saman meiner 48 % at ein «i nokon grad» klarer å levere tenestene til rett tid, medan 23 % av dei tilsette meiner at ein «i liten grad» klarer dette. Når ein skil mellom heimetenesta og sjukeheimstenesta, går det fram at ein større prosentdel i heimetenesta meiner at tenestene «i stor grad» blir levert til rett tid, men det er også ein større prosentdel i heimetenesta som meiner at tenestene «i liten grad» blir levert til rett tid, i forhold til sjukeheimstenesta. Sjå figuren nedanfor.

Figur 8 Tenester levert til rett tid, tilsette.<sup>30</sup>



I eit kommentarfelt i spørjeundersøkinga kunne dei tilsette utdjupe årsaka(ne) til at eininga der dei arbeider ikkje klarer å levere den tenesta som er tildelt den einstilte tenestemottakar. Av kommentarane går det fram at fleire opplever at det er for lite tid til den einstilte tenestemottakar og at det er for låg bemanning. Fleire har også peikt på at det er lange avstandar mellom tenestemottakar og base, og at det går mykje tid i køyring fram og tilbake. Ein del har trekt fram at tenestemottakarane i dag er meir pleietrengande, og at det er behov for meir faglært personell. Det går også fram at nokre opplever at tilleggsoppgåver som kjøkkenoppgåver og matsservering tar av tida ein kunne brukt på tenestemottakarane. Av kommentarfeltet går det vidare fram at tenestene ikkje alltid blir levert til riktig tid. Fleire peiker på at det er for mange tenestemottakarar som skal ha levert tenester på same tidspunkt.

#### 4.4.2 Vurdering

Undersøkinga viser at det er dei tilsette i helse- og omsorgstenesta som i størst grad opplever at det er utfordringar knytt til det å sikre at tenestemottakarar får dei tenestene dei har vedtak om. Særleg gjeld dette tilsette i sjukeheimstenesta, men også her er det få som gir uttrykk for at det er *liten grad* av samsvar mellom tildelte tenester og leverte tenester. Særleg i heimetenesta blir det likevel peikt på utfordringar med å levere tenestene *til rett tid*. Samtidig vil revisjonen igjen presisere at det er få respondentar, og at svara i spørjeundersøkinga difor må tolkast med varsamheit.

Tenestemottakarar og pårørande som har svart på spørjeundersøkinga meiner i hovudsak at det er godt samsvar mellom tildelte tenester og dei tenester som blir gitt i praksis, og særleg gjeld dette i heimetenesta. Eit klart fleirtal opplever også at tenestene blir levert til rett tid. Samtidig er det også her enkelte som peiker på utfordringar.

<sup>30</sup> N=49 (total). For eining for heimetenester er N=19. For eining for sjukeheimstenester er N=30.

I enkelte tilfelle kan det vere ulike oppfatningar av kva det eigentleg er fatta vedtak om, som ligg til grunn for at enkelte meiner at tenesta ikkje er i samsvar med vedtaket. Særleg kan dette vere tilfelle i sjukeheimstenesta, der det ikkje alltid er spesifisert kva konkrete tenester ein langtidsplass på sjukeheim omfattar. I andre tilfelle kan det vere reelle utfordringar, til dømes knytt til kapasitet, som medfører at det ikkje er tilstrekkeleg tid til å følgje opp den enkelte tenestemottakar og dei tenestene vedkomande skal ha. Uansett meiner revisjonen det er viktig at kommunen sikrar at det systematisk blir henta inn tilbakemeldingar om slike forhold, frå både tenestemottakarar, pårørande der det er aktuelt, og tilsette i tenestene. Igjen vil revisjonen presisere viktigeita av at slike tilbakemeldingar er blant den informasjonen som blir lagt til grunn i det kontinuerlege kvalitetsarbeidet i tenestene. Vedtak om tenester skildrar kva tenestemottakar har rett på, og dersom tenestene ikkje blir gitt i samsvar med vedtaket vil dette vere brot på tenestemottakaren sin rett til helse- og omsorgstenester, og det er viktig at slike tilfelle alltid blir meldt som avvik og følgt systematisk opp. Det kan, basert på det som kjem fram i undersøkinga, også vere føremålstenleg å gjennomføre ei systematisk risikovurdering der ein kartlegg risikoar knytt til det å ikkje klare å levere dei tenestene det er fatta vedtak om, og å levere tenestene til rett tid. Sjå kapittel 5 i rapporten for ytterlegare drøfting av risikovurderingar innanfor helse- og omsorgstenestene.

## 4.5 Opplevd brukar- og pårørandemedverknad i utforminga av tenestetilbodet

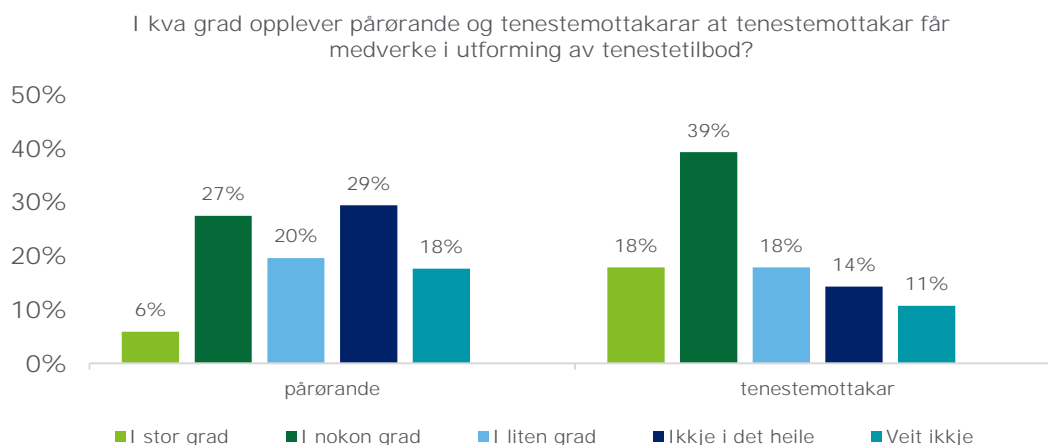
### 4.5.1 Datagrunnlag

#### Tenestemottakar sin medverknad

Det går fram av spørjeundersøkinga at pårørande i varierende grad opplever at tenestemottakar får medverke i utforming av tenestetilbodet. Den største prosentdelen på 29 prosent har svart at dei «ikkje i det heile» opplever at tenestemottakar får medverke, medan 27 prosent opplever at tenestemottakar «i nokon grad» får medverke. I tal utgjer dette høvesvis 15 og 14 personar. Det er 20 prosent av dei pårørande som har svart at dei «i liten grad» opplever at tenestemottakarane får medverke i utforming av tenestetilbodet, medan seks prosent opplever at tenestemottakarane «i stor grad» får medverke.

Når det gjeld svara frå tenestemottakarane, går det fram at den største prosentdelen av denne gruppa (39 prosent) opplever at dei «i nokon grad» får medverke i utforminga av tenestetilbodet, medan 18 prosent har svart at dei «i stor grad» eller «i liten grad» får medverke. Det er 14 prosent av tenestemottakarane som har svart at dei «ikkje i det heile» får medverke i utforminga av eige tenestetilbod. I tal utgjer dette fire personar.<sup>31</sup> Sjå figuren nedanfor.

Figur 9: Medverknad i utforming av tenestetilbod, tenestemottakarar, samla.<sup>32</sup>



Dersom vi ser på svara frå tenestemottakarar og pårørande for heimetenesta og sjukeheimstenesta åtskilt<sup>33</sup>, går det fram at den største prosentdelen av tenestemottakarar og pårørande i sjukeheimstenesta (43 prosent)

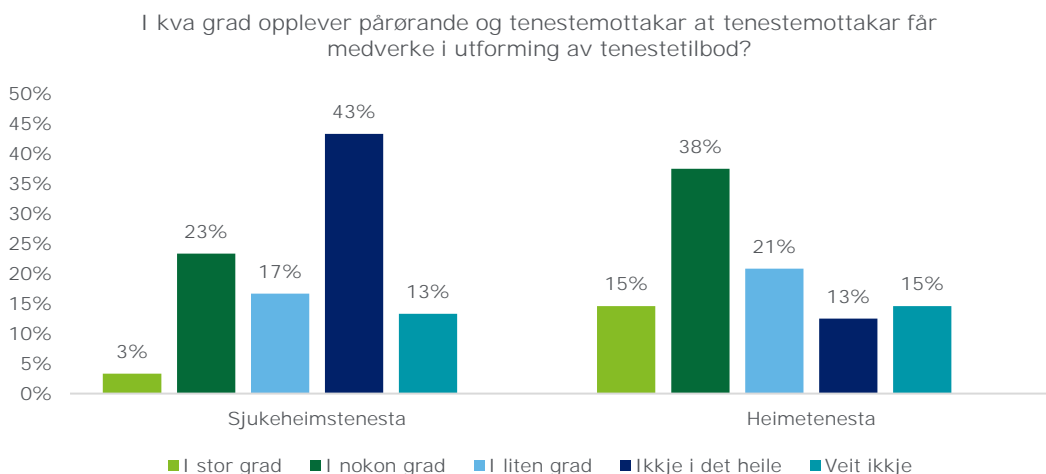
<sup>31</sup> Her er det verdt å merke seg at talet tenestemottakarar som har svart på undersøkinga er lågare enn talet pårørande som har svart. For tenestemottakarar er N=28, medan den for pårørande er N=51.

<sup>32</sup> N=79 (total). I gruppa «pårørande» er N=51. I gruppa «tenestemottakar» er N=28.

<sup>33</sup> Av omsyn til anonymitet omtalar vi pårørande og tenestemottakarar som ei samla gruppe når vi skiljer mellom sjukeheimstenesta og heimetenesta. Dette for å unngå at ei respondentgruppe blir så liten at det kan vere utfordrande å sikre at anonymiteten blir ivareteke.

«ikkje i det heile» opplever at tenestemottakar får medverke i utforming av tenestetilbodet. I tal utgjer dette 13 personar. Det er 23 prosent som har svart at dei opplever dette «i nokon grad». Vidare er det 17 prosent av tenestemottakarane og dei pårørande i sjukeheimstenesta som opplever at enestemottakar «i liten grad» får medverke, medan tre prosent opplever dette «i stor grad». Når det gjeld tenestemottakarar og pårørande i heimetenesta opplever den største prosentdelen på 38 prosent at tenestemottakar «i nokon grad» får medverke i utforming av tenestetilbodet, medan 21 prosent opplever dette «i liten grad». I tal utgjer dette 10 personar. Det er 15 prosent av tenestemottakarane og dei pårørande i heimetenesta som meiner at tenestemottakar «i stor grad» får medverke, medan 13 prosent (6 personar) opplever at dei «ikkje i det heile» får medverke. Sjå figuren nedanfor.

Figur 10: Medverknad i utforming av tenestetilbod, sjukeheimstenesta og heimetenesta.<sup>34</sup>



#### Pårørande sin medverknad

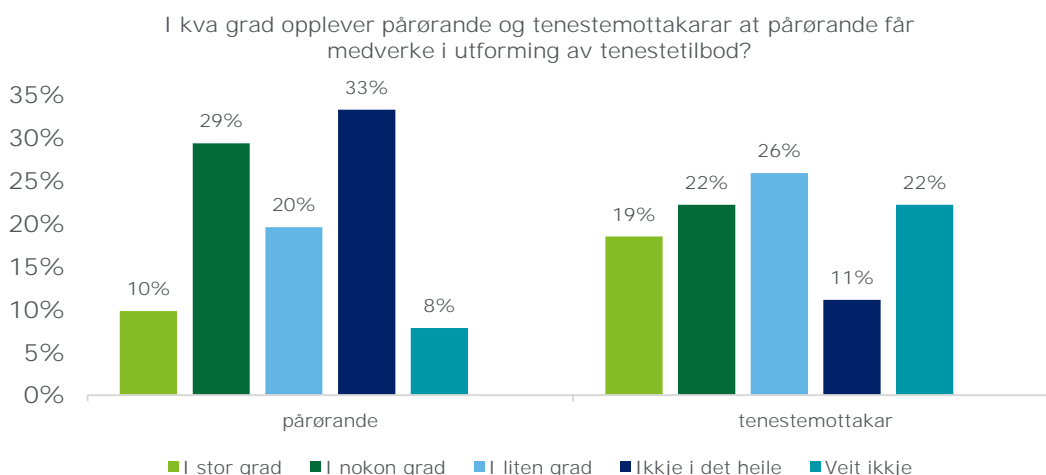
Når det gjeld i kva grad pårørande får medverke i utforming av tenestetilbodet, går det fram at den største delen (33 prosent) av dei pårørande opplever at dei «ikkje i det heile» får medverke i utforming av tenestetilbodet, medan 29 prosent opplever at dei «i nokon grad» får medverke. I tal utgjer dette høvesvis 17 og 15 personar. Det er 20 prosent av dei pårørande som har svart at dei «i liten grad» får medverke i utforming av tenestetilbodet, medan ti prosent svarer at dei «i stor grad» får medverke.<sup>35</sup>

Den største delen av tenestemottakarane (26 prosent) har svart at dei «i liten grad» opplever at pårørande får medverke i utforming av tenestetilbodet, medan 22 prosent opplever at pårørande får medverke «i nokon grad». Det er 19 prosent av tenestemottakarane som har svart at pårørande «i stor grad» får medverke, medan elleve prosent har svart at pårørande «ikkje i det heile» får medverke. I tal utgjer dette 3 personar. Sjå figuren nedanfor.

<sup>34</sup> N=78 (total). For gruppa «institusjon» er N=30. For gruppa «tenester i heimen» er N=48.

<sup>35</sup> Det er viktig å presisere at det ikkje er alltid pårørande har rett til å medverke i utforming av tenestetilbodet. Dette er avhengig av i kva grad tenestemottakaren sjølv har samtykkekompetanse og kan ivareta medverknaden sjølv.

Figur 11: Medverknad i utforming av tenestetilbod, pårørande, samla.<sup>36</sup>



Svara i spørjeundersøkinga viser at tenestemottakarar og pårørande innanfor både heimetenesta og sjukeheimstenesta opplever at pårørande i liten grad har moglegheit til å medverke i utforminga av tenestetilbodet, men moglegheita til å medverke blir opplevd som enno mindre i sjukeheimstenesta enn i heimetenesta. I sjukeheimstenesta svarer 37 prosent av respondentane (pårørande og tenestemottakarar samla) at pårørande «ikkje i det heile» får medverke i utforminga av tenestetilbodet.<sup>37</sup> I heimetenesta svarer den største prosentdelen (28 prosent) at pårørande «i liten grad» får medverke.<sup>38</sup>

#### 4.5.2 Vurdering

Undersøkinga viser at tenestemottakarar og pårørande i liten grad opplever at dei sjølv har moglegheit til å medverke i utforming av tenestetilbodet. Samtidig er det viktig å merke seg at det er tenestemottakarane sjølv som er mest positive til eigen medverknad. Også her er det likevel relativt få som svarer at dei «i stor grad» får moglegheit til å medverke i utforminga av tenestetilbodet.

Revisjonen vil presisere at talet respondentar er lågt, og at svara difor må tolkast med varsamheit. Likevel meiner revisjonen at svara indikerer at dialogen med tenestemottakarar og pårørande ikkje er god nok, og at den faktiske medverkinga som tenestemottakarar, og i nokre tilfelle pårørande, har rett på etter kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstenestene § 3, ikkje i tilstrekkeleg grad er ivareteke. Som det går fram av avsnitt 3.3 i rapporten, har Vaksdal kommune etablert ein del system og rutinar for å sikre at retten til medverknad blir ivareteke, men basert på svara frå tenestemottakarar og pårørande meiner revisjonen det er behov for at kommunen gjennomgår sine system og rutinar for medverknad, og vurderer om det er behov for å endre praksisen. Det kan også vere behov for – i dialogen med tenestemottakarar og pårørande – å vere tydelegare på kva medverknad inneber, og på kva vis tenestemottakarar (og eventuelt pårørande) kan medverke i utforming og endring av tenestene.

## 4.6 Ivaretaking av grunnleggjande behov

### 4.6.1 Datagrunnlag

I spørjeundersøkingane har både tilsette, tenestemottakarar og pårørande svart på i kva grad dei opplever at mottakarane av tenestene får ivaretatt sine grunnleggjande behov. Respondentane blei bede om å svare på i kva grad dei opplever at tenestemottakarar får ivaretatt grunnleggjande behov knytt til mellom anna eige privatliv, personleg hygiene og medisinske behov, samt sosialt samvær og aktivitetar. Nedanfor er svara frå spørjeundersøkingane samla tematisk etter ulike «kategoriar» av grunnleggjande behov.

<sup>36</sup> N=78 (total). I gruppa «pårørande» er N=51. I gruppa «tenestemottakar» er N=27.

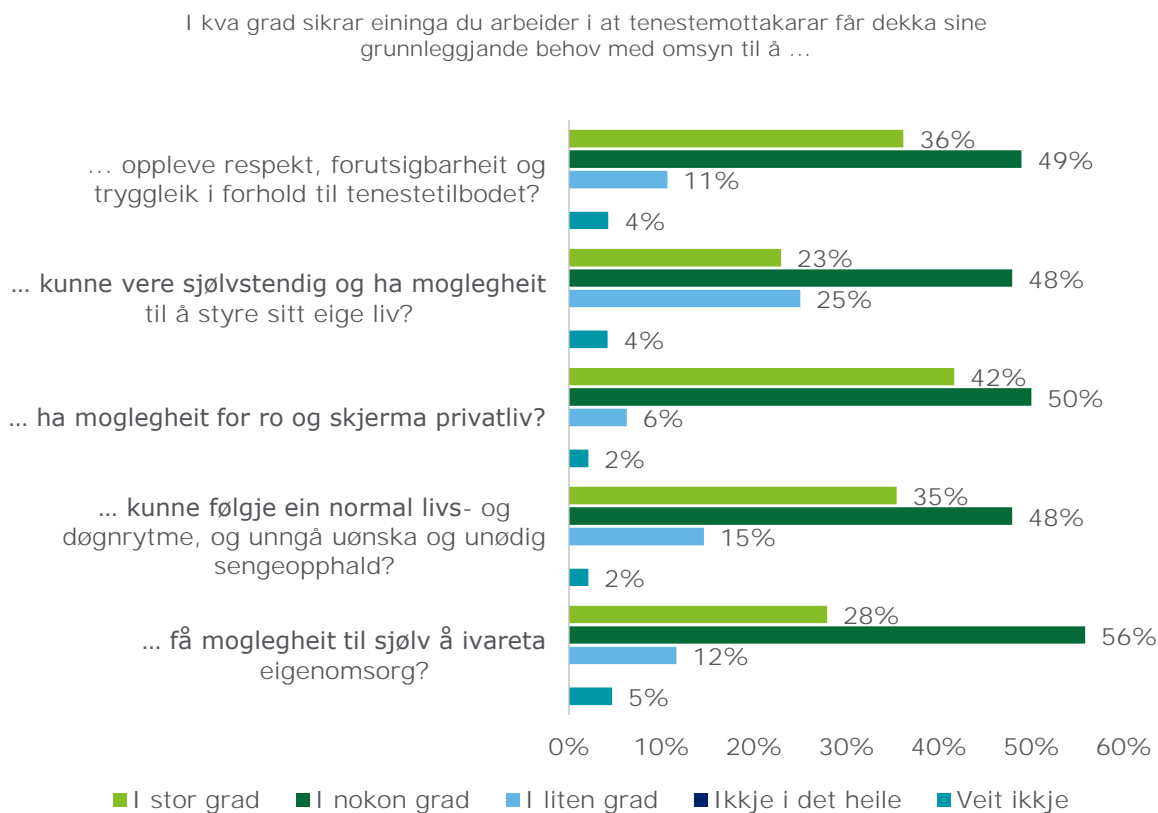
<sup>37</sup> N=30. Svarfordelinga er: 10 prosent svarer «i stor grad», 33 prosent svarer «i nokon grad», 13 prosent svarer «i liten grad», 37 prosent svarer «ikkje i det heile», 7 prosent svarer «veit ikkje».

<sup>38</sup> N=48. Svarfordelinga er: 15 prosent svarer «i stor grad», 23 prosent svarer «i nokon grad», 28 prosent svarer «i liten grad», 19 prosent svarer «ikkje i det heile», 15 prosent svarer «veit ikkje».

### Grunnleggjande behov: Sjølvstende, respekt, føreseielegheit og privatliv

Fleirtalet av dei tilsette har svart at dei «i stor grad» eller «i nokon grad» opplever at tenestemottakarar får dekkja grunnleggjande behov med omsyn til å oppleve respekt og føreseielegheit, å vere sjølvstendig, å ha eit privatliv, å følgje normal døgnrytme og å få moglegheit til å ivareta eigenomsorg. Samstundes er det verdt å merke seg at 25 prosent av dei tilsette har svart at dei «i liten grad» opplever at tenestemottakarar har tilstrekkeleg moglegheit til å vere sjølvstendig, og ha moglegheit til å styre sitt eget liv. Det er særleg tilsette i sjukeheimstenesta som har svart «i liten grad» på dette spørsmålet.

Figur 12: Grunnleggjande behov 1, tilsette samla.<sup>39</sup>



I spørjeundersøkinga til tenestemottakarar og pårørande blei det også stilt spørsmål om i kva grad dei opplever at Vaksdal kommune sikrar at tenestemottakaren får tilfredsstilt ulike grunnleggjande behov gjennom tenestene som blir gitt.

Fleirtalet av tenestemottakarar og pårørande samla (58 prosent, eller 44 av 76 respondentar) har svart at dei «i stor grad» opplever at tenestemottakar får tilfredsstilt sine grunnleggjande behov med omsyn til å oppleve respekt, føreseielegheit og tryggleik i forhold til tenestetilbodet. 33 prosent har svart «i nokon grad» og ni prosent har svart «i liten grad» på dette spørsmålet.

Den største delen av tenestemottakarane og dei pårørande (49 prosent, eller 40 av 81 respondentar) har svart at dei «i stor grad» opplever at tenestemottakar får tilfredsstilt sine grunnleggjande behov med omsyn til det å kunne vere sjølvstendig og ha moglegheit til å styre sitt eige liv. 30 prosent har svart i «i nokon grad» og sju prosent har svart «i liten grad» på dette spørsmålet.

Når det gjeld spørsmålet knytt til det å ha moglegheit for ro og skjema privatliv har 54 prosent av tenestemottakarar og pårørande (43 av 79 respondentar) svart at dei «i stor grad» opplever at tenestemottakaren får tilfredsstilt sine grunnleggjande behov knytt til dette. 18 prosent har svart «i nokon grad» og 24 prosent har svart «ikkje aktuelt» på dette spørsmålet.

Det er 35 prosent av tenestemottakarane og dei pårørande (27 av 78 respondentar) som har svart at dei «i stor grad» opplever at tenestemottakar får tilfredsstilt sine grunnleggjande behov med omsyn til det å kunne følgje ein normal livs- og døgnrytme, og unngå uønska og unødige sengeopphald, medan det er høvesvis 31

<sup>39</sup> N varierer på dei ulike underspørsmåla. Lågast N=43, høgast N=48.

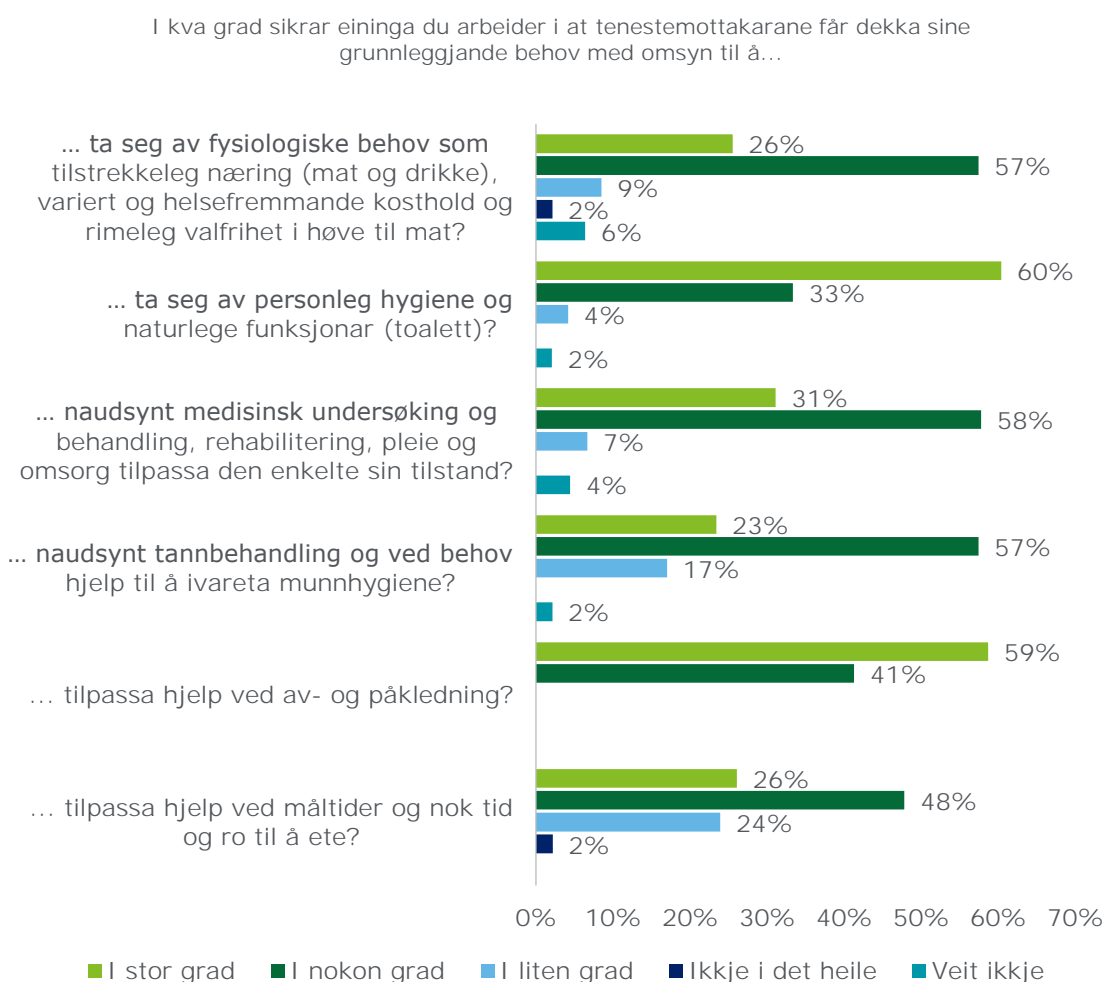
prosent og åtte prosent som har svart «i nokon grad» og «i liten grad». 26 prosent har svart «ikkje aktuelt» på dette spørsmålet.

43 prosent av tenestemottakarar og pårørande (34 av 79 respondentar) har svart at dei «i stor grad» opplever at tenestemottakar får tilfredsstilt sine grunnleggjande behov når det gjeld moglegheit til sjølv å ivareta eigenomsorg. 23 prosent har svart «i nokon grad» og 8 prosent har svart «i liten grad» på dette spørsmålet. Det er vidare 20 prosent som har svart «ikkje aktuelt».

#### Grunnleggjande behov: Fysiologiske behov

Som det går fram av figuren under, har fleirtalet (57 prosent) av dei tilsette svart at dei «i nokon grad» opplever at tenestemottakarar får dekka sine grunnleggjande behov med omsyn til å ta seg av fysiologiske behov som tilstrekkeleg næring, variert og helsefremmande kosthold og rimeleg valfrihet i høve til mat. Vidare har eit fleirtal av dei tilsette (59 prosent) svart at dei «i nokon grad» opplever at tenestemottakarar får dekka grunnleggjande behov med omsyn til pleie og omsorg tilpassa den enkelte sin tilstand. Det er 48 prosent som har svart at tenestemottakarane «i nokon grad» får tilpassa hjelp ved måltider og nok tid og ro til å ete. Det er 60 prosent av dei tilsette som meiner at tenestemottakarane «i stor grad» får dekka grunnleggjande behov knytt til personleg hygiene og naturlege funksjonar, og det er 59 prosent som meiner tenestemottakarane «i stor grad» får tilpassa hjelp ved av- og påkledning.

Figur 13: Grunnleggjande behov 2, tilsette samla.<sup>40</sup>



Når det gjeld spørsmålet om hjelp til naudsynt tannbehandling og ivaretaking av munnhygiene, er det ein større prosentdel av tilsette i heimetenesta enn tilsette i sjukeheimstenesta som har svart «i liten grad». Det same er tilfelle for spørsmålet om tilpassa hjelp ved måltider.

<sup>40</sup> N varierer på dei ulike underspørsmåla. Lågast N=45, høgast N=48.



39 prosent av tenestemottakarar og pårørande samla (30 av 76 respondentar) har svart at dei «i stor grad» opplever at tenestemottakar får tilfredsstilt sine grunnleggande behov med omsyn til fysiologiske behov som tilstrekkeleg næring (mat og drikke), variert og helsefremmande kosthold og rimeleg valfridom i høve til mat. 25 prosent har svart «i nokon grad» og høvesvis elleve prosent og åtte prosent har svart «i liten grad» eller «ikkje i det heile» på dette spørsmålet. Det er vidare 16 prosent som har svart «ikkje aktuelt».

Når det gjeld spørsmålet knytt til det å få hjelp til å ivareta personleg hygiene og naturlege funksjonar (toalett) har 39 prosent av tenestemottakarar og pårørande (30 av 76 respondentar) svart at dette «i stor grad» blir ivareteke, medan 30 prosent har svart at dei «i nokon grad» opplever at tenestemottakaren sine grunnleggande behov knytt til dette blir ivareteke. 24 prosent har svart «ikkje aktuelt» på dette spørsmålet.

På spørsmålet knytt til det å få naudsynt medisinsk undersøking og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpassa den enkelte sin tilstand har 40 prosent av tenestemottakarar og pårørande (32 av 80 respondentar) svart at dei «i nokon grad» opplever at tenestemottakaren får tilfredsstilt sine grunnleggande behov. Vidare er det 23 prosent som har svart «i stor grad», 13 prosent som har svart «i liten grad» og seks prosent som har svart «ikkje i det heile» på dette spørsmålet.

Når det gjeld spørsmålet om naudsynt tannbehandling og ved behov hjelp til å ivareta munnhygiene er det høvesvis 23 og 20 prosent av tenestemottakarar og pårørande (tilsvarande 18 og 16 av 79 respondentar) som har svart at dei «i stor grad» og «i nokon grad» opplever at tenestemottakar får tilfredsstilt sine grunnleggande behov knytt til dette. Vidare er det ni prosent som har svart «i liten grad», ti prosent som har svart «ikkje i det heile» og 30 prosent som har svart «ikkje aktuelt» på dette spørsmålet.

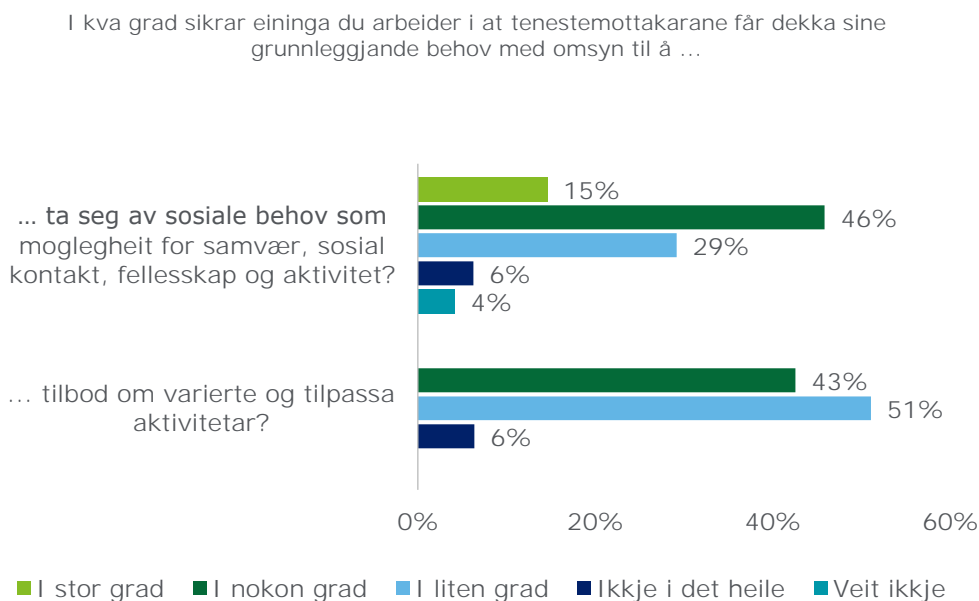
32 prosent av tenestemottakarar og pårørande (25 av 77 respondentar) har svart at dei «i stor grad» opplever at tenestemottakar får tilfredsstilt sine grunnleggjande behov med omsyn til tilpassa hjelp ved av- og påkledning. Vidare er det 25 prosent som har svart «i nokon grad» og 38 prosent som har svart «ikkje aktuelt» på dette spørsmålet.

36 prosent av tenestemottakarar og pårørande (28 av 78 respondentar) har vidare svart at dei «i stor grad» opplever at tenestemottakar får tilfredsstilt sine grunnleggande behov med omsyn til tilpassa hjelp ved måltider og nok tid og ro til å ete. Det er 35 prosent som har svart «ikkje aktuelt» på dette spørsmålet. I tillegg har seks prosent svart «i liten grad» og fire prosent har svart «ikkje i det heile» på dette spørsmålet.

#### Grunnleggjande behov: Sosiale behov og aktivitetar

Når det gjeld tenestemottakarane sine grunnleggjande behov med omsyn til sosial stimulering, går det fram av spørjeundersøkinga at den største delen av dei tilsette (46 prosent) har svart at dei «i nokon grad» meiner tenestemottakarane får dekkja grunnleggjande behov med omsyn til moglegheit til sosial kontakt. Det er 29 prosent av dei tilsette som meiner at tenestemottakarane «i liten grad» får dekkja dette grunnleggjande behovet. På dette spørsmålet er det ein større prosentdel tilsette i heimetenesta enn i sjukeheimstenesta som har svart «i liten grad». Vidare går det fram at fleirtalet av dei tilsette (51 prosent) opplever at tenestemottakarane «i liten grad» får eit tilstrekkeleg tilbod om varierte og tilpassa aktivitetar. Ingen av dei tilsette har svart «i stor grad» på dette spørsmålet. Det er også til saman 6 prosent av dei tilsette som har svart «ikkje i det heile» på dette spørsmålet, og alle desse respondentane er tilsett i heimetenesta. Sjå figuren nedanfor for svarfordeling på desse to spørsmåla.

Figur 14: Grunnleggjande behov 3, tilsette samla<sup>41</sup>



I spørjeundersøkinga til tenestemottakarar og pårørande blei det også stilt spørsmål om grunnleggjande behov knytt til sosiale behov og aktivitetar. 26 prosent av tenestemottakarar og pårørande (20 av 76 respondentar) har svart at tenestemottakarar «i nokon grad» får tilfredsstilt sine grunnleggjande behov knytt til sosiale behov som moglegheit for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet. Det er 26 prosent som har svart at dei meiner dette er tilfelle «i liten grad». 22 prosent (17 respondentar) har svart at dei meiner dette grunnleggjande behovet «i stor grad» blir ivareteke.

Vidare har 21 prosent (16 av 78 respondentar) svart at tenestemottakarar «i nokon grad» får tilfredsstilt sine grunnleggjande behov når det gjeld tilbod om varierte og tilpassa aktivitetar. Det er også 21 prosent som har svart «i liten grad» på dette spørsmålet. 18 prosent har svart «ikkje i det heile» og 29 prosent har svart «ikkje aktuelt» på dette spørsmålet.

#### Grunnleggjande behov: Tilbod om tilrettelegging for personar med demens

Når det gjeld tilbod om tilrettelegging for personar med demens svarar fleirtalet av dei tilsette (51 prosent) at dei «i nokon grad» meiner tenestemottakarane får dekkja dette grunnleggjande behovet, medan 32 prosent meiner at tenestemottakarane «i liten grad» får dekkja dette grunnleggjande behovet.<sup>42</sup> Det er ein større prosentdel av dei tilsette i heimetenesta enn dei tilsette i sjukeheimstenesta som har svart «i liten grad» på dette spørsmålet.

Også pårørande fekk spørsmål om i kva grad dei opplever at dei kommunale helse- og omsorgstenestene sikrar at tenestemottakarar sine grunnleggjande behov blir ivareteke med omsyn til tilbod om tilrettelegging for personar med demens og andre som sjølv har vanskar med å formulere sine behov. 55 prosent av dei pårørande (28 av 51 respondentar) svarte at dette ikkje var aktuelt. Vidare var det 12 prosent (seks respondentar) som svarte «i nokon grad», 12 prosent svarte «i liten grad», og 12 prosent svarte «veit ikkje».<sup>43</sup>

#### Samla tilfredsheit med helse- og omsorgstilbodet

Som det går fram av Figur 15 under, er den største prosentdelen av pårørande og tenestemottakarar som har svart på undersøkinga «ganske nøgd» med helse- og omsorgstenestene som blir gitt av Vaksdal kommune (44 prosent). Det er 31 prosent som er «svært nøgd», medan 20 prosent er «verken nøgd eller misnøgd». Totalt er det fire prosent som er «ganske misnøgd» med Vaksdal kommune sine helse- og omsorgstenester, medan ein prosent er «svært misnøgd» (dette utgjør ein person). Dersom ein skil svara frå pårørande og tenestemottakarar ser ein at tenestemottakarane er meir nøgd enn dei pårørande (45 prosent av

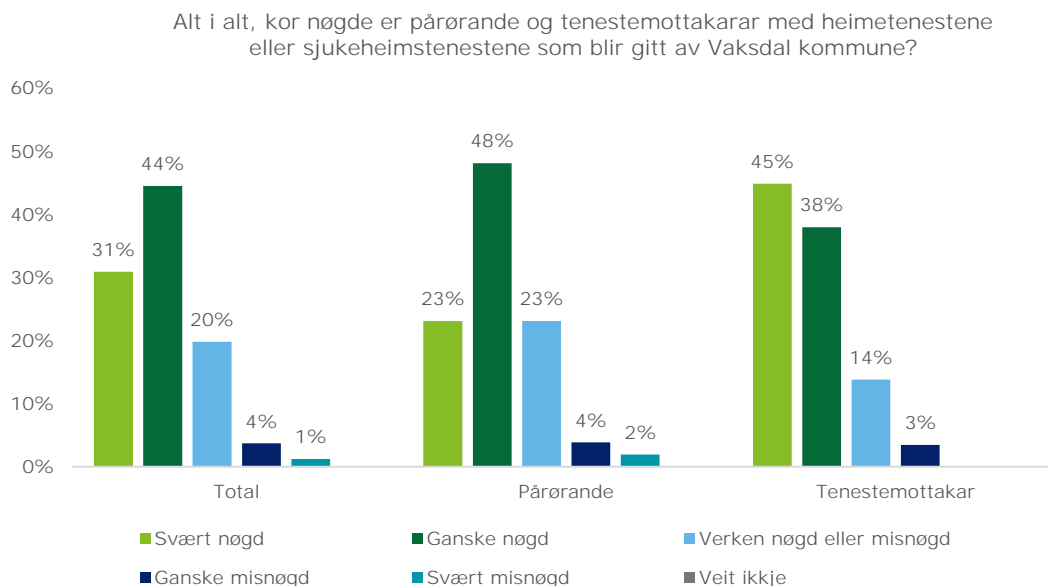
<sup>41</sup> N på dei to spørsmåla er høvesvis 48 og 47.

<sup>42</sup> Spørsmålet var: I kva grad sikrar eininga du arbeider i at pasientane/brukarane får dekkja sine grunnleggjande behov med omsyn til å få tilbod om tilrettelegging for personar med demens og andre som sjølv har vanskeleg for å formulere sine behov? N = 47. Svarfordelinga var som følger (nominelle tal): I stor grad: 4; i nokon grad: 24; i liten grad: 15; ikkje i det heile: 1; veit ikkje: 3.

<sup>43</sup> I tillegg svarte seks prosent (tre personar) «ikkje i det heile» og fire prosent (to personar) svarte «i stor grad».

tenestemottakarane er «svært nøgd» med tenestene, medan 23 prosent av dei pårørande er «svært nøgd»). Det er 23 prosent av dei pårørande og 14 prosent av tenestemottakarane som er «verken nøgd eller misnøgd». Dette utgjer høvesvis 12 og 4 personar. Fire prosent av pårørande og tre prosent av tenestemottakarar er «ganske misnøgd» med tenestene gitt av kommunen.<sup>44</sup> To prosent av dei pårørande (tilsvarande éin respondent) har svart at dei er «svært misnøgd» med helse- og omsorgstenestene i Vaksdal, medan ingen av tenestemottakarane har svart dette.

Figur 15: Tilfredsheit med helse- og omsorgstenesta, samla.<sup>45</sup>



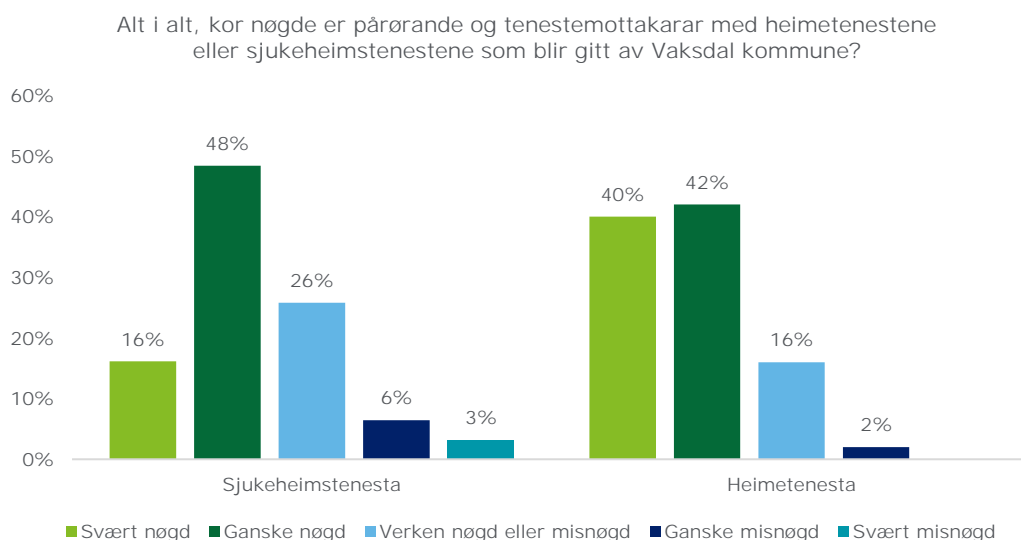
Tenestemottakarar og pårørande har gjennom fritekstfelt i spørjeundersøkinga fått høve til å gi utfyllande kommentarar til spørsmåla og tema for spørjeundersøkinga. Fleire av kommentarane omhandlar tidspunkta for måltidsservering og kvaliteten på maten. Det blir eksempelvis vist til at det ikkje i stor nok grad blir tatt grep for å forhindre underernæring. Det blir vist til at alle måltid er plassert inn på for få timar, noko som medfører at tenestemottakarane ikkje er svoltne og at maten ikkje blir eten. Ein del av kommentarane omhandlar at tenestemottakarane ikkje får tilstrekkeleg tilbod om trening og fysioterapi. Det blir peika på at tenestemottakarane i for liten grad blir aktiviserte. I nokre frå kommentarfelt blir det trekt fram at tenesta som blir gitt er personavhengig. Det er også nokre få som peikar på at det er ønskjeleg med meir dialog med pårørande.

Dersom ein skil mellom sjukeheimstenesta og heimetenesta viser svara frå spørjeundersøkinga at pårørande og tenestemottakarar i heimetenesta er meir nøgde enn pårørande og tenestemottakarar i sjukeheimstenesta (40 prosent av tenestemottakarar og pårørande er «svært nøgd» med heimetenesta, medan 16 prosent er «svært nøgd» med sjukeheimstenesta). Svarfordelinga går fram av Figur 16 under, og viser vidare at 48 prosent er «ganske nøgd» med sjukeheimstenesta medan 42 prosent har gitt same svar for heimetenesta. Det er 26 prosent av tenestemottakarane og dei pårørande som er «verken nøgd eller misnøgd» med sjukeheimstenesta og 16 prosent har svart det same for heimetenesta. Dette utgjer åtte personar i begge grupper. Seks prosent har svart at dei er «ganske misnøgd» (dette utgjer to personar) og tre prosent har svart at dei er «svært misnøgd» med sjukeheimstenesta. To prosent har svart at dei er «ganske misnøgd med heimetenesta. Sjå figuren nedanfor.

<sup>44</sup> Dette utgjer høvesvis to og éin respondent.

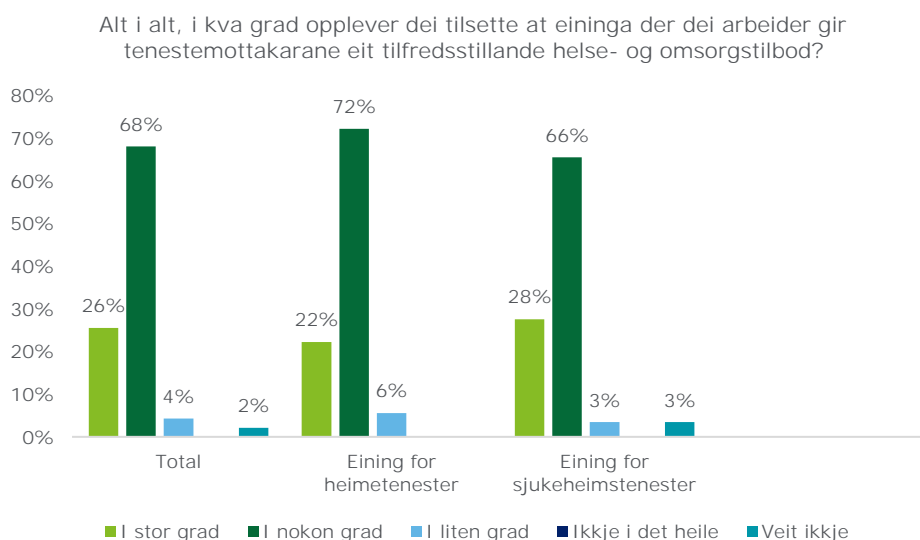
<sup>45</sup> N=81 (total). For gruppa «pårørande» er N=52. For gruppa «tenestemottakar» er N=29.

Figur 16: Tilfredsheit med helse- og omsorgstenesta, sjukeheimstenesta og heimetenesta<sup>46</sup>



Det går fram at eit fleirtal på 68 prosent av dei tilsette i helse- og omsorgstenesta alt i alt opplever at eininga der dei er tilsett «i nokon grad» gir tenestemottakarane eit tilfredsstillande helse- og omsorgstilbod (høvesvis 72 prosent i heimetenesta og 66 prosent i sjukeheimstenesta har svart dette). Sjå figuren nedanfor.

Figur 17: Tilfredsstillande helse- og omsorgstilbod, tilsette, sjukeheimstenesta og heimetenesta.<sup>47</sup>



I intervju blir det frå representantar for leinga innanfor helse- og omsorgstenesta vist til at tenestetilbodet i kommunen i det store og det heile er tilfredsstillande, men at det kan dukke opp enkeltsaker der det ikkje er tilfredsstillande. Dette kan ha med kompetanse og ressursar å gjere. Det blir også kommentert at det alltid blir gjort forsøk på å leggje til rette for den enkelte tenestemottakar i så stor grad som mogleg.

I enkelte intervju blir det også kommentert at det i periodar med særleg stort arbeidspress, og mykje bruk av vikarar, kan vere krevjande å sikre tilstrekkeleg kvalitet i alle delar av tenestetilbodet. Det blir vidare kommentert at det over ein periode på nokre månadar frå hausten 2016 har vore overbelegg og ein særleg krevjande periode for dei tilsette i sjukeheimstenesta. Tilsettere representantar kommenterer i intervju at sjukeheimstenesta, etter ulike endringar som er gjennomført over tid, har klart å oppretthalde eit godt tilbod når det gjeld pleie og ernæring, men ikkje når det gjeld omsorg. Det blir vist til at dei sjukaste pasientane blir prioritert, og at det er ein tendens til at trening og sosial stimulering av pasientane blir nedprioritert. Det blir

<sup>46</sup> Fordelt på institusjon og tenester i heimen. N=81 (total). For gruppa «institusjon» er N=31. For gruppa «tenester i heimen» er N=50.

<sup>47</sup> N=47 (total). For eining for heimetenester er N=18. For eining for sjukeheimstenester er N=29.

samtidig peikt på at det over tid har vore betydeleg fokus på ernæring, og at dette er noko Vaksdal kommune er veldig gode på. Representantar for dei tilsette peiker også på at det er rom for å tilpasse seg den enkelte tenestemottakar sine ønskje og behov, til dømes når det gjeld tidspunkt ein ønskjer å leggje seg, og tidspunkt ein ønskjer å ete middag. Samtidig kjem det fram at det frå siste del av 2016 var ei auke i talet avvik i sjukeheimstenesta, og det blir gitt uttrykk for at dette skuldast at det var ein periode der personalet hadde det veldig travelt. Det blir opplyst at avvika mellom anna dreide seg om mangelfullt stell, til dømes manglande hjelp til tannpuss. Samtidig peiker representantar for dei tilsette på at dei er kjent med at slike tilfelle ofte ikkje blir registrerte som avvik av dei tilsette.

Representantar for dei tilsette kommenterer også at heimetenestene er mykje meir avgrensa i dag samanlikna med tidlegare, og at omfanget av tenester er redusert. Det blir vist til at ein del tilsette har vore vant til å ha god tid hos kvar tenestemottakar, og til å utføre oppgåver som ikkje er knytt direkte til helsetenester eller pleiebehova til tenestemottakaren. Det blir vidare kommentert at det kan vere vanskeleg for enkelte tilsette å tilpasse seg denne omstillinga i heimetenesta, og det kan vere enkelte som opplever at dei burde gjort mykje meir enn det dei har tid til hos den enkelte tenestemottakar. Det blir peikt på at også tenestemottakarar som har hatt tenester over lang tid nok kan oppleve at dei burde fått fleire eller andre tenester enn det dei får, fordi dei har vore vand med at heimetenesta har hatt god tid til å bistå også med ting som per i dag ikkje kjem inn under heimetenesta sine oppgåver.

#### 4.6.2 Vurdering

Undersøkinga viser at både tilsette, tenestemottakarar og pårørande opplever at mange av dei grunnleggjande behova til mottakarar av helse- og omsorgstenester i Vaksdal kommune blir godt ivareteke. Samtidig er det viktig å merke seg at det er til dels store ulikheter mellom ulike grunnleggjande behov som dei ulike respondentgruppene er bedt om å ta stilling til i spørjeundersøkingane. Gjennomgåande er det særleg dei grunnleggjande behova som dreier seg om sosiale behov og aktivitetar som synast utfordrande. Naudsynt tannbehandling og hjelp til tannhygiene blir også av ein del respondentar i alle respondentgrupper utpeikt som eit grunnleggjande behov som ikkje blir tilstrekkeleg ivareteke.

I tillegg er det ein del forskjellar mellom i kva grad dei ulike respondentgruppene opplever at grunnleggjande behov blir ivareteke. Ein stor prosentdel av dei tilsette peiker på utfordringar med omsyn til det å sikre at tenestemottakaren får vere sjølvstendig og ha moglegheit til å styre eige liv. Tenestemottakarar og pårørande ser imidlertid ikkje særskilte utfordringar med ivaretaking av dette grunnleggjande behovet. Også når det gjeld tilpassa hjelp i samband med måltider, meiner tilsette i større grad enn tenestemottakarar og pårørande at dette er utfordrande. Vidare er det særleg dei tilsette som peiker på utfordringar knytt til å sikre eit tilbod om tilrettelegging for personar med demens og andre som sjølv har vanskar med å formulere sine behov. Undersøkinga viser også at det i fleire tilfelle er dei tilsette i heimetenesta som i størst grad peikar på utfordringar knytt til ivaretaking av enkelte grunnleggjande behov. Om dette skuldast reelle manglar ved tenestetilbodet, eller ulike oppfatningar om kva tenestene bør omfatte, er det vanskeleg å konkludere med basert på dei undersøkingar som er gjort. Det er samtidig verd å merke seg at tenestemottakarar og pårørande stort sett er godt fornøyde med heimetenesta.

Basert på svara frå dei tilsette som har svart på spørjeundersøkinga, meiner ein til tider stor prosentdel av dei tilsette at helse- og omsorgstenesta ikkje klarer å tilfredsstille alle dei grunnleggjande behova til tenestemottakarane. Som nemnd tidlegare er svarprosenten i undersøkinga låg, og svara må difor tolkast med varsamheit. Likevel meiner revisjonen at prosentdelen av dei tilsette som har påpeikt manglar knytt til ivaretaking av grunnleggjande behov, til tider er så stor at dette indikerer at systema som skal bidra til å sikre at grunnleggjande behov blir ivareteke (jf. forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene) ikkje er tilstrekkelege. Revisjonen vil presisere viktigeita av å sikre at alle forhold som tilsette opplever som manglar i tenestetilbodet blir meldt som avvik, og at det blir sett i verk tiltak for å rette opp i eventuelle systematiske manglar ved helse- og omsorgstenestene i kommunen. Som nemnd i avsnitt 3.5.2 er det difor særleg viktig at kommunen arbeider vidare med kulturen for å melde avvik i helse- og omsorgstenesta, og då særleg i sjukeheimstenesta. Dette er viktig for å sikre at tilsette sine erfaringar og innspel kjem tydeleg fram, og blir nytta i kvalitetsarbeidet. Vidare er det viktig å sikre at det er etablert gode system for at tilsette melder frå om auka og/eller endra behov for tenester hos tenestemottakarane, slik at tenestene til ei kvar tid er så godt tilpassa behova som mogleg.

Når det gjeld den samla tilfredsheita med helse- og omsorgstenestene, er denne relativt høg, basert på svara i spørjeundersøkinga. Igjen kjem det imidlertid tydeleg fram at tenestemottakarane sjølv er meir tilfredse enn dei pårørande som har svart på undersøkinga. Vidare er respondentane i heimetenesta meir nøgd med

tenestene enn respondentane i sjukeheimstenesta. I den samanheng vil revisjonen også peike på at det blant respondentane i sjukeheimstenesta er ei stor overvekt av pårørande, medan talet pårørande og tenestemottakarar i heimetenesta som har svart på undersøkinga, er ganske likt. Revisjonen vil også peike på viktigheita av at det er etablert system for jamlege pårørandemøte i både heimetenesta og sjukeheimstenesta, og at det nyleg er etablert eit brukarutval med representantar for dei pårørande i sjukeheimstenesta. Basert på det som kjem fram i denne undersøkinga, synast dette å vere eit viktig og riktig grep frå kommunen si side, for å sikre at pårørande får høve til å medverke, og at det blir etablert føremålstenlege forum for involvering av pårørande i sjukeheimstenesta på systemnivå.

## 4.7 Tilsette si oppleving av om dei får tilstrekkeleg opplæring og oppfølging frå leiinga<sup>48</sup>

### 4.7.1 Datagrunnlag

System og rutinar for opplæring og sikring av tilstrekkeleg kompetanse

Einingane i helse- og omsorgstenesta har lokale kompetanseplanar, og kommunen har ei rekkje satsingar på kompetanse, mellom anna desentralisert sjukepleiarutdanning og fagopplæring, retta mot tilsette i helse- og omsorgstenesta. Kommunen har dokumentert desse satsingsområda gjennom kompetanseplan for 2016-2019.<sup>49</sup> Her blir det skildra kva tiltak helse- og omsorgstenesta har planlagt i perioden 2016-2019 for å sikre god rekruttering og vidareutdanning innanfor tenesteområdet. I intervju blir det opplyst at denne kompetanseplanen blir revidert årleg. Kompetanseplanen omfattar ei rekkje ulike tiltak, men omtalar ikkje eksplisitt kompetanse i forbetningsarbeid. Det blir også informert om at kommunen arbeider strategisk med fokuset på vidareutdanning gjennom kartleggingar av kva behov som ligg i kommunen. Folkehelseprofilen blir analysert og nytta i denne samanheng. Fram til no har kommunen jobba med vidareutdanning på tema som demens, diabetes og teknologi, i tillegg til at fleire tilsette har tatt palliativ vidareutdanning. Helse- og omsorgstenesta har også system for internundervisning der m.a. lovverk, sentrale og lokale føringar/styringsdokument og prosedyrar/kvalitetsarbeid er tema. I det daglege nyttar Helse- og omsorgstenesta mellom anna «praktisk prosedyre for sjukepleiartenesta – PPS»<sup>50</sup> for å sikre at tilsette har tilgang til prosedyrar og skildringar av framgangsmåte i ulike oppgåver.

Det er utarbeidd eigne opplæringsrutinar for vikarar og nyttilsette både i sjukeheimstenesta og heimetenesta. Rutinane inneber mellom anna opplæringsvakter der ein erfaren tilsett har ansvar for å følgje opp og lære opp den nyttilsette. For å sikre at alle relevante tema blir gjennomgått i samband med opplæringa, er det utarbeidd opplæringsplanar. Opplæringsplanen listar opp tema og aktivitetar som skal gjennomgåast som del av opplæringa, og dei tilsette skal fylle inn datoen for kva tid aktiviteten er gjennomgått og at vedkommande føler seg trygg på emnet for opplæring. I tillegg skal personen som er ansvarleg for opplæringa signere på at opplæring er gitt. Både heimetenesta og sjukeheimstenesta har opplæringspermar med rutinar som skal gjennomgåast saman med den nyttilsette.

I intervju blir det kommentert at det kan variere noko frå person til person kor grundig opplæringa som blir gitt til nyttilsette og vikarar er. Det blir også trekt fram at det kan opplevast som ei belastning for dei faste tilsette når det er mange nye tilsette og/eller vikarar samtidig, og at ansvar for opplæring av nyttilsette er tidkrevjande i ein travel kvardag. I samband med ferieavvikling er det mange vikarar som skal ha opplæring på same tid, og frå sommaren 2016 har difor heimetenesta hatt eit eige undervisningsopplegg for sommarvikarar.

I tilsyn gjennomført av Fylkesmannen i Hordaland i 2016<sup>51</sup> blei det påpeikt to avvik frå krav i regelverket, og eit av desse dreier seg spesifikt om mangelfull opplæring: «Vaksdal kommune har ikkje sørgd for at tilsette

---

<sup>48</sup> I dette delkapitlet vil følgjande to underproblemstillingar bli svart på: 1) *Opplever dei tilsette at dei har fått tilstrekkeleg opplæring til å kunne gjere vurderingar av brukarane og kva behov dei har?* og 2) *I kva grad opplever dei tilsette at dei får tilstrekkeleg oppfølging av leiinga med omsyn til tenesteutføring og fordeling av arbeidsoppgåver?*

<sup>49</sup> Vaksdal kommune, *Helse og omsorg, kompetanseplan 2016-2019*.

<sup>50</sup> Praktisk prosedyrer i sjukepleiartenesta – PPS, Vaksdal kommune. PPS er eit digitalt støtteverktøy for helsesektoren med kunnskapsbaserte prosedyrar og tilhøyrande kunnskapsstoff til bruk i praktisk utøving, kvalitetssikring og dokumentasjon, samt kompetanseutvikling. PPS fungerer som eit oppslagsverk i journalsystemet Profil. Her kan dei tilsette hente fram prosedyrar og kunnskapsmaterieil.

<sup>51</sup> Fylkesmannen i Hordaland – *Rapport frå tilsyn med tvungen helsehjelp etter lov om pasient- og brukarrettar kapittel 4A, Vaksdal kommune, Vaksdal sjukeheim 2016*, 21.november 2016. Tema for tilsynet var tvungen helsehjelp etter lov om pasient- og brukarrettar kapittel 4A. Tilsynet undersøkte om Vaksdal sjukeheim har styring og fører kontroll med at helsehjelp til pasientar som motset seg somatisk helsehjelp, blir gitt i samsvar med krav i helselovgevinga.

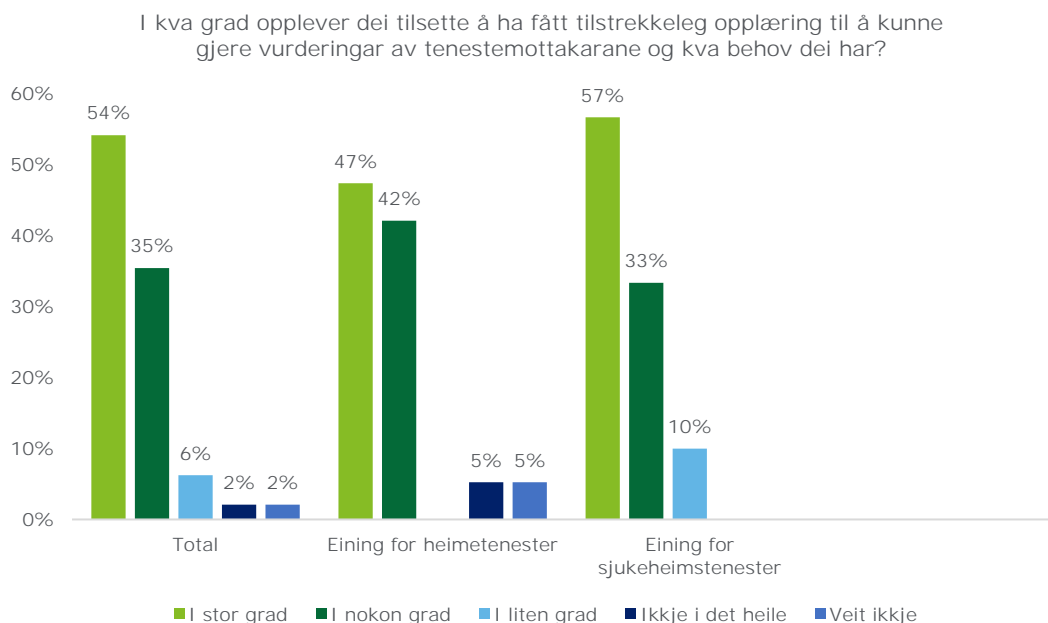
ved Vaksdal sjukeheim avdeling 2, har fått tilpassa og tilstrekkeleg opplæring om samtykke til helsehjelp, og om vilkår for å gi somatisk helsehjelp med tvang.»<sup>52</sup> I brev av 3. april 2017 frå Vaksdal kommune til Fylkesmannen i Hordaland, er det opplyst om kva tiltak som er sett i verk for å lukke avvika. Det føreligg også presentasjon frå internundervisning retta mot tilsette ved Vaksdal sjukeheim som omhandlar helsehjelp med tvang og samtykkekompetanse. Denne er datert 9.11.2016, nokre dagar før tilsynet blei gjennomført. I brev av 18. april 2017 frå Fylkesmannen i Hordaland til Vaksdal kommune blir det opplyst om at tiltaka blir tatt til orientering, og at Fylkesmannen ber om at tiltaka blir evaluerte. Vidare ber Fylkesmannen om å få tilbakemelding om evaluering av tiltaka innan 1. oktober 2017.

Tilsette si tilfredsheit med opplæringa for å kunne vurdere tenestemottakar sine behov

Det går fram av spørjeundersøkinga at fleirtalet (54 prosent) av dei tilsette i heimetenesta og sjukeheimstenesta som har svart på undersøkinga, opplever at dei «i stor grad» får tilstrekkeleg opplæring til å kunne gjere vurderingar av tenestemottakar sine behov. 35 prosent av dei tilsette har svart at dei «i nokon grad» opplever at dei får tilstrekkeleg opplæring, medan seks prosent opplever dette «i liten grad». Det er to prosent<sup>53</sup> av dei tilsette som har svart «ikkje i det heile» eller «veit ikkje» på dette spørsmålet. Sjå Figur 18 nedanfor.

Ser ein nærmare på skilnaden mellom heimetenesta og sjukeheimstenesta går det fram at det er fleire i sjukeheimstenesta som opplever at dei «i stor grad» har fått tilstrekkeleg opplæring (57 prosent), samanlikna med heimetenesta (47 prosent). Det er 33 prosent i sjukeheimstenesta og 42 prosent i heimetenesta som opplever at dei «i nokon grad» har fått tilstrekkeleg opplæring, medan ti prosent (3 personar) i sjukeheimstenesta har svart «i liten grad» og fem prosent i heimetenesta (1 person) har svart «ikkje i det heile» på dette spørsmålet. Sjå figuren nedanfor.

Figur 18: Opplæring av tilsette, sjukeheimstenesta og heimetenesta.<sup>54</sup>



Tilsettere representantar kommenterer i intervju at stor bruk av vikarar og ufaglært personell i periodar kan påverke kvaliteten i tenestene. Det blir kommentert at dei elementære arbeidsoppgåvene blir dekkja, men at uerfarne og ufaglærte tilsette ofte ikkje i tilstrekkeleg grad klarer å gjere naudsynte observasjonar og vurderingar for å kunne sette inn føremålstenlege førebyggjande tiltak. Det blir vidare peikt på at ein opplever at dette har vore ei aktuell problemstilling i sjukeheimstenesta frå hausten 2016.

System og rutinar for fordeling av arbeidsoppgåver

Representantar for dei tilsette peiker på at det i periodar har vore stort arbeidspress i sjukeheimstenesta, og at dette har blitt handtert ved å auke bemanninga i periodar. Det blir kommentert frå enkelte at ein opplever

<sup>52</sup> Det andre avviket dreide seg om mangelfulle journalar: «Pasientjournalane i avdeling 2 ved Vaksdal sjukeheim inneheld ikkje relevante og naudsynte opplysningar om tilstanden til pasientane og helsehjelpa som blir gitt.»

<sup>53</sup> Tilsvarande ein respondent.

<sup>54</sup> N=48 (total). For eining for heimetenester er N=19. For eining for sjukeheimstenester er N=30

at det nyttar å melde frå, og å melde om avvik som skuldast at ein har det for travelt på jobb. Andre gir derimot uttrykk for at ein situasjon med for låg fast bemanning og mykje innleige av vikarar har vart over for lang tid, og at situasjonen blir opplevd som kaotisk og frustrerende.

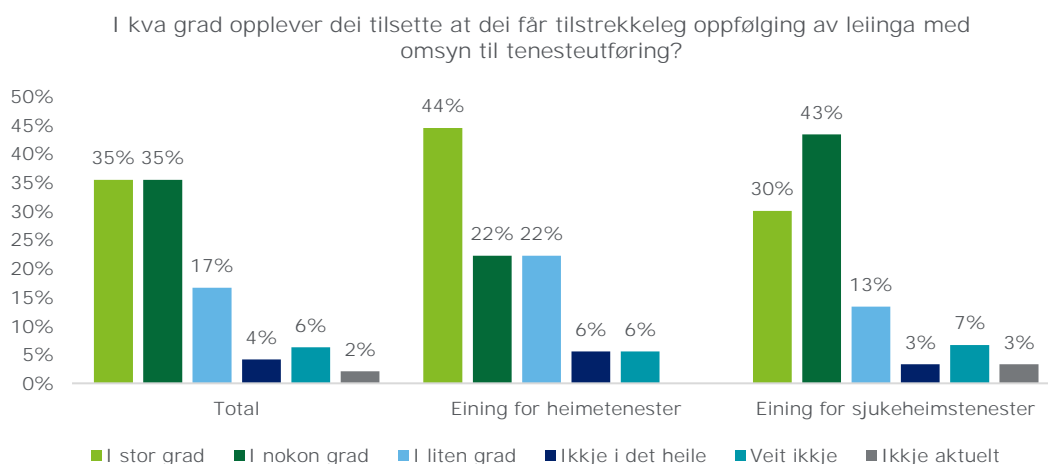
I intervju går det fram at arbeidsmengda også i heimetenesta til tider kan vere utfordrande, og at tilsette i periodar må jobbe ein del overtid. Einingsleiar held oversikt over talet vedtakstimar per måned, og gjer vurderingar av bemanninga på bakgrunn av dette. Det blir opplyst at det blir leigd inn ekstra personell ved behov. Det blir vist til at omorganiseringa av heimetenesta i 2012, frå fleire soner til éi sone, har bidrege til å sikre meir effektiv og rett ressursbruk. Heimetenesta har to sjukepleiarar som har som del av si stilling å vere koordinatorar. Koordinatorane i heimetenesta har som oppgåve å sette saman arbeidslistene, og koordinere og vurdere endringar i behova til brukarane. Ved behov for endringar i vedtaket skal koordinator sende e-post til forvaltningskontoret, som då endrar vedtaket eller gir tilbakemelding til den som er ansvarlig for å gjere ei vurdering av om vedtaket skal endrast.

#### Tilsette si tilfredsheit med oppfølging frå leiinga

Det går fram av spørjeundersøkinga at fleirtalet av dei tilsette i heimetenesta og sjukeheimstenesta som har svart på undersøkinga, «i stor grad» eller «i nokon grad» opplever at dei får tilstrekkeleg oppfølging av leiinga med omsyn til tenesteutføringa. 17 prosent av dei tilsette opplever dette «i liten grad», medan fire prosent<sup>55</sup> har svart «ikkje i det heile». Sjå Figur 19 nedanfor.

Ser vi på skilnaden mellom heimetenesta og sjukeheimstenesta går det fram at den største prosentdelen i heimetenesta (44 prosent) opplever at dei «i stor grad» får tilstrekkeleg oppfølging, medan 22 prosent har svart at dei «i nokon grad» eller «i liten grad» opplever dette. I nominelle tal utgjer dette 4 personar i kvar gruppe. Seks prosent av dei tilsette i heimetenesta som har svart på spørjeundersøkinga opplever at dei «ikkje i det heile» får tilstrekkeleg oppfølging av leiinga med omsyn til tenesteutføring.<sup>56</sup> Den største prosentdelen i sjukeheimstenesta (43 prosent) opplever at dei «i nokon grad» får tilstrekkeleg oppfølging frå leiinga. 30 prosent av dei tilsette opplever «i stor grad» at dei får tilstrekkeleg oppfølging, medan 13 prosent har svart at dei opplever dette «i liten grad».<sup>57</sup> Det er tre prosent av dei tilsette i sjukeheimstenesta som har svart at dei «ikkje i det heile» opplever at dei får tilstrekkeleg oppfølging frå leiinga med omsyn til tenesteutføring.<sup>58</sup> Sjå figuren nedanfor.

Figur 19: Oppfølging frå leiinga, tenesteutføring, sjukeheimstenesta og heimetenesta.<sup>59</sup>



Når det gjeld leiinga si oppfølging av tilsette med omsyn til fordeling av arbeidsoppgåver, går det fram av spørjeundersøkinga at størstedelen (42 %) av dei tilsette i heimetenesta og sjukeheimstenesta opplever at dei «i nokon grad» får tilstrekkeleg oppfølging. 31 prosent av dei tilsette opplever at dei «i stor grad» får tilstrekkeleg oppfølging av leiinga med omsyn til fordeling av arbeidsoppgåver, medan 17 prosent har svart at dei opplever dette «i liten grad».

<sup>55</sup> Dette tilsvarar to personar.

<sup>56</sup> I tal utgjer dette ein person.

<sup>57</sup> I nominelle tal utgjer dette fire personar.

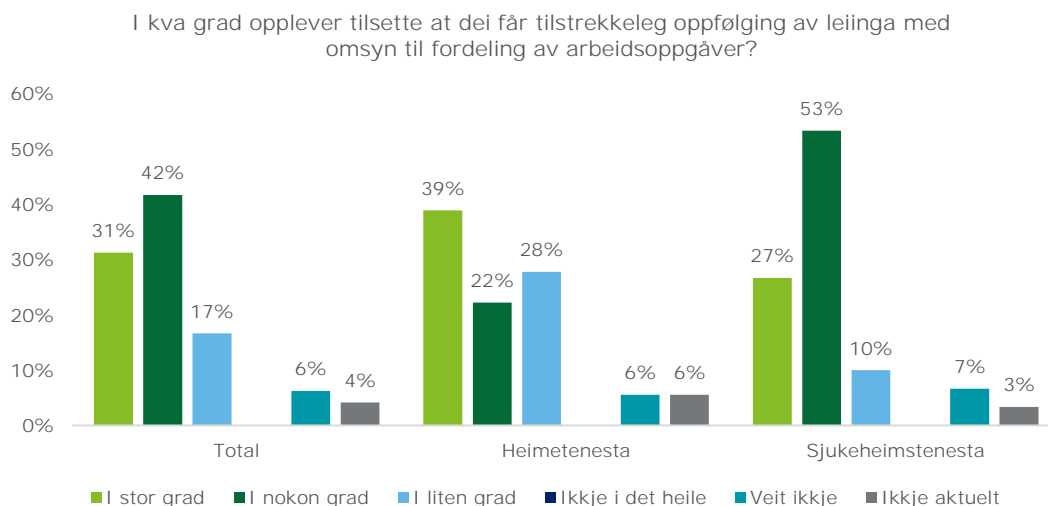
<sup>58</sup> Dette utgjer ein person.

<sup>59</sup> N=48 (total). For eining for heimetenester er N=18. For eining for sjukeheimstenester er N=30.



Ser ein berre på heimetenesta sine svar på dette spørsmålet, går det fram at størstedelen av dei tilsette i heimetenesta (39 prosent) opplever at dei «i stor grad» får tilstrekkeleg oppfølging av leiinga med omsyn til fordeling av arbeidsoppgåver. Vidare er det høvesvis 22 prosent og 28 prosent som opplever at dei «i nokon grad» eller «i liten grad» får tilstrekkeleg oppfølging. I tal utgjer dette fire og fem personar. Det går fram av svara frå dei tilsette i sjukeheimstenesta at fleirtalet (53 prosent) opplever at dei «i nokon grad» får tilstrekkeleg oppfølging frå leiinga med omsyn til fordeling av arbeidsoppgåver, medan 27 prosent opplever at dei får dette «i stor grad». Ti prosent av dei tilsette i sjukeheimstenesta opplever at dei «i liten grad» får tilstrekkeleg oppfølging.<sup>60</sup> Sjå figuren nedanfor.

Figur 20: Oppfølging frå leiinga, arbeidsoppgåver, sjukeheimstenesta og heimetenesta.<sup>61</sup>



I intervju gir tilsettere representantar i heimetenesta uttrykk for at dei tilsette generelt blir tilstrekkeleg følgt opp av leiarar i tenesta. Det blir gitt god informasjon om ulike forhold, mellom anna ved at det blir sendt ut ein fredagsmail som dei tilsette er pålagt å lese. Det blir likevel peika på at det kan vere enkeltpersonar i tenesta som opplever at arbeidskvardagen ikkje i tilstrekkeleg grad er tilrettelagt. Frå representantar for dei tilsette blir det peika på at leiinga prøver å legge til rette for dei tilsette som treng ekstra tilrettelegging, men at dette ikkje alltid fungerer i praksis. Det blir også kommentert at enkelte tilsette kan ha for store forventingar og krav til kor mykje det skal leggjast til rette for dei, med tanke på at ein må sikre at arbeidsoppgåvene samla sett blir utført, og at andre tilsette ikkje i for stor grad får auka belastning.

I intervju blir det vidare vist til at dersom det er enkelttilsette som gir uttrykk for at dei ikkje føler seg trygg på utføringa av ei arbeidsoppgåve, får vedkomande anten opplæring og rettleiing, eller så kan det i enkelte tilfelle bli vurdert som mest føremålstenleg at nokon andre overtek oppgåva.

#### 4.7.2 Vurdering

Undersøkinga viser at det er etablert system og rutinar for å sikre at tilsette har naudsynt kompetanse for å utføre jobben. Dei fleste av dei tilsette som har svart på spørjeundersøkinga, meiner også at dei sjølv har fått tilstrekkeleg opplæring til å kunne gjere vurderingar av brukarane og kva behov dei har. Sjølv om dei fleste opplever å ha fått tilstrekkeleg opplæring, er det også nokre unntak. Revisjonen vil difor presisere viktigheita av at det både i heimetenesta og sjukeheimstenesta er kontinuerleg fokus på å vurdere opplæringsbehov og sikre tilstrekkeleg kompetanse, og at det er fokus på å sikre at tilsette både er medveten viktigheita av å gjere observasjonar og melde frå om moglege endringar i tenestemottakarane sine behov, og har tilstrekkeleg kompetanse til å gjere slike vurderingar. I rettleiar til forskrift om kvalitet og forbetningsarbeid i helse- og omsorgstenesta er det også peikt på viktigheita av å sikre at medarbeidarar har kompetanse i forbetningsarbeid, og at også forbetningskunnskap er eit kompetanseområde som bør inngå i kompetansekartleggingar og -planar. Revisjonen meiner difor at Vaksdal kommune bør gjere ei kartlegging av i kva grad medarbeidarar har tilstrekkeleg kompetanse i forbetningsarbeid, og kva tiltak som eventuelt bør setjast i verk for å auke denne kompetansen.

<sup>60</sup> I tal utgjer dette tre personar.

<sup>61</sup> N=48 (total). For eining for heimetenester er N=18. For eining for sjukeheimstenester er N=30.

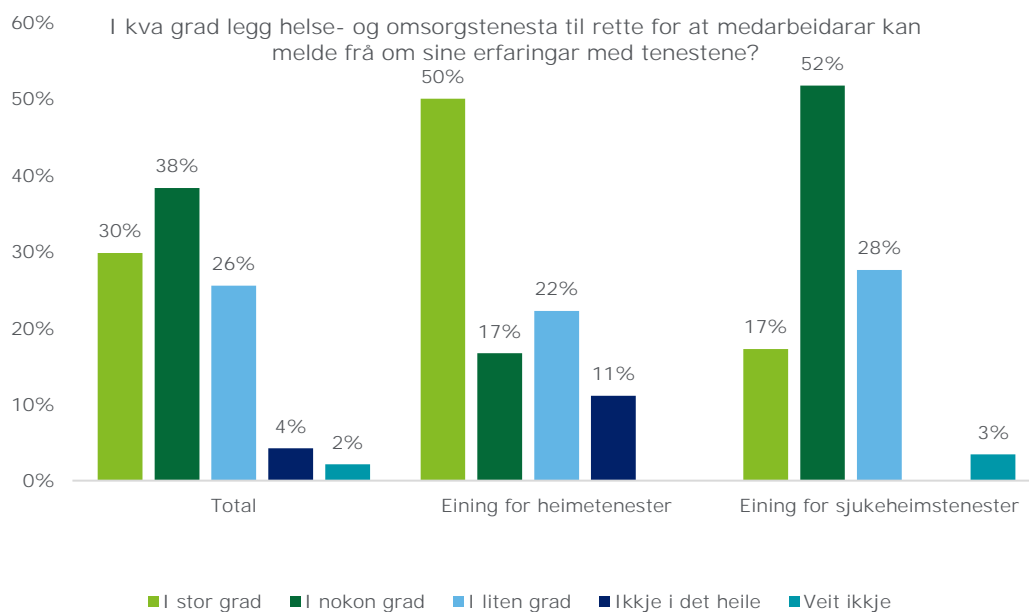
Når det gjeld leiinga si oppfølging av tilsette med omsyn til tenesteutføring og fordeling av arbeidsoppgåver, er det noko større variasjon med omsyn til i kva grad tilsette opplever denne som tilstrekkeleg. Det er etter revisjonen si vurdering viktig at kommunen sikrar at det gjennom både medarbeidersamtalar og meir fortløpande dialog mellom tilsette og deira leiarar er fokus på meistring av arbeidsoppgåver, i kva grad det er behov for rettleiing eller opplæring, samt at arbeidsbelastning og fordeling av arbeidsoppgåver står på agendaen. Samtidig vil revisjonen igjen presisere at det er relativt få tilsette som har svart på spørjeundersøkinga, og at svara difor ikkje er eigna til å seie noko generelt om oppfatningane til alle dei tilsette i helse- og omsorgstenesta. Svara gir likevel indikasjonar på at det er tema og område som det kan vere viktig å gi ytterlegare merksemd, for å sikre ein god arbeidssituasjon for dei tilsette, og gode tenester til tenestemottakarane.

## 4.8 Tilsette si oppleving av moglegheit til medverknad i kvalitetsarbeid

### 4.8.1 Datagrunnlag

Det går fram av spørjeundersøkinga at 30 prosent av dei tilsette i helse- og omsorgstenesta opplever at det «i stor grad» blir lagt til rette for at dei kan melde frå om sine erfaringar med tenestene. Størstedelen av dei tilsette (38 prosent) opplever at dette «i nokon grad» er tilfelle, medan 26 prosent har svart «i liten grad» på dette spørsmålet. Fire prosent av dei tilsette har svart «ikkje i det heile» .<sup>62</sup> Svarfordelinga går fram av figuren nedanfor.

Figur 21: Tilrettelegging for at tilsette kan melde frå om sine erfaringar, sjukeheimstenesta og heimetenesta.<sup>63</sup>



Dersom ein ser på skilnaden mellom heimetenesta og sjukeheimstenesta, går det fram at fleirtalet (50 prosent) i heimetenesta opplever at dei «i stor grad» kan melde frå om sine erfaringar, medan 22 prosent har svart at det «i liten grad» er lagt til rette for dette. I tal utgjer dei som har svart «i liten grad» fire personar. Når det gjeld sjukeheimstenesta så har fleirtalet (52 prosent) av respondentane svart at dei «i nokon grad» opplever at det er tilrettelagt for å dele sine erfaringar med tenestene, medan 28 prosent opplever at det «i liten grad» er lagt til rette for dette. I tal utgjer dette høvesvis 15 og 8 personar. Det er 17 prosent av respondentane i sjukeheimstenesta som har svart at det «i stor grad» er lagt til rette for å melde frå om erfaringar med tenesta. Sjå Figur 21 over.

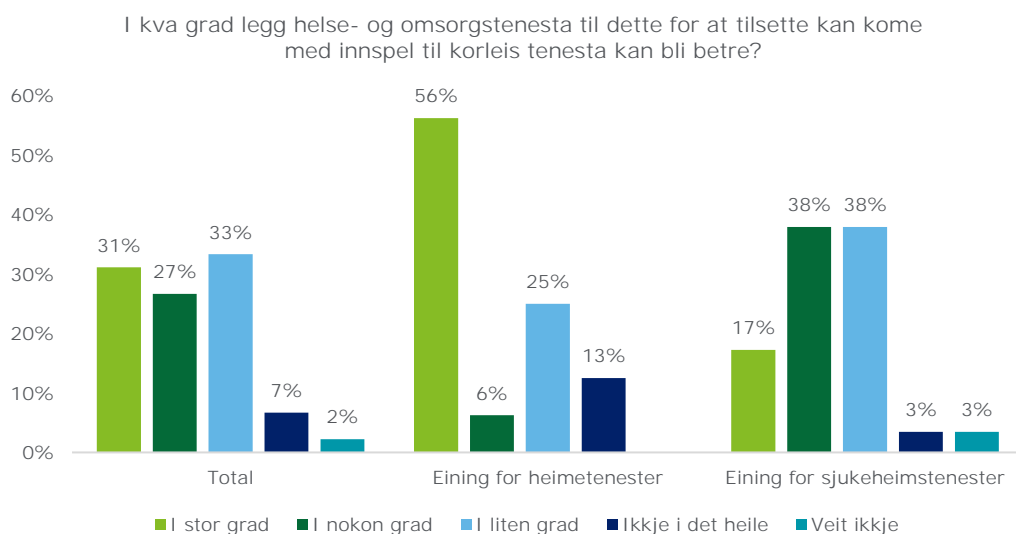
31 prosent av dei tilsette som har svart på undersøkinga opplever at det «i stor grad» er lagt til rette for at dei kan kome med innspel til korleis tenestene kan bli betre, medan 27 prosent opplever at det er lagt til rette for dette «i nokon grad». Størstedelen (33 prosent) av dei tilsette har svart at dei «i liten grad» opplever at

<sup>62</sup> Dette tilsvarer to personar.

<sup>63</sup> N=47 (total). For eining for heimetenester er N=18. For eining for sjukeheimstenester er N=29.

det er lagt til rette for at medarbeidarane kan kome med innspel til korleis tenesta kan bli betre. Det er også sju prosent som har svart «ikkje i det heile» på dette spørsmålet.<sup>64</sup> Sjå figuren nedanfor.

Figur 22: Tilrettelegging for at tilsette kan gi innspel til korleis tenesta kan bli betre, sjukeheimstenesta og heimetenesta.<sup>65</sup>



Om vi ser på skilnaden i svara frå heimetenesta og sjukeheimstenesta går det fram at fleirtalet (56 prosent) i heimetenesta meiner at det «i stor grad» er lagt til rette for å komme med innspel til betring av tenesta, medan 25 prosent av dei som har svart på undersøkinga i heimetenesta meiner det «i liten grad» er lagt til rette for dette.<sup>66</sup> 13 prosent av respondentane i heimetenesta, som tilsvare to personar, har svart at det «ikkje i det heile» er lagt til rette for å kome med innspel til korleis tenesta kan bli betre. Når det gjeld sjukeheimstenesta går det fram av svara frå spørjeundersøkinga at 17 prosent i sjukeheimstenesta har svart at det «i stor grad» er lagt til rette for å kome med innspel til betring av tenestene. 38 prosent av dei tilsette har svart at dei opplever at dette «i nokon grad» er tilfelle, og ein like stor prosentdel har svart «i liten grad». I tal utgjer dette 11 personar i kvar gruppe. Sjå Figur 22 over.

#### 4.8.2 Vurdering

Det varierer i kva grad tilsette opplever at det er lagt til rette for at dei kan gi tilbakemelding om sine erfaringar med tenestene, og kome med innspel til betring av tenestene. Basert på svara i spørjeundersøkinga meiner tilsette i heimetenesta i større grad enn tilsette i sjukeheimstenesta at det er lagt til rette for tilsette si medverking i kvalitetsarbeidet. Også her vil revisjonen presisere at svara i spørjeundersøkinga må tolkast med varsamheit, grunna lågt tal respondentar.

Som del av arbeidet med kvalitetsforbetring skal den ansvarlege for verksemda sørge for at verksemda sine medarbeidarar medverker slik at samla kunnskap og erfaring blir utnytta. I rettleiar til forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta er det presisert at det er avgjerande at medarbeidarane blir aktivt involvert, og at det ofte er dei tilsette som har dei beste forslaga til tiltak som kan føre til betring av verksemda. Vidare er det i rettleiaren påpeikt at det er viktig at det blir lagt til rette for, og oppmuntra om at medarbeidarar skal gje tilbakemeldingar om svikt og moglege forbetringsområde. Basert på svara frå dei tilsette i spørjeundersøkinga, er det ein god del tilsette i helse- og omsorgstenesta i Vaksdal kommune som ikkje opplever at det er lagt til rette for denne typen medverknad, og revisjonen vil difor presisere viktigheita av at kommunen gjennomgår sine rutinar for å involvere tilsette i forbetringsarbeidet i tenestene, og vurderer kva tiltak som kan setjast i verk for å leggje ytterlegare til rette for at tilsette kan melde frå om sine erfaringar med tenestene, og kome med innspel til forbetring. Som omtala også i avsnitt 3.5 i rapporten, er det etablert ulike system og rutinar for å sikre medverknad frå tilsette, men det bør gjennomførast evalueringar av korleis

<sup>64</sup> Dette tilsvare 3 personar.

<sup>65</sup> N=45 (total). For eining for heimetenester er N=16. For eining for sjukeheimstenester er N=29.

<sup>66</sup> I tal utgjer dette fire personar.

desse fungerer, og basert på slike evalueringar vurderast behov for eventuelle justeringar og ytterlegare rutinar for medverknad.

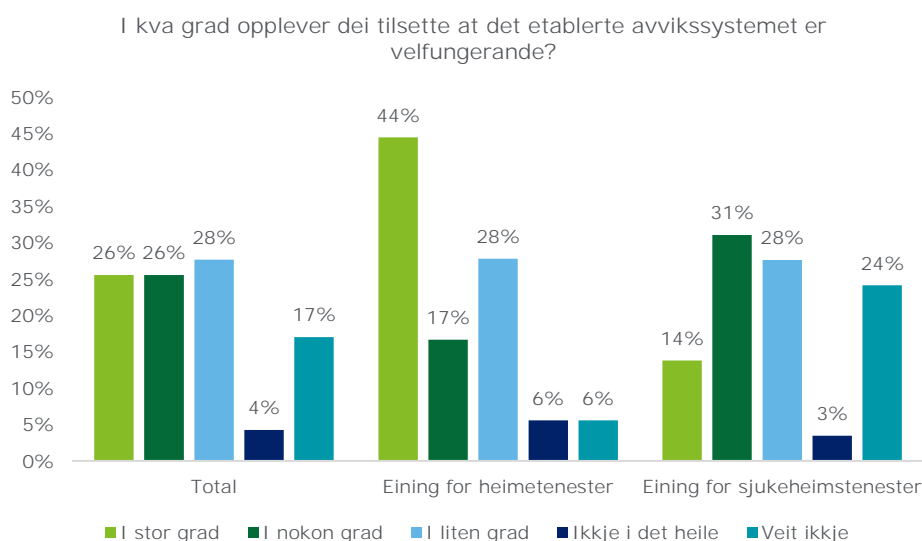
## 4.9 Tilsette si oppfatning av om avvikssystemet er velfungerande

### 4.9.1 Datagrunnlag

Det går fram av spørjeundersøkinga at 26 prosent av dei tilsette har svart at dei «i stor grad» eller «i nokon grad» opplever at det er etablert eit velfungerande avvikssystem. Størstedelen av dei tilsette (28 prosent) opplever imidlertid at det etablerte avvikssystemet «i liten grad» er velfungerande.<sup>67</sup> Det er også ein relativt stor prosentdel som har svart at dei ikkje veit om avvikssystemet er velfungerande. Sjå Figur 23 nedanfor.

Om vi skil mellom svara frå heimetenesta og sjukeheimstenesta, ser vi av figuren nedanfor at det er ganske store forskjellar. Størstedelen (44 prosent) av dei tilsette i heimetenesta som har svart på undersøkinga opplever at det «i stor grad» er etablert eit velfungerande avvikssystem. Det er 28 prosent av dei tilsette i heimetenesta som har svart at avvikssystemet «i liten grad» er velfungerande, medan 17 prosent har svart at det er velfungerande «i nokon grad». I tal utgjer dette høvesvis fem og tre personar. Ein person, tilsvarende seks prosent av respondentane i heimetenesta, har svart at avvikssystemet «ikkje i det heile» er velfungerande. Når det gjeld sjukeheimstenesta går det fram av spørjeundersøkinga at 14 prosent av dei tilsette i sjukeheimstenesta har svart at avvikssystemet «i stor grad» er velfungerande. Vidare meiner den største prosentdelen av dei tilsette (31 prosent) at avvikssystemet «i nokon grad» er velfungerande, medan 28 prosent opplever at det «i liten grad» er velfungerande.<sup>68</sup> Sjå figuren nedanfor for detaljert svarfordeling.

Figur 23: Avvikssystem, sjukeheimstenesta og heimetenesta.<sup>69</sup>



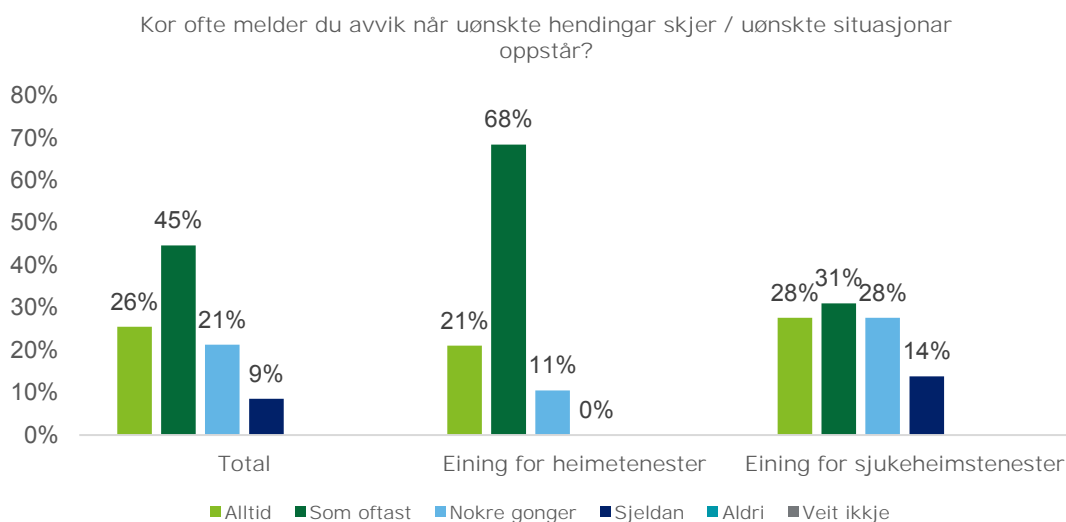
I spørjeundersøkinga blei dei tilsette også spurt om kor ofte dei melder avvik når uønskete situasjonar oppstår. Av Figur 24 nedanfor går det fram at den største prosentdelen har svart at dei «som oftast» melder avvik i slike situasjonar (totalt 45 %). Vidare går det fram at prosentdelen som har svart «nokre gonger» eller «sjeldan» er betydeleg større i sjukeheimstenesta enn i heimetenesta. Det er ingen, verken i heimetenesta eller i sjukeheimstenesta, som har svart «aldri» på spørsmålet.

<sup>67</sup> I tal utgjer dette 13 personar.

<sup>68</sup> I tal utgjer dei som har svart «i liten grad» 8 personar.

<sup>69</sup> N=47 (total). For eining for heimetenester er N=18, For eining for sjukeheimstenester er N=29.

Figur 24: Kor ofte tilsette melder avvik, heimetenesta og sjukeheimstenesta.<sup>70</sup>



Dei som har svart at dei ikkje alltid melder avvik når uønskete situasjonar oppstår blei bedt om å gi informasjon om årsakar til dette i eit fritekstfelt. Fleire har gitt tilbakemelding om at dette har med for lita tid eller tidspress å gjere. Andre årsakar som blir oppgitt av enkelte er knytt til at ein ikkje ønskjer å klage på kollegaer, at ein er usikre på kva som skal meldast og at ein opplever at avvik ikkje blir følgt opp av leiinga. Enkelte peiker også på at ein burde hatt eit digitalt avvikssystem.

I intervju blir det opplyst at avviksrutinane er dei same i sjukeheimstenesta og i heimetenesta, og at det er utarbeidd skjema som skal nyttast til å registrere ulike typar avvik. Vidare blir det opplyst at i det nye kvalitetssystemet som er under implementering i kommunen vil det bli lagt til rette for elektronisk registrering av avvik. Avvik skal då kunne meldast inn via ein app.

I intervju både med representantar for leiinga og dei tilsette blir det vist til at det er ei underrapportering av avvik i sjukeheimstenesta. Frå tilsettere representantar blir det peikt på at tilsette i sjukeheimstilsette ikkje er flinke nok til å melde avvik, sjølv om dei har fått opplæring i dette. Det blir kommentert at tilsette i ein del tilfelle kan vere usikre på kva som utgjør eit avvik, og at dei er flinke til å skrive medisinske avvik, men at andre avvik er meir utfordrande. Representantar for dei tilsette opplyser også at avviksmeldingar ofte er tema i avdelingsmøte, men at det ikkje i tilstrekkeleg grad blir tydeleggjort kva som blir gjort med dei avvika som blir meldt inn. Det blir også kommentert at den som registrer avviket ikkje får tilbakemelding om kva som er gjort vidare med saka.

Det går vidare fram av intervju at problematikken rundt avviksrapportering blir tatt opp på nesten kvart personalmøte i sjukeheimstenesta. Her har det mellom anna blitt presisert kor viktig avviksmeldingane er i kvalitetsarbeidet, og det har blitt sett fokus på kva som utgjør eit avvik. Likevel har ikkje sjukeheimstenesta klart å få etablert ein tilsvarande avviskultur som i heimetenesta, blir det opplyst. Det går fram av intervju at ein i heimetenesta har klart å skape ein god kultur for å melde avvik, og at dette blir gjort systematisk. Det blir informert om at forståinga av kva som utgjør eit avvik blant dei tilsette i heimetenesta ofte blir diskutert, og dei tilsette har ei klar forståing av dette. Det blir likevel peika på at vikarar til tider ikkje er like flinke til å melde avvik som dei faste tilsette. Avviksstatistikken blir diskutert i personalmøte, og blir informert om i fredagsmail.

Det går vidare fram av spørjeundersøkinga at 22 prosent av dei tilsette meiner at meldte avvik «i stor grad» blir følgt opp og handtert på ein god måte. Den største prosentdelen av dei tilsette i helse- og omsorgstenesta (48 prosent) opplever imidlertid at meldte avvik «i nokon grad» blir handtert på ein god måte, og høvesvis 17 prosent og sju prosent meiner at oppfølginga «i liten grad» eller «ikkje i det heile» er god.<sup>71</sup> Sjå Figur 25 nedanfor.

Av Figur 25 går det vidare fram at tilsette i heimetenesta er meir positive til oppfølginga og handteringa av meldte avvik enn tilsette i sjukeheimstenesta. I heimetenesta har 29 prosent svart at dei «i stor grad»

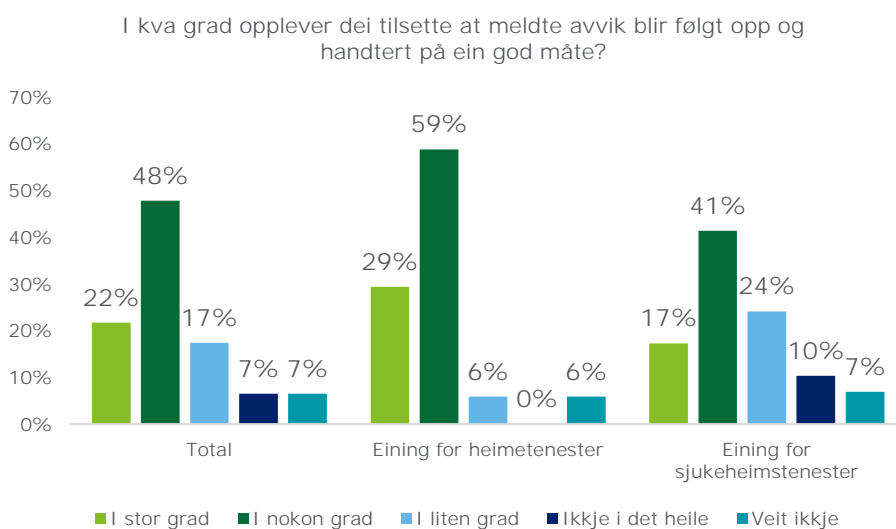
<sup>70</sup> N=48 (total). For eining for heimetenester er N=19, For eining for sjukeheimstenester er N=29.

<sup>71</sup> Dette tilsvarar høvesvis åtte og tre respondentar.

opplever at oppfølginga og handteringa av avvik er god, medan fleirtalet (59 prosent) har svart at avviksoppfølginga «i nokon grad» er god.

I sjukeheimstenesta meiner også størstedelen av dei tilsette (41 prosent) at avviksoppfølginga «i nokon grad» er god, men det er ein større prosentdel av dei tilsette (24 prosent) samanlikna med heimetenesta som meiner at avviksoppfølginga «i liten grad» er god. I tal utgjør dei tilsette i sjukeheimstenesta som har svart «i liten grad» sju personar. Sjå figuren nedanfor.

Figur 25: Oppfølging av avvik, sjukeheimstenesta og heimetenesta.<sup>72</sup>



I intervju blir det opplyst at avdelingsleiar har ansvar for å gi den som melder avvik tilbakemelding om handsaminga av avviket. Dette fungerer ikkje optimalt i dag, blir det kommentert, men det er forventningar om at det vil bli betre når det digitale verktøyet kjem på plass i samband med nytt kvalitetssystem. I eit digitalt system vil det vere ein systematikk i at den som melder avvik får tilbakemelding om handsaminga av avviket.

#### 4.9.2 Vurdering

Undersøkinga viser at det varierer i kva grad tilsette innanfor helse og omsorg opplever at det etablerte avvikssystemet er føremålstenleg og velfungerande med tanke på å melde frå om og handtere avvik. Til tross for at avvikssystemet er det same i heimetenesta og i sjukeheimstenesta, opplever tilsette i heimetenesta i betydeleg større grad enn tilsette i sjukeheimstenesta at avvikssystemet er velfungerande. Dette blir også reflektert gjennom at det i større grad blir meldt avvik i heimetenesta enn i sjukeheimstenesta.

Av rettleiar til forskrift om leining og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta går det fram at «[e]n godt innarbeidet kultur og et system for at medarbeidere melder i fra om uønskede hendelser er en forutsetning for å avdekke og forebygge avvik.»<sup>73</sup> Avviksmeldingar er med andre ord ein sentral del av kvalitetssystemet, og revisjonen vil difor presisere viktigeita av at Vaksdal kommune sett i verk tiltak for å sikre at alle tilsette har forståing for viktigeita av å melde frå om uønskete hendingar, og at avvik blir systematisk meldt frå om og følgt opp. Oppfølginga av avvik, og informasjon om korleis registrerte avvik blir følgt opp og nytta i kvalitetsarbeidet, er viktig for å etablere ei felles forståing for viktigeita av å melde frå om uønskete hendingar, og revisjonen meiner difor det er viktig å sikre at tilsette i tilstrekkeleg grad blir involvert i og informert om desse prosessane.

<sup>72</sup> N=46 (total). For eining for heimetenester er N=17. For eining for sjukeheimstenester er N=29.

<sup>73</sup> Helsedirektoratet: Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. IS-IS-2620. Sist oppdatert 13.6.2017. Side 23.

# 5. Analyser av område med risiko for svikt eller manglar

## 5.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgjande hovudproblemstilling med underproblemstillingar:

*I kva grad blir det gjennomført analyser for å skaffe oversikt over område der det er fare for svikt eller mangel på oppfylting av krav til tenestene?*

Under dette:

- I kva grad blir det gjort analyser av risiko og sårbarheit innanfor tenestene?
- I kva grad omfattar eventuelle risikoanalyser alle sider ved verksemda, under dette både knytt til tenesteutøving, personalmessige forhold, lokale mv.?
- I kva grad blir avviksmeldingar nytta i samband med risikovurderingar?
- I kva grad er det etablert system for iverksetting av risikoreducerande tiltak i tilfelle der det blir vurdert å vere uønskte risikoar?

## 5.2 Revisjonskriterium

I forskrift om leing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta går kravet om styringssystem i kommunale helse- og omsorgstenester fram. I § 4 er styringssystem for helse- og omsorgstenester definert som den del av verksemda si styring som omfattar korleis verksemda sine aktivitetar blir planlagt, gjennomført, evaluert og korrigert i samsvar med krav fastsatt i helse- og omsorgslovgivinga.

Det går fram av forskrifta § 6 bokstav d at kommunen mellom anna pliktar å

(...) ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangler på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten.

I rettleiar frå Helsedirektoratet<sup>74</sup> går det fram at risikovurderingar bør gjennomførast som ein kontinuerleg prosess, og det blir anbefalt at den følgjer ein kjent standard. Ifølgje rettleiaren kan pasientar, brukarar, pårørande og medarbeidarar kunne bidra med verdfull kjennskap til risikoar, og deira erfaringar og innspel bør systematisk etterspørrast og nyttast. Blant relevante interne dokument i samband med risikovurderingar listar rettleiaren mellom anna opp resultat frå avvikssystemet, rutinar for risiko- og sårbarheitsanalyse, rutinar for risikogjennomgangar til dømes i personalmøte, målingar av pasientskade, analyse av hendingar, tilbakemeldingar frå pasientar, brukarar og pårørande, mv. Tilsynsrapportar er blant dei dokumenta som blir nemnt som døme på relevant ekstern informasjon.

I rettleiaren frå Helsedirektoratet blir det, under skildring av analyser av risiko- og sårbarheit også presisert at «systematisk oversikt over risikoområder og områder med fare for mangelfull etterlevelse eller behov for forbedringer, forutsetter systematiske gjennomganger av virksomhetens tjenester og resultater.»<sup>75</sup>

Vidare skal kommunen ifølgje forskrift om leing og kvalitetsforbetring § 6 bokstav e «planlegge hvordan risiko (...) kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og

---

<sup>74</sup> Helsedirektoratet: Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. IS-IS-2620. Sist oppdatert 13.6.2017.

<sup>75</sup> Ibid, side 17.

eksternt.»<sup>76</sup> I rettleiaren frå Helsedirektoratet blir det peikt på at føresegna i praksis inneber at det må føretakast ein gjennomgang av verksemda sine tenester og resultat «for å finne frem til de aktiviteter eller prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk.» Ulike område bør prioriterast, og ein plan for minimering av risiko bør innehalde mål, tiltak, ansvarsfordeling og tidsplan. Også oppfølging av risiko bør vere ein kontinuerleg prosess i verksemda, ifølgje rettleiaren.

Sjå vedlegg 2 for utfyllande revisjonskriterium.

### 5.3 Datagrunnlag<sup>77</sup>

Det føreligg ei heilskapleg ROS-analyse for Vaksdal kommune, datert 19.2.2015.<sup>78</sup> Analysearket viser oversikt over 70 uønskete hendingar. Desse omfattar i stor grad overordna forhold som er relevante for heile kommunen, til dømes samanbrot i IKT, brann, ulukker, korrupsjon, innbrot på rådhuset, ras og ekstremver, men også hendingar som meir spesifikt vedkjem helse- og omsorgstenesta, som feil behandling/medisinering, kommunikasjonssvikt vedrørande brukarar, og pasient/brukar som blir borte frå institusjon. Kvar hending er detaljert omtalt i ROS-analysen, med skildring av kva hendinga kan omfatte, ulike moglege årsaker til hendinga, identifiserte eksisterande tiltak, vurdering av sårbarheit, konsekvensvurdering, samt forslag til førebyggjande og avhjelpande tiltak. Ansvarleg eller frist for gjennomføring av tiltak går ikkje fram.

I tillegg har kommunen ein plan for helsemessig og sosial beredskap, som er utarbeidd av kommuneoverlegen, og sist blei oppdatert i 2013.<sup>79</sup> Føremålet med denne er å «sikre tilstrekkeleg beredskap for å verne folks liv og helse og å sikre nødvendig helsehjelp og sosiale tenester ved kriser, katastrofar og krig.»<sup>80</sup>

I tillegg føreligg det enkelte døme på ROS-analyse, SWOT-analyse eller liknande vurderingar for spesifikke situasjonar eller arbeidsoppgåver. Det blir opplyst at slike analyser og vurderingar til dømes kan omhandle avvikling av sommarferie, tal nattevakter på jobb, risiko knytt til mangelfull opplæring eller spesielle hendingar som ras og stengde vegar. Det blir samtidig presisert at slike vurderingar ikkje alltid blir gjort skriftleg, og difor ikkje alltid kan dokumenterast. Det føreligg mellom anna dokumentasjon på «Beredskap i høve ekstremveret Tor», «SWOT analyse tenesteproduksjon/flyt mellom korttidsavdelinga og folkehelse og familie v/ergoterapi»<sup>81</sup> og «prosedyre nattpatrulje»<sup>82</sup>.

Heimetenesta har ein årsplan for kartlegging og risikovurdering for 2015.<sup>83</sup> Her blir det vist til at det i slutten av 2014 blei gjennomført ein overordna ROS-analyse som omfatta alle delar av kommunen. Det blir vist til at det tidleg i 2015 kom ein rapport med tiltak, og at det ut ifrå denne skal utførast ROS-analysar på dei ulike avdelingane. Årsplanen viser oversikt over tiltak for heimetenesta månad for månad, dato for gjennomføring av tiltak og kven som er ansvarleg for tiltaket. I mars 2015 står til dømes følgjande tiltak: «ROS-analyse i Heimetenesta og vurdering av evt. nye rutiner og tiltak.» Følgjande tidspunkt er sett opp: «Fyrste møte 11.03: leiingar, tillitsvalgt og verneombod. Ferdig seinast 01.06.15.» Einingsleiar er definert som ansvarleg. Andre tiltak er å gjennomføre medarbeidarundersøking, gjennomføre vernerunde, samt lage handlingsplanar knytt til desse. Status for gjennomføring går ikkje fram for nokre av aktivitetane i årsplanen. Av anna dokumentasjon går det likevel fram at det føreligg resultat og handlingsplanar knytt til dømes til medarbeidarundersøking, men det føreligg ikkje dokumentasjon på at det er gjennomført ei heilskapleg ROS-analyse for heimetenesta, med tilhøyrande handlingsplan. Det føreligg etter det revisjonen er kjent med ikkje tilsvarande plan for risikovurderingar for påfølgjande år, eller for sjukeheimstenesta.

---

<sup>76</sup> Ibid, side 20.

<sup>77</sup> I dette delkapitlet vil alle underproblemstillingar bli svart på samla: 1) *I kva grad blir det gjort analyser av risiko og sårbarheit innanfor tenestene?*, 2) *I kva grad omfattar eventuelle risikoanalyser alle sider ved verksemda, under dette både knytt til tenesteutøving, personalmessige forhold, lokale mv.?*, 3) *I kva grad blir avviksmeldingar nytta i samband med risikovurderingar?* og 4) *I kva grad er det etablert system for iverksetting av risikoreduserande tiltak i tilfelle der det blir vurdert å vere uønskete risikoar?*

<sup>78</sup> Vaksdal kommune: *Analyseark heilskapleg ROS-analyse Vaksdal kommune 19.02.2015.*

<sup>79</sup> Vaksdal kommune: *Plan for helsemessig og sosial beredskap.* 2004. Sist revidert i august 2013.

<sup>80</sup> Ibid, side 2.

<sup>81</sup> Ikkje datert. Det framgår heller ikkje kven som har tatt del i utarbeidinga av analysen eller kva informasjon som er lagt til grunn. Styrker og svakheter går fram, men det går ikkje fram tiltak, ansvarleg eller tidsplan.

<sup>82</sup> Rutine som skildrar sentrale mål, nokre utfordringar og tiltak. Ikkje utarbeidd som systematisk risikoanalyse. Går ikkje fram kva tid den er utarbeidd, av kven, eller kva kjelder som er lagt til grunn.

<sup>83</sup> Vaksdal kommune: *Årsplan for kartlegginger og risikovurderingar i heimesjukepleien 2015.*



Det blir opplyst i intervju at kommunen over nokre år har arbeidd med å gjere risikovurderingar meir strukturerte, og finne eit føremålstenleg verktøy som kan nyttast i denne samanheng. Det er gitt opplæring i korleis ein skal vurdere risiko og eit enkelt verktøy er i bruk. Eit digitalt verktøy for risikovurderingar vil vere ein del av kvalitetssystemet som snart skal innførast i kommunen. Det blir vidare opplyst om at det blir gjort ei rekkje ulike risikovurderingar innanfor helse- og omsorgstenesta, men at ein god del av desse ikkje er skriftleggjorte. Alle slike risikovurderingar vil bli omfatta av nye system og rutinar som følgjer av nytt kvalitetssystem.

I intervju blir det særleg peikt på at ein har arbeidd med risikovurderingar knytt til forhold som ras og ekstremver. Det blir også vist til at AMU for ei tid tilbake initierte ein prosess i heimetenesta som bedriftshelsetenesta har hatt ansvar for. Bakgrunnen var høgt sjukefråvær over tid, og det har blitt arrangert ein del samlingar og kartleggingar, iverksett tiltak og deretter ny kartlegging. Det føreligg etter det revisjonen er kjent med ikkje ferdig rapport etter denne prosessen.

I sjukeheimstenesta blir det peikt på at det også blir gjort risikovurderingar knytt til utføring av daglege arbeidsoppgåver. Til dømes risiko for fall hos tenestemottakar. Slike risikovurderingar blir gjort for kvar einskild pasient, og det blir for kvar pasient vurdert om det er behov for å endre rutinar, pleieplan mv. Det blir også opplyst i intervju at det jamleg blir vurdert risiko opp mot bruk av vikarar, inkludert innleige frå bemanningsbyrå. Det blir kommentert at det er ein viss risiko knytt til kompetanse, manglande erfaring, språkvanskar og liknande ved bruk av vikarar. Denne risikoen blir redusert gjennom avtaler og krav til leverandørar. Samtidig blir det presisert i intervju at risikoen ved å *ikkje* hente inn vikarar er større enn risikoen som følgjer av bruk av vikarar.

I samband med rådmannen sin årskontroll skal einingsleiar gjennom å fylle ut eit internkontrollskjema rapportere på ei rekkje forhold som ikkje inngår i øvrig rapportering gjennom året. Revisjonen har motteke utfylte skjema med rapportering for 2016 for høvesvis heimetenesta og sjukeheimstenesta. I skjemaet blir det rapportert på ei rekkje spørsmål/moment knytt til følgjande tema: verdigrunnlag, etikk, styring, tenesteyting, saksbehandling/myndighetsutøving, personalforvaltning, økonomiforvaltning og IKT. Det skal rapporterast status for ei rekkje undertema, og i tillegg er det egne kollarer der ein for kvart undertema kan opplyse om det er gjort risikovurdering som omfattar temaet, kva risikoar som er avdekka, tiltak som skal setjast i verk og frist for tiltak. For sjukeheimstenesta er det i rapportering for 2016 ikkje opplyst om risikovurderingar eller avdekte risikoar innanfor nokre tema. For heimetenesta er det opplyst om at det er gjennomført enkelte vurderingar av risiko knytt til organisering (styring), beredskap, internkontroll (sikre regeletterleving), dokumentasjon og lønsdata. Under risiko knytt til organisering, er det opplyst at det har blitt gjort analyser av enkelte avvik. Vidare går det fram at tiltak i form av å endre organiseringa slik at ein får høgere leiartettleik, vil bli sett i verk i løpet av 2017. Knytt til brukarmedverknad går det også fram at tenesta i løpet av 2017/18 skal kome i gang med gjennomføring av systematiske brukarundersøkingar, og under eit punkt om internkontroll blir det peikt på utfordringar med at rutinar ikkje blir systematisk oppdaterte. Her blir det peikt på innføring av nytt system i løpet av 2017, og at avviksrapporteringar skal nyttast som grunnlag for endringar i rutinar.

Det blir opplyst i intervju at avviksmeldingar generelt blir analyserte for å vurdere om dei er systematiske, og om det er behov for endring av system og rutinar. Dei fungerer slik som ein sentral del av grunnlaget for risikovurderingar i helse- og omsorgstenesta. Det blir også peikt på at det er eit generelt ønskje om at det blir meldt fleire avvik, sidan ein per i dag opplever at det er ei underrapportering av avvik, særleg i sjukeheimstenesta. Avvik blir opplyst å vere eit hyppig tema både i personalmøte i einingane, og i rådmannen sine møte med einingsleiarar og avdelingsleiarar. Avviksrapportar som går på arbeidssituasjonen blir sendt til AMU.

I intervju blir det vist til at det er sett i verk enkelte tiltak basert på rapporterte avvik. Her føreligg det imidlertid ikkje dokumenterte risikovurderingar med tilhøyrande tiltak og gjennomføringsplan. Det kjem i intervju og spørjeundersøking fram ulike oppfatningar om i kva grad avvik blir følgt opp med konkrete endringar. Enkelte tilsette gir uttrykk for at det nyttar å melde avvik, og at ein kan sjå konkrete endringar i bemanning og rutinar som følgjer av meldte avvik, medan andre opplever at det ikkje nyttar å melde avvik fordi ein opplever at avvik ikkje blir følgt opp. I avsnitt 3.5.1 og 4.9.1 i rapporten er rutinar og praksis for melding og oppfølging av avvik ytterlegare skildra.

## 5.4 Vurdering

Det føreligg dokumentasjon på at det i 2014/2015 blei gjennomført ei heilskapleg ROS-analyse i Vaksdal kommune, som også omfatta ei rekkje forhold som er relevante for helse- og omsorgstenesta. Det er vidare dokumentert at det er gjort enkelte vurderingar av risikoar både knytt til tenesteutøving og tilsette sin arbeidssituasjon. Også lokalt i einingane blir det opplyst om og lagt fram dokumentasjon på enkelte risikovurderingar. Blant dei nyare, dokumenterte risikovurderingane som føreligg, er det i stor grad fokus på hendingar som ligg utanfor kommunen sin kontroll, som ras, ekstremver med påfølgjande straumbrot mv., kva risiko slike hendingar medfører, og korleis ein i størst mogleg grad kan redusere denne risikoen.

Sjølv om det føreligg både ei omfattande ROS-analyse og ein del andre risikoanalysar, er det revisjonen si vurdering at kommunen i større grad bør systematisere arbeidet med risikovurderingar. Dette for å sikre at det blir gjort systematiske gjennomgangar av verksemda sine tenester og resultat, og slik identifisert aktivitetar eller prosessar der det er fare for svikt eller brot på regelverk. Det er også viktig at risikovurderingar blir gjort som ein kontinuerleg prosess, og blir ein sentral og naturleg del av kvalitetsarbeidet. Leiinga må sikre at tilbakemeldingar frå både tenestemottakarar, pårørande og medarbeidarar blir nytta som grunnlag for risikovurderingar, og revisjonen meiner det vidare arbeidet med å etablere rutinar for brukarundersøkingar er viktig i denne samanheng. Revisjonen vil også presisere viktigheita av å arbeide vidare for å etablere ein god avvikskultur i alle delar av helse- og omsorgstenesta.

Det er etter revisjonen si vurdering viktig at risikovurderingar med tilhøyrande risikoreduserande tiltak, ansvarlig og frist for gjennomføring blir skriftleggjort. Auka grad av skriftleggjering vil sikre at prosessane blir tydelegare og vil også gje betre grunnlag for å følgje med på i kva grad risikoreduserande tiltak blir sett i verk i samsvar med planen.

Det er positivt at fleire viser til at det gjennom nytt kvalitetssystem vil bli lagt betre til rette for systematiske og dokumenterte risikovurderingar. Det er etter revisjonen si vurdering viktig at helse- og omsorgstenesta tar aktivt i bruk dei verktøy for risikovurderingar som er tilgjengelege gjennom kvalitetssystemet, og at einingane ved behov får støtte i gjennomføringa av risikovurderingar. Vidare meiner revisjonen det er viktig at kommunen etter noko tid evaluerer arbeidet med risikovurderingar, og vurderer om dette fungerer på føremålstenleg vis og i samsvar med krav og anbefalingar i forskrift om leing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta med tilhøyrande rettleingsmateriell.

# 6. Oppfølging av internkontrollen

## 6.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgjande hovudproblemstilling med underproblemstillingar:

*I kva grad følgjer leiinga innanfor helse- og omsorgstenestene opp korleis internkontrollen fungerer i verksemdene?*

Under dette:

- I kva grad har kommunen etablert eit system for å utvikle, kontrollere, evaluere og justere prosedyrane som skal sikre etterleving av helse- og omsorgslovgevinga?
- I kva grad blir måloppnåing, regeletterleving og krav til kvalitet følgt opp av leiinga?
- I kva grad er det system for å gjennomføre eigenkontrollar av tenestene?

## 6.2 Revisjonskriterium

Av forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta § 7 bokstav c går det mellom anna fram at verksemda plikter å

(...) utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjer og rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgevingen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systemstia arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

I rettleiar frå Helsedirektoratet er det peikt på at det i stor grad er opp til verksemda sjølv å vurdere kva faglege og administrative rutinar som er naudsynte. Det er vidare vist til viktigheita av å kople vurderingar av kva rutinar og prosedyrar som er naudsynte opp mot systema for å avdekke og ha oversikt over risiko, svikt, uønskte hendingar og forbetningsområde.

Gjennom forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta er verksemda også pålagt å evaluere sine aktivitetar: «Kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres.»<sup>84</sup> I rettleiar til forskrifta frå Helsedirektoratet går det fram at denne plikta til dømes kan omfatte at den ansvarlege for verksemda må etterspørre status, følgje med på målingar og resultat og sikre at fristar blir etterlevd. Målingar, rapportering, praksisbesøk og systematiske gjennomgangar blir nemnd som døme på verkemiddel som kan nyttast, og oversikter og meldingar om avvik, klager, sjekklister for intern gjennomgang, rutinar for regelmessig gjennomgang, ulike prosedyrar og instruksar blir vist til som relevante dokument.

Vidare er leiinga for verksemda ifølgje forskrifta ansvarleg for å vurdere effektar av gjennomførte aktivitetar, og at iverksette tiltak blir evaluert. Sistenemnde krav inneber mellom anna ei vurdering av om rutinar er i samsvar med regelverket, og om dei er kjent, forstått og blir følgt i praksis. Det kan til dømes gjennomførast målingar, eigenkontrollar, stikkprøvegjennomgangar, samt at medarbeidarar løpande kan bli spurt korleis tiltak fungerer.<sup>85</sup> Ved behov må det setjast i gang tiltak til forbetring.

Ifølgje forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta § 8 bokstav f har leiinga også ansvar for det som gjerne blir kalla for «leiinga sin gjennomgang»:

---

<sup>84</sup> Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta, § 8 bokstav a.

<sup>85</sup> Helsedirektoratet: Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. IS-IS-2620. Sist oppdatert 13.6.2017.

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

Ifølgje rettleiaren frå Helsedirektoratet inneber ein slik gjennomgang gjerne å framskaffe og samanfatte informasjon og resultat for verksemda, gjennomføre eit møte der leiinga går gjennom nemnde informasjon og vurderer behov for endringar, samt sikrar at naudsynte endringar blir implementert. Eit føremål med leiinga sin gjennomgang er å undersøke om ønska mål og resultat blir oppnådd, om regelverket blir etterlevd og om styringssystemet fungerer som føreset.

Sjå vedlegg 2 for utfyllande revisjonskriterium.

## 6.3 Datagrunnlag<sup>86</sup>

### 6.3.1 Utarbeiding, evaluering og justering av prosedyrar

Revisjonen har fått tilsendt innholdslista til Vaksdal kommune sitt dokument som viser oversikt over rutinar for helse- og omsorgstenesta.<sup>87</sup> I intervju går det fram at rutinar og prosedyrar for tenesta ikkje er samla på ein plass eller i eitt system. Det blir peikt på at eit viktig system, der ei rekkje sjukepleieprosedyrar er tilgjengelege, er det digitale PPS-systemet som kommunen abonnerer på. Desse prosedyrane har tilsette i helse- og omsorgstenesta tilgang til ved at dei er integrerte i journalsystemet, men kommunen har ikkje ansvar for vedlikehald av prosedyrane. Prosedyrane blir sentralt oppdaterte t.d. ved endringar i lovverk.

I tillegg er det utarbeidd ei rekkje rutinar, prosedyrar og malar som blir nytta i helse- og omsorgstenesta. Døme på dette er serviceerklæringar, rutinar for sakshandsaming, kriterium og rutinar for tildeling av tenester, samt vedtaksmalar. I tillegg finst det rutinar for tenesteutøvinga på dei ulike arbeidsstadane, pleieplanar for einskilde tenestemottakarar mv. I intervju med tilsette i tenesta blir det informert om at helse- og omsorgstenesta har gode system og rutinar og at desse blir aktivt nytta og følgt. Det blir kommentert at særleg pasientretta rutinar blir aktivt nytta. Samstundes blir det peika på at vikarar utan fagutdanning ikkje alltid er like merksame på viktigheita av å følgje rutinar.

Ulike rutinar og prosedyrar blir oppdaterte i varierende grad. Det blir peikt på at rutinar kan bli endra med bakgrunn i avviksmeldingar. Vidare kan fortløpande drøftingar og vurderingar av kva som er føremålstenleg liggje til grunn for enkelte endringar i rutinar og prosedyrar. Nokre prosedyrar blir gjennomgått fast ein gong i året, mellom anna gjeld dette pleieplanar som det blir opplyst at ein minst går gjennom ein gong i året i samband med årskontrollen. Legemiddelrevisjonen blir også gjennomført årlig, og kan medføre endringar.

Samtidig blir det i intervju peikt på at det i travle periodar kan førekome at enkelte prosedyrar ikkje blir oppdaterte med endringar og/eller justeringar så ofte som dei burde. Kven som har ansvar for å oppdatere slike prosedyrar blir opplyst å avhenge av kva prosedyre det gjelder; dersom det er «overordna tema» er det gjerne avdelingsleiar sitt ansvar, medan det kan vere ein sjukepleiar som er ansvarleg dersom det dreier seg om sjukepleiarfaglege prosedyrar. Også i internkontrollrapporteringa for 2016 frå heimetenesta går det fram at ikkje alle rutinar blir systematisk oppdaterte, og at ein ventar på nytt verktøy som skal lette dette arbeidet.

Ein del rutinar revisjonen har mottatt kopi av, inneheld ikkje informasjon om kva tid rutinen sist blei oppdatert, kva tid den skal oppdaterast igjen eller kven som er ansvarleg for dette. Andre rutinar (t.d. hygieneperm for heimetenesta), inneheld slik informasjon, men er etter det som går fram av rutinen ikkje revidert i samsvar med planen dei siste åra. Rutinar for god handhygiene i heimetenesta blei, ifølgje det som går fram av rutinen, sist oppdatert i 2009. Neste revisjon skulle vere i 2011. Det same gjeld også for dei andre rutinane i «hygienepermen».

Det blir trekt fram at betringspotensialet i helse- og omsorgstenesta i Vaksdal mellom anna ligg i arbeidet med kvalitetssystem. Kommunen har lenge jobba med å få på plass eit heilskapleg kvalitetssystem for heile kommunen. Dette er kjøpt inn, og skulle implementerast i løpet av vår- om sommarmånadane 2017. Det blir

---

<sup>86</sup> I dette delkapitlet vil alle underproblemstillingar bli svart på samla: 1) I kva grad har kommunen etablert eit system for å utvikle, kontrollere, evaluere og justere prosedyrane som skal sikre etterleving av helse- og omsorgslovgjevinga?, 2) I kva grad blir måloppnåing, regeletterleving og krav til kvalitet følgt opp av leiinga? og 3) I kva grad er det system for å gjennomføre eigenkontrollar av tenestene?

<sup>87</sup> Vaksdal kommune – Rutiner for helse- og omsorgstenestene i Vaksdal kommune

peikt på at dette vil bidra til å skape ei meir heilskapleg teneste, der alle rutinar og prosedyrar føreligg i eit og same system. Det er laga ei oversikt over alle eksisterande rutinar, og denne skal brukast som ei sjekklister for å sikre at alle eksisterande rutinar blir lagt inn i det nye kvalitetssystemet. I det nye kvalitetssystemet skal all naudsynt informasjon og rutinar vere digitale og samla på ein plass. Oppdaterte lovverk og forskrifter vil også vere tilgjengelege her, og system for melding og oppfølging av avvik vil forenklast gjennom at ein melder avvik via ein app, og at meldinga går direkte til næraste leiar.

### 6.3.2 Eigenkontrollar

Det er ikkje etablert system eller retningslinjer for gjennomføring av systematiske eigenkontrollar i helse- og omsorgstenesta, for å undersøkje om etablerte rutinar fungerer etter føremålet, og om dei er kjent, forstått og blir følgd.

I intervju blir det likevel vist til døme på at eigenkontrollar i praksis kan bli gjennomført. Mellom anna har einingsleiar i sjukeheimstenesta gjort stikkprøvekontrollar for å undersøkje om opplæringsplanen blir nytta ved opplæring av nyttilsette. Denne typen kontroll blei gjennomført på einingsleiar sitt initiativ, og er ikkje del av ein systematikk der ein nyttar eigenkontrollar for å evaluere om rutinar fungerer etter føremålet.

### 6.3.3 Oppfølging av internkontrollen

Det er einingsleiarane som resultatansvarlege som har det daglege ansvaret for internkontrollen i si eining. Det blir opplyst at internkontroll er tema i eit årleg leiarmøte mellom einingsleiarar og rådmannen si leiargruppe, og at det då mellom anna er fokus på risikobiletet og system og rutinar. Dette er rådmannen sin årlege internkontrollgjennomgang, som kjem i tillegg til den faste og løpande rapporteringa og oppfølginga gjennom året.

Det blir opplyst at det i samband med rådmannen sin årlege internkontrollgjennomgang blir gjort ein systematisk gjennomgang og vurdering basert på verksemdsmål, risiko og resultat. System og kontrollar blir etterspurt, og rapporteringa gjennom året blir sett i samanheng. Det blir utarbeidd ei liste for bruk i denne gjennomgangen, der einingsleiarane skal rapportere om internkontroll ved årsslutt i si eining (sjå avsnitt 5.3 der internkontrollskjemaet er nærare presentert). Det blir opplyst at internkontrollskjemaet kan endre seg noko frå år til år. Kollonnene i skjemaet som dreier seg om risikovurderingar, avdekte risikoar og tiltak er i liten grad fylt ut. Særleg gjeld dette sjukeheimstenesta, der det ikkje er vist til nokre gjennomførte risikovurderingar. Det føreligg ikkje dokumentasjon på korleis utfylte internkontrollskjema frå einingane blir vurdert og følgd opp.

Nøkkeltal for tenestene, til dømes IPLOS og KOSTRA, utgjer også ein del av grunnlaget i rådmannen sin årlege gjennomgang. Det blir opplyst at det er fokus på å kartlegge endringar og «avvik frå normalen» i gjennomgangen av nøkkeltal. Einingsleiar og stab/støtte bidrar i denne gjennomgangen. Rådmannen si leiargruppe vurderer gjennomgangen og eventuelle tiltak. Tilbakemelding og oppfølging av einingsleiarar blir vidare opplyst å stå på agendaen i dei første møta etter den årlege internkontrollgjennomgangen. I tillegg blir det opplyst at kommunalsjef fortløpande gjennom året følgjer opp om einingane når sine målsettingar som er fastsett i årshjula.

## 6.4 Vurdering

Leiinga i kommunen og i helse- og omsorgstenestene synast etter revisjonen si vurdering å ha fokus på viktigheita av internkontroll. Det kjem også fram at ein ventar at implementering av nytt kvalitetssystem vil bidra til å styrke internkontrollen innanfor helse og omsorg. Per i dag er rutinar og prosedyrar spreidd på fleire ulike system, som i varierende grad blir kontrollert, evaluert og justert. Revisjonen meiner det er viktig å sikre faste gjennomgangar av alle rutinar og prosedyrar, og at det går fram kva tid rutinar og prosedyrar sist blei oppdatert, og kva tid dei skal oppdaterast igjen. Dette er mellom anna viktig for å sikre at alle prosedyrar og rutinar blir oppdaterte i samsvar med eventuelle endringar i regelverk eller organisering, og at man er sikker på at alle forholder seg til sist oppdaterte rutine/prosedyre.

Vidare vil revisjonen igjen peike på viktigheita av å arbeide vidare med å etablere ein god avvikskultur i helse- og omsorgstenesta. Avviksmeldingar er ein viktig del av grunnlaget for å vurdere kva rutinar og prosedyrar det er behov for, samt for å vurdere behov for endringar. For å sikre at rutinar og prosedyrar fungerer etter føremålet, og blir nytta i praksis, meiner revisjonen også at eigenkontrollar innanfor utvalde område kan vere eit effektivt verktøy. Revisjonen meiner Vaksdal kommune bør vurdere å etablere rutinar for gjennomføring

av eigenkontrollar innanfor område der ein til dømes vurderer at det er risiko for manglande etterleving av rutinar og prosedyrar.

Rådmannen sin årlege internkontrollgjennomgang synast etter revisjonen si vurdering å vere ei føremålstenleg ordning for å gjennomføre leiinga sin gjennomgang. Bruk av eit internkontrollskjema som del av rapporteringa frå einingsleiarane synast også føremålstenleg, sjølv om det er revisjonen si vurdering at desse skjemaa med fordel kunne vore meir utfyllande fylt ut for å synleggjere både styrkar og manglar i internkontrollen i tenestene. Revisjonen stiller spørsmål ved at det i liten grad er opplyst om gjennomførte risikovurderingar. På same vis som med andre delar av internkontrollsystemet, meiner revisjonen det er viktig at kommunen jamleg evaluerer arbeidet med leiinga sin gjennomgang, og vurderer om denne fungerer på føremålstenleg vis og i samsvar med krav og anbefalingar i forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta med tilhøyrande rettleiingsmateriell. Også i denne delen av internkontrollarbeidet er det viktig å sikre fokus på utvikling og forbetring.

# 7. Konklusjon og tilrådingar

Undersøkinga viser at Vaksdal kommune har etablert ein del system og rutinar som skal sikre brukarmedverknad på både individ- og systemnivå i helse- og omsorgstenestene. Undersøkinga viser også at det er etablert ein del system og rutinar som skal sikre dei tilsette medverknad både i kvalitetsarbeidet i tenestene og i saker som vedkjem arbeidsforholda. Særleg i samband med utviklingsprosjekt og utvikling av det som skal vere framtidens helse- og omsorgstenester i kommunen, ser det ut til at kommunen har stor merksemd retta mot å sikre brukarrepresentasjon og å hente inn informasjon om ønskje og behov frå dei som tenestene skal vere retta mot.

Samtidig meiner revisjonen at undersøkinga viser at dei etablerte systema og rutinane i praksis ikkje i tilstrekkeleg grad sikrar brukarmedverknad verken på individ- eller systemnivå, eller at det i tilstrekkeleg grad er lagt til rette for at tilsette kan melde frå om sine erfaringar med tenestene og kome med innspel til forbetring. Dei tilsette er heller ikkje i tilstrekkeleg grad gjort kjent med kommunen sine varslingsrutinar.

Undersøkinga viser samtidig at tenestemottakarar og pårørande alt i alt er ganske godt nøgde med helse- og omsorgstenestene i Vaksdal kommune. I all hovudsak meiner dei at tenestemottakarane har vedtak om og får tildelt dei tenestene dei har behov for. Undersøkinga viser vidare at dei tilsette, i større grad enn tenestemottakarar og pårørande, peiker på utfordringar knytt til det å sikre at tenestemottakarar får dei tenestene dei har vedtak om og til rett tid. Undersøkinga viser også at både tilsette, tenestemottakarar og pårørande opplever at mange av dei grunnleggjande behova til mottakarar av helse- og omsorgstenester i Vaksdal kommune blir godt ivareteke. Samtidig blir det – særleg frå tilsette i helse- og omsorgstenestene – peikt på utfordringar med å ivareta nokre av dei grunnleggjande behova hos tenestemottakarar. Revisjonen meiner dette indikerer at det er behov for å gjennomgå tilhøva nærare, og vurdere kva tiltak som kan setjast i verk for å få på plass system som i større grad sikrar at grunnleggjande behov blir ivareteke i samsvar med forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene.

Revisjonen vil, sett i lys av dei forhold som er nemnd over, presisere viktigheita av at det blir gjennomført risikovurderingar, og slik identifisert aktivitetar eller prosessar der det er fare for svikt eller brot på regelverk. Det er også viktig at arbeidet med risikovurderingar blir gjort som ein kontinuerleg prosess, og blir systematisert og dokumentert i større grad enn i dag. Også oppfølging av slike risikovurderingar, i form av tiltak med definerte fristar og ansvarlege, bør systematiserast og dokumenterast i større grad. I samband med kvalitetsarbeidet i helse- og omsorgstenesta er det også heilt sentralt å sikre at det er ein god kultur for å melde frå om uønskete hendingar, slik at kommunen både kan avdekke og førebygge avvik. Undersøkinga viser at det i delar av helse- og omsorgstenesta ikkje er praksis for å melde avvik når desse oppstår. Revisjonen meiner dette er eit tema det er behov for å rette betydeleg merksemd mot framover. I den samanheng vil revisjonen også peike på viktigheita av å sikre at medarbeidarar har tilstrekkeleg kompetanse i forbetningsarbeid, jf. Helsedirektoratet sin rettleiar til forskrift om kvalitet og forbetningsarbeid i helse- og omsorgstenesta.

Basert på det som kjem fram i undersøkinga vil revisjonen tilrå at Vaksdal kommune sett i verk følgjande tiltak:

1. Evaluerer og vidareutviklar sine system for å sikre brukarmedverknad på individnivå, og som del av ei slik evaluering hentar inn systematisk informasjon om korleis tenestemottakarar og pårørande sjølv opplever brukarmedverknaden.
2. Sikrar at tenestemottakarar og pårørande sine erfaringar med tenestene systematisk bli innhenta og nytta i det kontinuerlege arbeidet med kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstenestene.
3. Gjennomgår og evaluerer system og rutinar for å sikre tilsette sin medverknad, mellom anna for å sikre at tilsette sine erfaringar og innspel blir nytta i kvalitetsarbeidet.

4. Sikrar at tilsette har forståing for viktigheita av å melde frå om uønskte hendingar, og at avvik blir systematisk meldt frå om og følgt opp og nytta i kvalitetsarbeidet.
5. Gjennomfører ei kartlegging av medarbeidarane sin kompetanse i forbetningsarbeid, og vurderer kva tiltak som eventuelt bør setjast i verk for å auke denne kompetansen.
6. Sikrar at det både gjennom medarbeidarsamtalar og meir fortløpande dialog mellom tilsette og deira leiarar er fokus på meistring av arbeidsoppgåver, og eventuelle behov for rettleiing og opplæring.
7. Sikrar at kommunen si varslingsrutine blir gjort tilstrekkeleg kjent blant dei tilsette.
8. Sikrar at det i større grad blir gjennomført systematiske og dokumenterte risikovurderingar, for å identifisere aktivitetar eller prosessar der det er fare for svikt eller brot på regelverk.
9. Vurderer å etablere rutinar for gjennomføring av eigenkontrollar, til dømes innanfor område der kommunen vurderer at det er risiko for manglande etterleving av rutinar og prosedyrar.



# Vedlegg 1: Høyringsuttale

Revisjonen mottok 16. august 2017 følgjande høyringsuttale per e-post frå konstituert rådmann Åse Elin Myking i Vaksdal kommune:

Rådmann har fått utkast til forvaltningsrevisjonen om *kvalitet innafør helse og omsorg* til uttale. Denne revisjonen har hatt eit omfattande tema og mandat og eit stort datagrunnlag som utgangspunkt. Sjølv med fleire hundre dokument levert som grunnlag for arbeidet kunne meir vore tilføyd for å utfylle temaet kvalitet. Undersøkinga hadde dessverre låg svarprosent og er slik revisjonen peikar på vanskelegare å legge for stor vekt på. Etter rådmann sin vurdering har Deloitte gjort eit grundig og godt arbeid innafør dei rammene som var gitt.

Kvalitet baserer seg på både subjektive og objektive vurderingar og kan vera vanskeleg å måle. Mange undersøkingar innan feltet viser til dømes at tilsette i større grad enn, eller i motsetning til, brukarar og pårørande opplever lågare kvalitet. Dette kan relaterast til forventningar og dilemma som omsorgspersonell opplever og samsvarer soleis med tilbakemeldingane revisjonen har fått i undersøkinga. Dette gir grunnlag for nærare undersøkingar og vurderingar av tiltak slik revisjonen gjer framlegg om.

Konklusjon og tilrådingar i rapporten sansvarer godt med dei vurderingane me har gjort oss etter interne og tidlegare eksterne analyser av tenstene. Satsingane i kommunedelplan og *Lev Vel i Vaksdal* prosjektet bygger også på større grad av medverknad og deltaking.

Arbeidet med kvalitetssystemet pågår og vil systematisere og gje oss verktøy for rutineskildringar, risikovurderingar, avvikshåndtering med vidare. Behovet for ny og endra kompetanse er aukande innafør fagområde og kompetanseutvikling er ei hovudsatsing framover. Helse og omsorg er nyleg organisert og tilpassa for å gjennomføre satsingane og utviklingsarbeidet som det vert peika på i forvaltningsrevisjonen.

# Vedlegg 2: Revisjonskriterium

## Kommunen sitt ansvar for helse- og omsorgstenester

Det kommunale ansvaret for pleie- og omsorgstenester er nedfelt i lov om kommunale helse- og omsorgstenester (helse- og omsorgstenestelova) § 3-1. Kommunen skal ifølgje lova sørge for at personar som oppheld seg i kommunen får tilbod om naudsynte helse- og omsorgstenester. I dette prosjektet er det fokus på dei helse- og omsorgstenestene som er omfatta av § 3-2 nr. 6, bokstav a-d. Dette er tenester som ofte blir ytt til den eldre befolkninga i kommunen:

§ 3-2. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

(...)

6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:

- a. helsetjenester i hjemmet,
- b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt,
- c. plass i institusjon, herunder sykehjem og
- d. avlastningstiltak.

## Kvalitet i helse- og omsorgstenestene

Føremålet med forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene er at den skal medverke til å sikre at «personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven (...) får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel».<sup>88</sup>

I § 3 i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene<sup>89</sup> er oppgaver og innhald i tenestene skildra:

Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at:

- tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes
- det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten
- brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.

For å løse de oppgaver som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelta prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov. Med det menes bl.a.:

- oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
- selvstendighet og styring av eget liv
- fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold
- mulighet for ro og skjermet privatliv
- få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- mulighet til selv å ivareta egenomsorg
- en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
- nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand

---

<sup>88</sup> Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting mv. § 1.

<sup>89</sup> Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv. FOR 2003-06-27 nr. 792.

- nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene
- tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov
- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- tilpasset hjelp ved av- og påkledning
- tilbud om eget rom ved langtidsopphold
- tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.

Det går fram av forarbeida til helse- og omsorgstjenestelova (Prop.91 L (2010-2011))<sup>90</sup> at

Medvirkning innebærer at pasienten får anledning til å gi uttrykk for sitt syn, og at synet tillegges vekt ved utforming og gjennomføring av tjenester. (...) I pasientrettighetsloven er regler om pasientens rett til medvirkning gitt i § 3-1. Etter bestemmelsens første ledd har pasienten rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen, herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Det er opp til pasienten å avgjøre i hvilken grad vedkommende ønsker å benytte medvirkningsretten. Graden av medvirkning må tilpasses den enkeltes individuelle forutsetninger. Det er presisert at dersom pasienten ønsker at andre skal være til stede når helsehjelp gis, skal dette imøtekommes så langt som mulig, jf. bestemmelsens tredje ledd. For de tilfeller pasienten ikke har samtykkekompetanse, er det i andre ledd bestemt at pårørende har rett til å medvirke sammen med pasienten.

Vidare er tenestemottakar sin rett til medverknad knytt til eiga enkeltvedtak omtalt:

Forvaltningsloven gjelder for tjenester omfattet av sosialtjenesteloven, jf. loven § 8-1. Den enkelte tenestemottagers rett til å medvirke vil således også følge av forvaltningslovens regler om saksforberedelse av enkeltvedtak hvor partene gis rett til å øve innflytelse på vedtaket, se særlig forvaltningsloven §§ 16 og 17. Den enkelte brukers rett til medvirkning er også omtalt i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, som gjelder når det ytes tjenester etter sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. Etter forskriften § 3 skal kommunen etablere et system av prosedyrer som søker å sikre blant annet at den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av tjenester.

## Kompetanse og opplæring

I § 4-1 i helse- og omsorgstjenestelova er krav til forsvarlegheit i kommunen si tenesteutøving presisert. Her går det mellom anna fram at kommunen er pliktig å tilrettelegge for at personell som utfører tenestene blir i stand til å overhalde sine lovpålagte plikter (§ 4-1 bokstav c) og for at tilstrekkeleg fagkompetanse er sikra i tenestene (§ 4-1 bokstav d). Det går fram av § 8-1 i helse- og omsorgstjenestelova at «[e]nhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning.»

I forskrift om leing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstjenestene § 6 bokstav f er verksemda sitt ansvar for å ha oversikt over medarbeidarane sin kompetanse og behov for opplæring presisert. Kravet er utdjupe i rettleiar frå Helsedirektoratet.<sup>91</sup> I rettleiaren går det fram at det er øvste leiar sitt ansvar å sørgje for system som sikrar at medarbeidarane har kunnskap og feridgheiter til å utføre sine oppgåver:

Det forutsetter at virksomheten gjennomfører jevnlege kompetansekartlegginger, rekrutterer medarbeidere med riktig kompetanse, og sørger for at de får tilstrekkelig opplæring, samt etter- og videreutdanning.<sup>92</sup>

Det blir vidare presisert at ein avgjerande faktor for å lykkast med å forbetre helse- og omsorgstjenestene er at både leiarar og medarbeidarar har kompetanse i forbetringsarbeid:

Forbedringskunnskap er et eget fag som må læres. Derfor bør også dette kunnskapsområdet innarbeides i kompetansekartlegginger og planer.<sup>93</sup>

Under praktiske døme i rettleiaren blir det vist til korleis ein kan arbeide med kunnskap om forbetring.

<sup>90</sup> Helse- og omsorgsdepartementet, Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse. Og omsorgstjenester m.m. (helse og omsorgstjenesteloven), 2011-04-08.

<sup>91</sup> Helsedirektoratet: veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. IS-IS-2620. Sist oppdatert 13.6.2017.

<sup>92</sup> Ibid, side 22.

<sup>93</sup> Ibid, side 22.

## Styringssystem, internkontroll og risikovurderingar

Ifølgje helse- og omsorgstenestelova § 4-2 har ein kvar som yt helse- og omsorgstenester etter lova eit ansvar for å «sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.»

I forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta går kravet om styringssystem i kommunale helse- og omsorgstenester fram. I § 4 er styringssystem for helse- og omsorgstenester definert som den del av verksemda si styring som omfattar korleis verksemda sine aktivitetar blir planlagt, gjennomført, evaluert og korrigert i samsvar med krav fastsatt i helse- og omsorgslovgivinga.

Det går fram av forskrifta § 6 bokstav d at kommunen mellom anna pliktar å

(...) ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangler på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten.

I rettleiar frå Helsedirektoratet<sup>94</sup> går det fram at risikovurderingar bør gjennomførast som ein kontinuerleg prosess, og det blir anbefalt at den følgjer ein kjent standard. Ifølgje rettleiaren kan pasientar, brukarar, pårørande og medarbeidarar kunne bidra med verdfull kjennskap til risikoar, og deira erfaringar og innspel bør systematisk etterspørast og nyttast. Blant relevante interne dokument i samband med risikovurderingar listar rettleiaren mellom anna opp resultat frå avvikssystemet, rutinar for risiko- og sårbarheitsanalyse, rutinar for risikogjennomgangar til dømes i personalmøte, målingar av pasientskade, analyse av hendingar, tilbakemeldingar frå pasientar, brukarar og pårørande, mv. Tilsynsrapportar er blant dei dokumenta som blir nemnt som døme på relevant ekstern informasjon.

I rettleiaren frå Helsedirektoratet blir det, under skildring av analyser av risiko- og sårbarheit også presisert at «systematisk oversikt over risikoområder og områder med fare for mangelfull etterlevelse eller behov for forbedringar, forutsetter systematiske gjennomgangar av virksomhetens tjenester og resultater.»<sup>95</sup>

Vidare skal kommunen ifølgje forskrift om leiing og kvalitetsforbetring § 6 bokstav e «planlegge hvordan risiko (...) kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt.»<sup>96</sup> I rettleiaren frå Helsedirektoratet blir det peikt på at føresegna i praksis inneber at det må føretakast ein gjennomgang av verksemda sine tenester og resultat «for å finne frem til de aktiviteter eller prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk.» Ulike område bør prioriterast, og ein plan for minimering av risiko bør innehalde mål, tiltak, ansvarsfordeling og tidsplan. Også oppfølging av risiko bør vere ein kontinuerleg prosess i verksemda, ifølgje rettleiaren.

Krav til oversikt over mellom anna avvik og uønskete hendingar i verksemda går fram av forskrift om leiing og kvalitetsforbetring § 6 bokstav g. Av rettleiar til forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta går det fram at «[e]n godt innarbeidet kultur og et system for at medarbeidere melder i fra om uønskede hendelser er en forutsetning for å avdekke og forebygge avvik.»<sup>97</sup>

Av forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta § 7 bokstav c går det mellom anna fram at verksemda plikter å

(...) utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjer og rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivingen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systemstiaik arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

I rettleiar frå Helsedirektoratet er det peikt på at det i stor grad er opp til verksemda sjølv å vurdere kva faglege og administrative rutinar som er naudsynte. Det er vidare vist til viktigheita av å kople vurderingar av

---

<sup>94</sup> Helsedirektoratet: Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. IS-IS-2620. Sist oppdatert 13.6.2017.

<sup>95</sup> Ibid, side 17.

<sup>96</sup> Ibid, side 20.

<sup>97</sup> Helsedirektoratet: Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. IS-IS-2620. Sist oppdatert 13.6.2017. Side 23.

kva rutinar og prosedyrar som er naudsynte opp mot systema for å avdekke og ha oversikt over risiko, svikt, uønskte hendingar og forbetningsområde.

Gjennom forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta er verksemda også pålagt å evaluere sine aktiviteter: «Kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres.»<sup>98</sup> I rettleiar til forskrifta frå Helsedirektoratet går det fram at denne plikta til dømes kan omfatte at den ansvarlege for verksemda må etterspørre status, følgje med på målingar og resultat og sikre at fristar blir etterlevd. Målingar, rapportering, praksisbesøk og systematiske gjennomgangar blir nemnd som døme på verkemiddel som kan nyttast, og oversikter og meldingar om avvik, klager, sjekkliste for intern gjennomgang, rutinar for regelmessig gjennomgang, ulike prosedyrar og instruksar blir vist til som relevante dokument.

Vidare er leiinga for verksemda ifølgje forskrifta ansvarleg for å vurdere effektar av gjennomførte aktiviteter, og at iverksette tiltak blir evaluert. Sistenemnde krav inneber mellom anna ei vurdering av om rutinar er i samsvar med regelverket, og om dei er kjent, forstått og blir følgt i praksis. Det kan til dømes gjennomførast målingar, eigenkontrollar, stikkprøvegjennomgangar, samt at medarbeidarar løpande kan bli spurt korleis tiltak fungerer.<sup>99</sup> Ved behov må det setjast i gang tiltak til forbetring.

Ifølgje forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta § 8 bokstav f har leiinga også ansvar for det som gjerne blir kalla for «leiinga sin gjennomgang»:

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

Ifølgje rettleiaren frå Helsedirektoratet inneber ein slik gjennomgang gjerne å framskaffe og samanfatte informasjon og resultat for verksemda, gjennomføre eit møte der leiinga går gjennom nemnde informasjon og vurderer behov for endringar, samt sikrar at naudsynte endringar blir implementert. Eit føremål med leiinga sin gjennomgang er å undersøke om ønska mål og resultat blir oppnådd, om regelverket blir etterlevd og om styringssystemet fungerer som føresett.

Pliktene knytt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere verksemda sin aktivitet går fram av §§ 6, 7, 8 og 9, som er her fullstendig gjengjeve:

#### § 6. Plikten til å planlegge

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten
- b) innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene
- c) ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten
- d) ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten
- e) planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt
- f) ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring
- g) ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

#### § 7. Plikten til å gjennomføre

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

---

<sup>98</sup> Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta, § 8 bokstav a.

<sup>99</sup> Helsedirektoratet: Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. IS-IS-2620. Sist oppdatert 13.6.2017.

- a) sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres
- b) sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet
- c) utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- d) sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes
- e) sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.

#### § 8. Plikten til å evaluere

Plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres
- b) vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- c) evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen
- d) vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer
- e) gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges
- f) minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

#### § 9. Plikten til å korrigere

Plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold
  - b) sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres.
- forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

## Medverknad

### Tenestemottakarar og pårørande

Det går fram av pasient- og brukerreteighetslova § 3-1 at

Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelser- og behandlingsmetoder. Medvirkningen form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6 3-6 og 3-8. (...)

Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

Ønsker pasient eller bruker at andre personer skal være til stede når helse- og omsorgstjenester gis, skal dette som hovedregel imøtekommes.

Av kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene går også viktigeita av medverking i eiga sak fram. Av § 3 går det fram at kommunen skal ha system som søker å sikre at «brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.»

Helse og omsorgstjenestelova omtalar i tillegg medverknad og samarbeid på systemnivå, gjennom § 3-10 som omhandlar pasientar og brukarar sin innverknad og samarbeid med frivillige organisasjonar:

Kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Kommunen skal sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av loven her, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter.

Helse- og omsorgstjenesten skal legge til rette for samarbeid med brukergruppene organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten.

Det går fram av forskrift om leiding og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstjenestene at helse- og omsorgstjenesta har plikt til å «d. sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes», og «e. sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.» Det går i tillegg fram at helse- og omsorgstjenesta er pliktig å gjere ei vurdering av verksemda basert på pasientar, brukarar og pårørende sine erfaringar (§ 8 bokstav d).

#### Tilsette sin rett til medverknad og informasjon

Arbeidstakar har ifølgje arbeidsmiljølova § 2-3 plikt til å medverke i verksemda sitt systematiske arbeid med helse, miljø og tryggleik (HMT). Vidare har arbeidsgjevar ifølgje arbeidsmiljølova § 3-1 plikt til å sørge for at det blir arbeidd systematisk med HMT i verksemda, og at dette blir gjort i samarbeid med arbeidstakarane og deira tillitsvalde. Dette omfattar til dømes fastsetting av mål, risikovurderingar og tilhøyrande vurderingar og tiltak for å redusere risiko, førebygging av sjukefråvær mv.

Av forskrift om organisering, leiding og medverknad § 2-1 går det fram at «Planlegging og vurdering av arbeidsmiljøet og gjennomføring av nødvendige og forebyggende tiltak skal skje i samarbeid med arbeidstakerne, verneombud og tillitsvalgte.»

Det går fram av arbeidsmiljølova § 8-1 at «[i] virksomhet som jevnlig sysselsetter minst 50 arbeidstakere skal arbeidsgiver informere om og drøfte spørsmål av betydning for arbeidstakernes arbeidsforhold med arbeidstakernes tillitsvalgte.» Det går vidare fram av arbeidsmiljølova § 8-2 at gjennomføringa av denne plikta til informasjon og drøfting omfattar:

- a) informasjon om den aktuelle og forventede utvikling av virksomhetens aktiviteter og økonomiske situasjon,
- b) informasjon om og drøfting av den aktuelle og forventede bemaningssituasjon i virksomheten, inkludert eventuelle innskrenkinger og de tiltak arbeidsgiver vurderer i den forbindelse,
- c) informasjon om og drøfting av beslutninger som kan føre til vesentlig endring i arbeidsorganiseringen eller ansættelsesforhold.

#### Varsling om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen

Arbeidsmiljøloven §§ 2-4, 2-5 og 3-6 regulerer arbeidstaker sin rett til å varsle om kritikkverdige forhold i verksemda. Føresegna skal ifølgje arbeidstilsynet bidra til å styrke den reelle yringsfridomen i eit tilsettingsforhold.

I følgje arbeidsmiljølova § 2-4, andre ledd skal

**Arbeidstakers fremgangsmåte ved varslingen [...] være forsvarlig.** Arbeidstaker har uansett rett til å varsle i samsvar med varslingsplikt eller virksomhetens rutiner for varsling. Det samme gjelder varsling til tilsynsmyndigheter eller andre offentlige myndigheter. Arbeidsgiver har bevisbyrden for at varsling har skjedd i strid med denne bestemmelsen.

Det går vidare fram av arbeidsmiljølova § 2-5 at gjengjelding mot arbeidstakar som varslar i samsvar med § 2-4, samt gjengjelding mot arbeidstakar som gir til kjenne at retten til å varsle etter § 2-4 vil bli brukt, til dømes ved å framskaffe opplysingar, er forbudt. Det får vidare fram av § 2-5, tredje ledd at ein arbeidstakar som har blitt utsatt for gjengjelding i strid med første og andre ledd, kan krevje oppreisning utan omsyn til arbeidsgjevar si skuld.

Det går vidare fram av arbeidsmiljølova § 3-6 at

Arbeidsgiver skal, i tilknytning til det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet, utarbeide rutiner for intern varsling eller sette i verk andre tiltak som legger forholdene til rette for intern varsling

om kritikkverdige forhold i virksomheten i samsvar med § 2-4, dersom forholdene i virksomheten tilsier det.

Arbeidsmiljøloven sine varslingsregler omfattar tilfelle der arbeidstakar varslar om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen som arbeidstakaren blir kjent med gjennom arbeidsforholdet og som er eller kan vere i strid med:

- Lover og reglar.
- Verksemda sine retningsliner.
- Alminnelig oppfatning av kva som er forsvarleg eller etisk akseptabelt.<sup>100</sup>

---

<sup>100</sup> <http://www.arbeidstilsynet.no/fakta.html?tid=92257>



# Vedlegg 3: Sentrale dokument og litteratur

## Lover og forskrifter

- Helse- og omsorgsdepartementet, Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), LOV-2011-06-24-30.
- Helse- og omsorgsdepartementet, Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), LOV-1999-07-02-63.
- Arbeids- og sosialdepartementet, Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven), LOV-2005-06-17-62.
- Helse- og omsorgsdepartementet, Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv., FOR-2003-06-27-792.
- Helse- og omsorgsdepartementet, Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, FOR-2016-10-28-1250.
- Arbeids- og sosialdepartementet, Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning, FOR-2011-12-06-1355.

## Dokumentasjon frå Vaksdal kommune

- Vaksdal kommune – Kvalitetsutvikling og brukarmedverknad i det daglege.
- Vaksdal kommune – Sak frå Eldrerådet: sak 4/2017.
- Vaksdal kommune – «Lev vel i Vaksdal – Meisting og deltaking heile livet», rapport forprosjekt juni 2015 – juni 2016.
- Vaksdal kommune – Medarbeidarundersøkinga 2015, Resultat sjukeheimstenesten Vaksdal.
- Vaksdal kommune – Medarbeidarundersøkinga 2015, Resultat heimebasert omsorg Vaksdal.
- Vaksdal kommune – Framdriftsplan for arbeid med medarbeidarundersøkinga 2015, heimetenesta.
- Vaksdal kommune – Handlingsplan etter medarbeidarundersøkinga 2015, praktisk bistand.
- Vaksdal kommune – Handlingsplan i heimesjukepleien 2015.
- Vaksdal kommune – Skjema til planlegging av eigen turnus 2016.
- Vaksdal kommune – Varslingsrutine for Vaksdal kommune.
- Vaksdal kommune - Helse og omsorg, kompetanseplan 2016-2019.
- Vaksdal kommune - Praktisk prosedyrer i sjukepleiartenesta – PPS.
- Vaksdal kommune - Analyseark heilskapleg ROS-analyse Vaksdal kommune 19.02.2015.
- Vaksdal kommune - Plan for helsemessig og sosial beredskap. 2004. Sist revidert i august 2013.
- Vaksdal kommune - Årsplan for kartlegginger og risikovurderinger i heimesjukepleien 2015.
- Vaksdal kommune – Rutiner for helse- og omsorgstenestene i Vaksdal kommune.

## Andre dokument og litteratur:

- Helse- og omsorgsdepartementet, Prop. 91 L (2010-2011), Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).
- Helsedirektoratet: Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. IS-IS-2620. Sist oppdatert 13.6.2017.
- Fylkesmannen i Hordaland – *Rapport frå tilsyn med tvungen helsehjelp etter lov om pasient- og brukarrettar kapittel 4A, Vaksdal kommune, Vaksdal sjukeheim 2016*, 21.november 2016.
- Mortensen, Anne Katrine: Undersøkelse om religion 2008. Undersøking koordinert og tilrettelagt av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Rapport nr. 126. Februar 2010. [http://www.nsd.uib.no/om/rapport/nsd\\_rapport126.pdf](http://www.nsd.uib.no/om/rapport/nsd_rapport126.pdf).

## Nettstader:

- [www.vaksdal.kommune.no](http://www.vaksdal.kommune.no)
- [www.arbeidstilsynet.no/fakta.html?tid=92257](http://www.arbeidstilsynet.no/fakta.html?tid=92257)
- [www.fylkesmannen.no/Hordaland/](http://www.fylkesmannen.no/Hordaland/)

Deloitte refers to one or more of Deloitte Touche Tohmatsu Limited, a UK private company limited by guarantee, and its network of member firms, each of which is a legally separate and independent entity. Please see [www.deloitte.no](http://www.deloitte.no) for a detailed description of the legal structure of Deloitte Touche Tohmatsu Limited and its member firms.

Deloitte Norway conducts business through two legally separate and independent limited liability companies; Deloitte AS, providing audit, consulting, financial advisory and risk management services, and Deloitte Advokatfirma AS, providing tax and legal services.

© 2017 Deloitte AS



Vaksdal kommune

Sekretariat for kontrollutvalet

Arkivsak: 216  
Arkivnr: 2017/52-4  
Sakshandsamar: Roald Breistein

## Saksframlegg

### Saksgang

Utval	Saknr.	Møtedato
Kontrollutvalet i Vaksdal kommune	28/17	30.08.2017

### Oppfølging - Selskapskontroll av eigarskapskontroll

#### Bakgrunn for saka:

#### **Kommunestyret gjorde slikt vedtak i sak 70/15 i møte 09.11.2015:**

«Vaksdal kommunestyre tek selskapskontrollen til etterretning, og ber rådmannen fylgje opp tilrådingane i rapporten. Kommunestyret ber om ein tilbakemelding med status innan utgangen av 2016.»

#### **Av revisjonsrapporten går det av punkt 7 Konklusjon og tilrådingar fram desse tilrådingane frå Deloitte:**

1. Utarbeider ei eigarskapsmelding som jamleg blir oppdatert. Ei eigarskapsmelding kan mellom anna omfatte kva selskap kommunen eig, kvifor kommunen har eigardelar i selskapet, kven som er representert frå kommunen i dei styrande organa og korleis kommunen ønskjer å følgje opp selskapa.
2. Kommunen bør formulere ein eigarskapsstrategi for selskap kommunen eig. Omfanget av denne strategien kan tilpassast eigardel i dei einskilde selskapa, men det bør gå fram kvifor kommunen eig selskapet og kva forventningar kommunen har til eigarskapet i framtida. Eigarskapsstrategi for dei einskilde selskapa kan gjerne gå fram av eigarskapsmeldinga.
3. Kommunen bør årleg informere kommunestyret om eigarskapa til kommunen slik at dei folkevalde er kjent med eigarskapsforvaltninga til kommunen. Dette kan mellom anna gjerast ved å legge fram eigarskapsmeldinga og eventuelt årsmeldingane til selskapa årleg for kommunestyret. Rutinar for dette kan gå fram av eigarskapsmeldinga.
4. Utarbeide retningsliner for kva kriterium som skal leggjast til grunn ved val av styrerepresentantar. Dette kan gjerne inngå som ein del av eigarskapsmeldinga.
5. Utarbeide retningsliner for utøving av styreverv som medverkar til å klargjere rolle og mandat. Desse kan gjerne inngå som ein del av eigarskapsmeldinga.

6. Sikre at alle folkevalde og styrerepresentantar får tilstrekkeleg opplæring knytt til dei ulike aspekta ved eigarskapsforvaltning og styrearbeid.
7. Sørgje for at styrerepresentantar blir registrert i Styrevervregisteret enten ved at kommunen og kommunale selskap melder seg inn, eller at dei einskilde styrerepresentantar registrerer seg.

Revisjonsrapporten ligg ved som vedlegg 1.

**I møte kontrollutvalet i Vaksdal kommune 09.05.2017 vart dette protokollert under sak PS 21/17**  
**Eventuelt:**

1. Kontrollutvalet ber rådmannen om å komme med skriftleg status til sekretariatet innan 30.06.2017, på oppfølgingsarbeidet etter selskapskontroll gjennomført i 2015.
2. På bakgrunn av den skriftlege statusen frå rådmannen vert sekretariatet bedden om å førebu ei sak til møte i kontrollutvalet 30.08.2017.

Drøfting:

Kontrollutvalet har eit særskilt ansvar for å følgje opp at kommunestyret sine vedtak i samband med handsaming av rapportar om forvaltningsrevisjon vert følgd opp. Det vert vist til «Forskrift om kontrollutvalg i kommuner og fylkeskommuner» § 12 «Oppfølging av forvaltningsrevisjonsrapporter» der det står dette:

*«Kontrollutvalget skal påse at kommunestyrets eller fylkestingets vedtak i tilknytning til behandlingen av rapporter om forvaltningsrevisjon følges opp. Kontrollutvalget skal gi rapport til kommunestyret eller fylkestinget om hvordan kommunestyrets eller fylkestingets merknader til rapport om forvaltningsrevisjon er blitt fulgt opp. Det skal også rapporteres om tidligere saker som etter utvalgets mening ikke er blitt fulgt opp på en tilfredsstillende måte.»*

Vi legg til grunn at tilsvarande ansvar også må gjelde for rapportar som gjeld selskapskontroll.

På bakgrunn av punkt 1 i vedtaket frå kontrollutvalet 09.05.2017 har sekretariatet motteke tilbakemelding frå rådmannen. Tilbakemeldinga ligg ved.

Av tilbakemeldinga registrerer sekretariatet at Vaksdal kommune, av ulike årsaker, er vorte forseinka i forbetningsarbeidet. Tilbakemeldinga inneheld heller ikkje svar på punkt 4 i rapporten som lyd slik:

*«Utarbeide retningslinjer for kva kriterium som skal leggjast til grunn ved val av styrerepresentantar. Dette kan gjerne inngå som ein del av eigarskapsmeldinga.»*

Vidare går det fram at det framleis er ein del arbeid som står att før forbetringane i høve selskapskontrollen er ferdig gjennomført, men at det meste skal vera på plass innan utgangen av 2017. Dette gjeld i første rekke for punkta 1, 2 og 4. På bakgrunn av dette bør kontrollutvalet be om ny skriftleg status på oppfølging av denne selskapskontrollen innan 01.01.2018.

Konklusjon:

Sekretariatet tilrår at kontrollutvalet ber om ny skriftleg status på oppfølging av denne selskapskontrollen, i første rekke når det gjeld punkta 1, 2 og 4, innan 01.01.2018.

**Forslag til vedtak**

1. Kontrollutvalet registrerer at Vaksdal kommune framleis har ein del arbeid som står att før

- forbetringane i høve selskapskontroll av eigarskapskontroll er ferdig gjennomført.
2. Kontrollutvalet ber om ny skriftleg status på oppfølging av denne forvaltningsrevisjonen, når det gjeld punkta 1, 2 og 4, innan 01.01.2018.

Hogne Haktorson  
kontrollsjef

Roald Breistein  
seniorrådgjevar

*Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikkje underskrift.*

Vedlegg

- 1 Revisjonsrapport eigarskapskontroll Vaksdal 2015
- 2 Status oppfølging av KOMSAK 70-2015 Selskapskontroll

The Deloitte logo is displayed in a bold, dark blue font. The word "Deloitte" is followed by a small green dot. The logo is positioned in the upper left corner of a white rectangular area.

**Deloitte.**

**Vaksdal kommune**  
**Eigarskapskontroll**

**Selskapskontroll | September 2015**

«Eigarskapskontroll»

September 2015

Rapporten er utarbeidd for Vaksdal  
kommune av Deloitte AS.

Deloitte AS  
Postboks 6013 Postterminalen, 5892  
Bergen  
tlf: 51 21 81 00  
[www.deloitte.no](http://www.deloitte.no)



# Innhold

---

1. Samandrag	4
2. Innleiing	6
3. Eigarskapsmelding- og strategiar	8
4. Opplæring av folkevalde	14
5. Kommunikasjon mellom kommunestyret og eigarorgana	15
6. Val av representantar og samansetting av styre	17
7. Konklusjon og tilrådingar	20
Vedlegg 1: Høyringsuttale	21
Vedlegg 2: Kontrollkriterium	22
Vedlegg 3: Sentrale dokument	27

# 1. Samandrag

Deloitte har gjennomført ein Selskapskontroll av eigarskapsforvaltninga i Vaksdal kommune. Føremålet med selskapskontrollen er å undersøke og vurdere kva system og rutinar Vaksdal kommune har for å forvalte sine eigarskap i selskap dei har eigarinteresser i. Selskapskontrollen fokusere særleg på i kva grad KS sine retningslinjer for eigarskapsforvaltning er følgt opp av kommunen.

Eigarskapskontrollen syner at Vaksdal kommune ikkje har utarbeidd eigarskapsmelding eller andre rutinar og retningslinjer for eigarskapsforvaltninga til kommunen. Revisjonen meiner dette ikkje er i samsvar med kommunestyret sitt vedtak frå 2012 eller med KS sine tilrådingar knytt til god eigarskapsforvaltning. Revisjonen merkar seg at størrelsen på eigarskapa er varierende, likevel meiner revisjonen at kommunen bør vere tydeleg på kvifor kommunen eig dei ulike selskapa og korleis kommunen ønskjer å følgje opp dei einskilde selskapa. Dette kan variere mellom selskapa. Revisjonen vil derfor tilrå at Vaksdal kommune set i verk følgjande tiltak:

1. Utarbeider ei eigarskapsmelding som jamleg blir oppdatert. Ei eigarskapsmelding kan mellom anna omfatte kva selskap kommunen eig, kvifor kommunen har eigardelar i selskapet, kven som er representert frå kommunen i dei styrande organa og korleis kommunen ønskjer å følgje opp selskapa.
2. Kommunen bør formulere ein eigarskapsstrategi for selskap kommunen eig. Omfanget av denne strategien kan tilpassast eigardel i dei einskilde selskapa, men det bør gå fram kvifor kommunen eig selskapet og kva forventningar kommunen har til eigarskapet i framtida. Eigarskapsstrategi for dei einskilde selskapa kan gjerne gå fram av eigarskapsmeldinga.
3. Kommunen bør årleg informere kommunestyret om eigarskapa til kommunen slik at dei folkevalde er kjent med eigarskapsforvaltninga til kommunen. Dette kan mellom anna gjerast ved å legge fram eigarskapsmeldinga og eventuelt årsmeldingane til selskapa årleg for kommunestyret. Rutinar for dette kan gå fram av eigarskapsmeldinga.
4. Utarbeide retningslinjer for kva kriterium som skal leggjast til grunn ved val av styrerepresentantar. Dette kan gjerne inngå som ein del av eigarskapsmeldinga.
5. Utarbeide retningslinjer for utøving av styreverv som medverkar til å klargjere rolle og mandat. Desse kan gjerne inngå som ein del av eigarskapsmeldinga.
6. Sikre at alle folkevalde og styrerepresentantar får tilstrekkeleg opplæring knytt til dei ulike aspekta ved eigarskapsforvaltning og styrearbeid.
7. Sørgje for at styrepraesentantar blir registrert i Styrevervregisteret enten ved at kommunen og kommunale selskap melder seg inn, eller at dei einskilde styrerepresentantar registrerer seg.



## 2. Innleiing

### 2.1 Bakgrunn

Deloitte har med utgangspunkt i bestilling frå kontrollutvalet i Vaksdal kommune gjennomført ein selskapskontroll av eigarskapsforvaltninga i Vaksdal kommune. Tema for denne selskapskontrollen er den overordna eigarskapsforvaltninga til Vaksdal kommune, og ikkje drifta i dei einsskild selskapa.

### 2.2 Føremål og problemstillingar

Føremålet med selskapskontrollen er å undersøke og vurdere kva system og rutinar Vaksdal kommune har for å forvalte sine eigarskap i selskap dei har eigarinteresser i. Selskapskontrollen fokuserer særleg på i kva grad KS sine retningslinjer for eigarskapsforvaltning er følgt opp av kommunen. Følgjande overordna problemstillingar er undersøkt:

1. I kva grad har kommunen utarbeidd ei **eigarskapsmelding** eller andre system og rutinar der kommunen sine føringar på område er gjort kjent?
2. I kva grad har kommunen **klare mål og strategiar** for eigarskapa sine?
  - a. Er det etablert eigarstrategiar for kvart av selskapa kommunen har eigarskap i?
  - b. Blir selskapsavtalar og/eller vedtekter jamleg revidert
  - c. I kva grad har kommunen etablert rutinar og retningslinjer for å føre kontroll med sine eigarinteresser og i kva grad blir desse eventuelt etterlevd?
3. I kva grad har kommunen gjennomført **opplæring** av folkevalde knytt til eigarskapsforvaltninga til kommunen?
4. I kva grad er det etablert **system og rutinar for kommunikasjon** mellom kommunestyret og eigarorgana i selskapa kommunen har eigarskap i?
  - a. I kva grad er det etablert rutinar for kommunikasjon i forkant av generalforsamling?
  - b. I kva grad blir det gjennomført eigarmøte?
5. I kva grad har kommunen rutinar for **val av representantar og samansetting av styre** som sikrar ei forsvarleg forvaltning av eigarskapa?
  - a. Kva rutinar har kommunen etablert for utnemning av eigarrepresentantar og val av styremedlemmar i selskap kommunen har eigarskap i?
  - b. Har kommunen rutinar for å vurdere samansetting av styre?
  - c. I kva grad sikrar kommunen at styremedlemmane får tilstrekkeleg med opplæring, spesielt knytt til styrearbeid, selskapsrett og etikk?
  - d. I kva grad har kommunen sett krav til selskapsstyra om kompetansevurdering, eigenevaluering, instruks for styret, opplæring og årleg plan for styret?

## 2.3 Metode

Selskapskontrollen har blitt gjennomført i samsvar med kapittel 6 i forskrift om revisjon i kommunar og fylkeskommunar og RSK 001 (standard for forvaltningsrevisjon).

### 2.3.1 Dokumentanalyse

Innsamla dokumentasjon og kjeldemateriale i form kommunale styringsdokument, relevant selskapsinformasjon, og dokumentasjon på etterleving av interne rutinar og regelverk m.m. har blitt analysert. Innsamla kjeldemateriale har blitt vurdert i forhold til kontrollkriteria.

### 2.3.2 Intervju

For å få innsikt i eigarskapsforvaltninga til kommune har revisjonen gjennomført intervju med assisterande rådmann og ordførar i kommunen.

### 2.3.3 Verifisering og høyring

Oppsummering av intervjuet er sendt til dei som er intervjuet for verifisering og det er informasjon frå dei verifiserte intervjureferata som er nytta i rapporten. Rapporten er sendt på verifisering og høyring til rådmannen. Høyringsuttalen er lagt ved rapporten.

## 2.4 Kontrollkriterium

Kontrollkriteria er dei krav og forventningar som observasjonane skal bli vurdert opp mot. Kriteria er utleia frå autoritative kjelder i samsvar med krava i gjeldande standard for forvaltningsrevisjon. I dette prosjektet er kontrollkriteria i hovudsak henta frå KS sine tilrådingar om aktiv eigarstyring og politiske vedtak i kommunen. Kriteria er nærare presentert innleiingsvis under kvart tema, og i vedlegg 2 til rapporten.

# 3. Eigarskapsmelding- og strategiar

## 3.1 Problemstillingar

- I kva grad har kommunen utarbeidd ei eigarskapsmelding eller andre system og rutinar der kommunen sine føringar på område er gjort kjent?
- I kva grad har kommunen klare mål og strategiar for eigarskapa sine?
  - Er det etablert eigarstrategiar for kvart av selskapa kommunen har eigarskap i?
  - Blir selskapsavtalar og/eller vedtekter jamleg revidert
  - I kva grad har kommunen etablert rutinar og retningslinjer for å føre kontroll med sine eigarinteresser og i kva grad blir desse eventuelt etterlevd?

## 3.2 Kontrollkriterium

Av KS sine tilrådingar går det fram at kommunar bør **utarbeide ei eigarskapsmelding** der ein går igjennom kommunen sine eigarskap og deltaking i interkommunale organ. I følgje KS bør ei eigarskapsmelding minimum innehalde tre hovudpunkt:

1. Oversikt over kommunen sin drift som er lagt til selskap og interkommunale samarbeidstiltak
2. Prinsipp for eigarstyring
3. Føremålsdiskusjon og selskapsstrategi knytt til dei ulike selskapa

Ifølgje KS er ei eigarskapsmelding viktig for å gje naudsynste styringssignal til selskapa og for å tydeleggjere kommunen sitt ansvar. Vidare vil ei eigarskapsmelding medverke til å gje ei oversikt over kommunen si samla verksemd, og gje dei folkevalde ei moglegheit til å setje seg inn i styringsmoglegheitene som ligg i dei ulike selskapsformane. KS tilrår at kommunestyret kvart år går gjennom og reviderer eigarskapsmeldinga.<sup>1</sup>

Det går også fram av KS sine tilrådingar at kommunen bør utarbeide og revidere selskapsstrategi og vedtekter/selskapsavtale. Eigar er råda til å klargjere sine forventningar til styret og selskapet gjennom ein eigarstrategi. KS peiker på at selskapet si verksemd skal gjerast tydeleg i vedtektene/selskapsavtalen, og at selskapet innafor ramma av vedtektene/selskapsavtalen bør ha klare mål og strategiar for si verksemd. Vidare bør føremålet i vedtekter/selskapsavtale bli vurdert med jamne mellomrom for å sjå om det er behov for endringar.<sup>2</sup>

Av tilrådingane går det vidare fram at kommunestyret har eit tilsyns- og kontrollansvar for å sikre at kommunen når sine mål, at regelverket blir etterlevd og at etiske omsyn blir sikra. Kontrollutvalet skal på vegne av kommunestyret sjå til at det blir ført kontroll med kommunen sine eigarinteresser i selskap. Det er viktig at det blir lagt til rette for at kontrollutvalet kan utøve sin funksjon på ein god måte. KS tilrår at kommunestyret innafor kommunelova sine føresegner fastsett reglar for selskapskontroll. Dette bør omfatte kva dokument som uoppfordra skal sendast til kontrollutvalet og kven denne plikta gjeld for. Kontrollutvalet og kommunen sin revisor skal bli varsla når

<sup>1</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.6

<sup>2</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.6

generalforsamling/representantskap og tilsvarande organ held møte, og kontrollutvalet/revisor har rett til å vere til stades på slike møte.<sup>3</sup>

KS tilrår vidare at administrasjonssjefen syter for at dei folkevalde og innbyggjarane lett kan finne informasjon med oversikt over selskap og anna som kommunen har eigarinteresser i.<sup>4</sup> Det går også fram av Kommunal regnskapsstandard (KRS) nr. 6, kap. 3, delkap. 3.1.1, pkt. 5 at det i note 5 til regnskapet skal gis en oversikt over kommunens eierdeler: «Aksjer og andeler i selskaper som er ført opp som anleggsmidler skal spesifiseres etter selskap. Det skal opplyses om balanseført verdi, eventuell markedsverdi og eierandel i hvert selskap. (...)».

### 3.3 Datagrunnlag

#### Oversikt over eigarskapa

Vaksdal kommune har ikkje utarbeidd ei samla oversikt over eigarskapa til kommunen, føremål med eigarskapa og kven som representerer kommunen i selskapa. Kommunen har utarbeidd eit dokument som har overskrifta Generalforsamlingsrepresentantar 2012-2015, men lista inneheld også etter det revisjonen kan sjå namn på personar som er styrepresentantar utan at dette går tydeleg fram av lista.

I note 5 i rekneskapet for 2014 går det fram kva selskaps kommunen har eigardelar i. Følgjande går fram om dei ulike selskapa:

- Balanseført verdi per 31.12.14 for alle selskapa kommunen har eigardeler i.
- Marknadsverdi på eigarskapa går fram for tre av selskapa.
- Eigardel går fram for tre av selskapa.
- For ti av elleve selskap synar noten tal på aksjar.

Under har revisjonen utarbeidd ein tabell som synar Vaksdal kommune sine eigarinteresser basert på innsamla informasjon frå ulike kjelder<sup>5</sup>:

Selskap	Eigardel	Hovudføremål	Eigarskap	Representant for kommunen i GF/representantskap	Styremedlem valt av Vaksdal kommune
<b>Aksjeselskap</b>					
<b>Vaksdal Næringspark AS</b>	100 %	Føremålet med selskapet var eige og utleige av anlegg for næringsverksemd, utvikle bustader for sal i Vaksdal kommune, samt alt som sto i naturleg samanheng med dette.  Dette er i dag eit sovande selskap. Kommunestyret har ikkje tatt endeleg stilling til kva som skal skje med selskapet.	Heileigd kommunalt eigarskap	Vaksdal kommunestyre	Anneli Vatle Lilletvedt Vara: Helge Risnes
<b>BIR AS</b>	1,61 %	Eige og forvalte selskap som skal sørge for innsamling, transport og handsaming av hushaldnings- og næringsavfall.	Heileigd kommunalt eigarskap	Ordførar	Ingen styremedlemmar frå Vaksdal kommune i BIR AS. Ordførar er nestleiar i styret til

<sup>3</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.8

<sup>4</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.8-9

<sup>5</sup> Informasjon er henta frå note 5 i årsrekneskapet for 2014, intervju, [www.proff.no](http://www.proff.no) og [www.ravninfo.com](http://www.ravninfo.com)

		BIR har åtte dotterselskap.			eit av dotterselskapa (TH Paulsen).
<b>Kommunekraft AS</b>	3,2 %	Formidle aksjeeigaranes disponible kraft.	Heileigd kommunalt eigarskap	Ordførar og kommunestyre-representant Svein Boge	Ingen
<b>Business Region Bergen AS</b>	2,0 %	Drive regional nærings-utvikling, etablererteneste, profilering og marknadsføring  (Støttar Vaksdal Næringssselskap AS ved behov)	Heileigd kommunalt eigarskap	Ordførar	Ingen
<b>Vaksdal Næringssselskap AS</b>	67,55 %	Fremje næringsutvikling i Vaksdal kommune gjennom å utvikle eksisterande verksemder, samt medverke til å skape nye verksemder.	Kommunalt og privat eigarskap	Ingen Ordførar har møte og uttalerett i styret og pleier å møte.	Jan Hansen Brita Hesjedal Lunde Karin Groth
<b>Modalen-Eksingedalen Billag AS</b>	28,34 %	Drive bussruter, annan transport, verksemd i denne samanheng og investering i andre selskap.	Kommunalt og privat eigarskap	Ordførar	Varaordførar
<b>Vaksdal Senter Utvikling AS</b>	8,7 %	Eige og utvikle Vaksdal Senter, samt tilhøyrande verksemd.	Kommunalt og privat eigarskap	Økonomisjef Truls Morten Kaland	Økonomisjef Truls Morten Kaland
<b>BKK AS</b>	0,37 %	Produksjon, overføring, distribusjon og omsetning av energi samt anna verksemd knytt til desse områda.	Kommunalt og privat eigarskap	Ordførar	Ingen
<b>Fjord Norge AS</b>	Under 1 %, 1 aksje	Internasjonal marknadsføring og tilrettelegging for sal for reiselivet i Rogaland, Hordaland, Sogn og Fjordane og Møre og Romsdal.	Kommunalt og privat eigarskap	Ingen	Ingen
<b>A/S Biblioteksentralen</b>	6 andelar	Vere eit serviceorgan for alle offentlege bibliotek.	Kommunalt og privat eigarskap	Ordførar mottar innkalling til GF, men møte ikkje pga. lav eigardel	Ingen
<b>KLP</b>	Eigenkapital -tilskot	Pensjonsleverandør, eigenkapital tilskot. Kommunen reduserte sin eigardel for ein del år sidan i samband med skifte av hovudleverandør pensjon. Hadde framleis ein liten eigardel. Har no gått inn i KLP på nytt.		Ingen	Ingen
<b>Interkommunale selskap</b>					
<b>Interkommunalt Arkiv i Hordaland IKS</b>	2,85 % Deltakar med delt ansvar	Arbeide for at verdifullt arkivmateriale i deltakar-kommunane blir tatt vare på og sikra som informasjonskjelder for samtid og ettertid, og gjort tilgjengeleg for offentleg verksemd, forskning	Kommunalt eigarskap	Varaordførar Sigmund Simmenes	Ingen



		og andre administrative og kulturelle føremål.			
<b>Driftsassistansen i Hordaland – Vann og Avløp IKS</b>	1,1 %	Vere eit kompetansesenter for vatn- og avlaupstenester.	Kommunalt eigarskap	Rådgjevar tekniske tenester - Svein Ove Hesjedal	Ingen

Ut over eigarskapa som er nemnt over er kommunen med i følgjande samarbeid (ikkje selskap)

- Interkommunalt utvalg for akutt forurensning (IUA)
- Osterfjorrådet
- Osterfjord næringsssamarbeid
- Bergen og omland friluftsråd (BOF).

### Eigarskapsmelding

Tidlegare var ansvaret for oppfølging av selskapa kommunen har eigarskap lagt til ein økonomirådgjevar. I dag ligg ansvaret for oppfølginga til rådmannen og delvis til økonomieininga. Det er eit pågåande arbeid i kommunen med å reorganisere økonomifunksjonen på revisjonstidspunktet, og revisjonen får opplyst at ansvaret for eigarskapsoppfølginga vil bli vurdert i samband med ei eventuell reorganisering.

Kommunen har ikkje utarbeidd ei eigarskapsmelding eller andre retningslinjer der kommunen sine føringar for eigarskapsforvaltninga er gjort kjent. Revisjonen får opplyst at eigarskapsforvaltning har vore tema i kommunestyret, og at det fleire gonger har blitt diskutert om kommunen skal utarbeide ei eigarskapsmelding. Kommunestyret vedtok i møte den 19/12-2011 – sak 75/11 å setje ned ei nemnd som skulle evaluere næringsutviklingsarbeidet i kommunen og kome med framlegg til moglege endringar. I vedtaket blei det også lagt vekt på at tida var inne for å sjå nærare på kommunen sine eigarskap. I vedtaket står det mellom anna:

*«Det er i tida å sjå på kommunane sin eigarskap i ulike selskap og kanskje uttrykke nokre mål og intensjonar bak eigarskapen.»*

*«Oppstart av arbeidet med ei eigarskapsmelding for Vaksdal kommune vert å koma tilbake til når kommunestyret har fatta vedtak i sak om evaluering av næringsarbeidet.»*

Ved handsaming av rapporten frå nemnda 2/7-2012 vedtok kommunestyret i sak 41/12 mellom anna at rådmannen skulle ha klart eit framlegg til eigarskapsmelding innan desember 2012. Revisjonen får opplyst at kommunen har starta på arbeidet som nemnda la grunnlag for, og det er utarbeidd eit forarbeid til ny strategisk plan for samfunnsutvikling/næringsutvikling i kommunen. Arbeidet skal vere grunnlag for pågåande arbeid med kommuneplan (samfunnsdel og arealdel). Tidsplan for arbeidet er noko forseinka og eigarskapsmeldinga er ikkje utarbeidd. Kommunestyret har ikkje etterlyst eigarskapsmeldinga.

### Mål og strategiar for eigarskapa

I samband med at eigarskapsforvaltning har vore eit tema i kommunestyret, har det også blitt diskutert om kommunen skal utarbeide eigarstrategi for eigarskapa. Kommunen har utarbeidd eit strategidokument knytt til næringsarbeid i Vaksdal som mellom anna omfattar Vaksdal Næringssselskap. Det blir også peika på at eigarane for selskapa Business Region Bergen AS, BKK AS, BIR AS har utarbeidd eigarstrategi, men Vaksdal kommune har ikkje utarbeidd egne eigarstrategiar for desse selskapa.

Valsdal kommune har ikkje rutinar eller retningslinjer for jamleg vurdering eller revisjon av selskapsavtalar eller vedtekter for selskap dei eig eller er deleigar i.

### Oppfølging av eigarskapa

Det er ikkje etablert retningslinjer for korleis kommunen ønskjer å følgje opp eigarskapa sine. Kommunen har praksis for å invitere utvalde selskap til å orientere om drifta i kommunestyret med jamne mellomrom. Revisjonen får opplyst følgjande:

- Då Vaksdal Næringspark AS var eit aktivt selskap var det praksis at leiaren orienterte minst ein gong i året i kommunestyret, men dette er ikkje lenger aktuelt.
- Modalen-Eksingedalen Billag AS møter i kommunestyret minst ein gong i valperioden.
- Vaksdal Næringssselskap AS møter cirka ein gong i året i kommunestyret. I tillegg deltar ordfører vanlegvis i styremøta.
- Kommunen sitt styremedlem i Vaksdal Senterutvikling AS har gjeve løypemelding til kommunestyret jamleg.
- BIR AS møter i kommunestyret ein gong i året.
- Business Region Bergen AS møter i kommunestyret med jamne mellomrom.
- BKK AS møter i kommunestyret på førespurnad. Kommunen møter BKK AS minimum ein gong i året der ordførar, rådmann og selskapet diskuterer relevante saker.

Det har ikkje vore noko rutine eller fast praksis knytt til oppfølging av og møter med dei andre selskapa. Det er heller ikkje etablert rutine for at kontrollutvalet blir varsla når generalforsamling/representantskap og tilsvarande organ held møte.

### 3.4 Vurdering

Kommunen har ikkje følgt opp kommunestyrevedtak frå 2/7-2012, sak 41/12, der kommunestyret ber administrasjonen om framlegg til eigarskapsmelding innan desember 2012. Manglande eigarskapsmelding er heller ikkje i samsvar med KS si tilråding om at kommunen bør utarbeide ei eigarskapsmelding (tilråding nr. 2). Revisjonen meiner at ei slik melding er viktig for å gje ei samla oversikt over eigarskapa til kommunen og for å samle kommunen sine føringar knytt til eigarskapsforvaltninga. Ei slik melding er også viktig for å sikre at både folkevalde, og dei som representerer kommunen i desse selskapa, er kjent med korleis kommunen ønskjer å følgje opp eigarskapa sine. Revisjonen meiner at ei slik melding kan tilpassast omfanget av eigarskapa, og treng ikkje vere særleg omfattande om ikkje kommunen meiner det er behov for dette. Samstundes meiner revisjonen at ei slik melding bør innehalde som minimum kva eigarskap kommunen har, eigardel, føremålet og ev. strategi med eigarskapen, og representasjon i selskapet.

Revisjonen vil også understøtte at det er eit krav i Kommunal regnskapsstandard (KRS) at det i note 5 til rekneskapet skal førast opp informasjon om eigarskapa til kommunen: «Aksjer og andeler i selskaper som er ført opp som anleggsmidler skal spesifiseres etter selskap. Det skal opplyses om balanseført verdi, eventuell markedsverdi og eierandel i hvert selskap. (...)». Vaksdal kommune har berre delvis oppfylt dette kravet ved at eigardel ikkje er ført opp for alle selskapa.

Revisjonen meiner vidare at Vaksdal kommune ikkje har ei systematisk eigarskapsforvaltning og oppfølging av eigarskapa i samsvar med KS sine retningslinjer. Revisjonen merkar seg at kommune sine eigardelar i selskapa varierer i storleik og at det ikkje er alle selskapa Vaksdal kommune har vesentlege eigarinteresser i. Revisjonen meiner at kommunen likevel bør vere tydeleg på kvifor kommunen har eigarskap i dei ulike selskapa, kva som er hovudføremålet og korleis kommunen ønskjer å følgje opp og kontrollere dei einskilde selskapa. Sjølve oppfølginga kan variere avhengig av korleis kommunen vurderer dei ulike eigarskapa.

Revisjonen meiner vidare at det er viktig at kommunen definerer kven som skal ha ansvaret for eigarskapsoppfølginga i kommunen og kva dette skal innebære. Vidare meiner revisjonen at det er viktig at ansvaret for eigarskapsoppfølginga i kommunen blir kommunisert tydeleg til eigarrepresentantar frå kommunen og selskapa kommunen har eigarskap i.

Ein viktig del av eigarskapsforvaltninga er at det blir lagt til rette for at kontrollutvalet kan utøve sin funksjon på ein god måte. KS tilrår at kommunestyret mellom anna gjev uttrykk for kva dokument som uoppfordra skal sendast til kontrollutvalet og kven denne plikta gjeld for. KS presiserer at kontrollutvalet og kommunen sin revisor skal bli varsla når generalforsamling/representantskap og tilsvarande organ held møte, og kontrollutvalet/revisor har rett til å vere til stades på slike møte. Revisjonen meiner at det er uheldig at kontrollutvalet i Vaksdal kommune ikkje har

blitt varsla om slike møte og at utvalet må gjerast merksam på planlagde møte for å avgjere om dei ønskjer å møte med ein representant på generalforsamling eller ikkje.

# 4. Opplæring av folkevalde

## 4.1 Problemstillingar

- I kva grad har kommunen gjennomført opplæring av folkevalde knytt til eigarskapsforvaltninga til kommunen?

## 4.2 Kontrollkriterium

Av KS sine tilrådingar går det fram at kommunen som ein del av folkevaldopplæringa bør gjennomføre obligatoriske kurs eller eigarskapsseminar for alle folkevalde i dei ulike aspekta knytt til eigarstyring av utskilt verksemd. Det går fram at den første opplæringa bør bli gjennomført i løpet av dei første 6 månadene av valperioden og følgjast opp etter to år. Vidare anbefalar KS at det blir utarbeide ei oversikt over status for selskapa til kommunestyra. Det er viktig at kommunen som eigar får kunnskap om og innsikt i omfanget av selskapsorganisering og dei styringsmoglegheiter kommunen har for selskap kommunen har eigardelar i, og at dei folkevalde får innsikt i ulike roller ein innehar som både folkevald og som t.d. styremedlem og generalforsamlingsrepresentant. Dei folkevalde må vere medvitne om roller, styringslinjer og ansvarsdeling.

## 4.3 Datagrunnlag

I samband med KS sin folkevaltopplæring i etterkant av valet i 2012 inngjekk også ei kort innføring i det som gjaldt eigarskapsforvaltning. Utover dette har ikkje kommunen arrangert andre opplæringstilbod knytt til eigarskapsforvaltning for dei folkevalde i kommunestyreperioden. Revisjonen får opplyst at administrasjonen per i dag ikkje gir kommunestyre noko samla informasjon om eigarskapsporteføljen til kommunen.

## 4.4 Vurdering

Revisjonen meiner at kommunen, i tillegg til folkevaltopplæringa i regi av KS, jamleg bør gje jamleg opplæring/informasjon til dei folkevalde om eigarskapsforvaltninga til kommune. Til dømes kan ein årleg gjennomgang av ei eigarskapsmelding vere eit slikt tiltak (jf. vurdering i delkapittel 3.4). Det er viktig å gje dei folkevalde tilstrekkeleg innsyn i kommunen sine eigarskap og kommunen sin strategi knytt til eigarskap. Vidare meiner revisjonen at kommunen bør sikre opplæring til eventuelle styrerepresentantar som ikkje er folkevalde. Dette er viktig for å sikra at alle styrerepresentantar får grunnleggjande kunnskap om rammene for, og innhaldet i, utøving av styreverv i selskap der kommunen har eigarskap.

# 5. Kommunikasjon mellom kommunestyret og eigarorgana

## 5.1 Problemstillingar

- I kva grad er det etablert system og rutinar for kommunikasjon mellom kommunestyret og eigarorgana i selskapa kommunen har eigarskap i?
  - I kva grad er det etablert rutinar for kommunikasjon i forkant av generalforsamling?
  - I kva grad blir det gjennomført andre eigarmøte enn generalforsamling?

## 5.2 Kontrollkriterium

KS sine tilrådingar omhandlar også samansetting og funksjon av eigarorgan. For aksjeselskap og interkommunale selskap anbefalar KS at kommunestyret vel sentrale folkevalde som eigarrepresentant i selskapa sitt eigarorgan. Eigarutøvinga skal spegle kommunestyret si samla avgjerse eller fleirtalsavgjerse. Det er sentralt at det blir oppretta ein føreseieleg og klar kommunikasjon mellom eigarrepresentantane og kommunestyret i forkant av generalforsamlingar/representantskapsmøte. Det blir presisert at eigarstyringa skal skje gjennom eigarorganet for selskapa og ikkje i selskapsstyra. Det blir vidare peika på at innanfor selskapsformene AS og IKS bør det, for å sikre engasjement, debatt og reell politisk avklaring av eigarorganet si mynde, etablerast føreseielege kommunikasjonsformer mellom kommunestyret og eigarorgan som blir forankra i eigarskapsmeldinga.<sup>6</sup>

KS tilrår også at det blir gjennomført eigarmøte. Generalforsamling/representantskap er det formelle eigarmøtet, men det kan også bli kalla inn til eigarmøte utover desse, til dømes for å drøfte ei sak utan at det blir gjort formelle vedtak. Det er opp til eigarane å vurdere om det er behov for uformelle eigarmøte. KS tilrår at styret bør leggje til rette for at flest mogleg av eigarorganet sine medlemmer kan ta del i generalforsamling/representantskap og at dette blir ein effektiv møteplass for eigarane og styret. Styreleiar og dagleg leiar har plikt til å delta på generalforsamlinga i aksjeselskap og i representantskap i interkommunale selskap.<sup>7</sup>

## 5.3 Datagrunnlag

Ordførar er i hovudsak eigarrepresentant for kommunen i selskap kommunen har eigardelar i. Ordførar deltek fast på generalforsamling for BIR AS, Business Region Bergen AS, Vaksdal Næringssselskap AS, Modalen-Eksingedalen Billag AS og BKK AS. Heile kommunestyret møter som generalforsamling for Vaksdal Næringspark AS. Ordførar har ikkje møtt på Kommunekraft AS sine siste generalforsamlingar. Det går ikkje fram av undersøkinga om eigarrepresentantane for dei to interkommunale selskapa som kommunen har eigardelar i deltek på representantskapsmøte.

Revisjonen får opplyst at ordførar mottar innkalling til generalforsamling til riktig tid for dei selskap kommunen eig eller har eigardelar i, og som ordfører er eigarrepresentant for. Kommunen har ikkje utarbeidd system eller rutinar for å sikre kommunikasjon mellom kommunestyret og eigarrepresentanten i forkant av formelle eigarmøte for å gi føringar.

<sup>6</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.9

<sup>7</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.10

Det går vidare fram av undersøkinga at det ikkje er system eller rutine for kommunikasjon mellom eigarrepresentant og kommunestyret i etterkant av formelle eigarmøte. Innkalling og/eller protokoll frå møta blir i liten grad lagt fram for kommunestyret.

Uformelle eigarmøte blir gjennomført etter ønskje og ikkje etter ein fast struktur. Nokre gonger blir det gjennomført uformelle eigarmøte mellom kommunen og til dømes BIR AS, Business Region Bergen AS eller BKK AS. Til dømes har det vore eigarmøte for saker som er spesielt aktuelle, til dømes BIR AS sitt bossug. Ordfører har teke initiativ til eigarmøte for Vaksdal Senterutvikling AS, men det har det ikkje blitt kalla inn til på revisjonstidspunktet.

Ordfører mottar årsmelding frå dei største selskapa som kommunen har eigardelar i. Årsmeldingane blir ikkje lagt fram for kommunestyret. Det blir i intervju vist til at desse i dei fleste tilfella er tilgjengeleg på Internet for dei som er interessert.

## 5.4 Vurdering

Det er sentralt i eigarstyring at det blir oppretta ein føreseieleg og klar kommunikasjon mellom eigarrepresentantane og kommunestyret i forkant av generalforsamlingar/representantskapsmøte. Revisjonen meiner at kommunen i liten grad har etablert rutinar for kommunikasjon i forkant av generalforsamling eller representantskapsmøte. Dette gjeld både internt i kommunen, og mellom kommunestyret og eigarorgana. Behovet for kommunikasjon kan vere ulik avhengig av kva selskap det gjeld og kva saker som til ei kvar tid er aktuelle. Kommunen bør likevel ha retningslinjer for kva kommunikasjon som er ønskjeleg og korleis kommunestyret skal informerast om planlagde og gjennomførte møte, og årsmeldingar. Revisjonen meiner at kommunen bør krevje at årsmelding frå alle selskap dei har eigardelar i blir sendt til kommunen. Vidare bør kommunen også krevje at protokoll i etterkant av formelle eigarmøte blir sendt til eigarrepresentant og arkivert av kommunen slik at det er offentleg tilgjengeleg.

# 6. Val av representantar og samansetting av styre

## 6.1 Problemstillingar

- I kva grad har kommunen rutinar for val av representantar og samansetting av styre som sikrar ei forsvarleg forvaltning av eigarskapa?
  - Kva rutinar har kommunen etablert for utnemning av eigarrepresentantar og val av styremedlemmar (og varamedlemmar) i selskap kommunen har eigarskap i?
  - Har kommunen rutinar for å vurdere samansetting av styre?
  - I kva grad sikrar kommunen at styremedlemmane får tilstrekkeleg med opplæring, spesielt knytt til styrearbeid, selskapsrett og etikk?
  - I kva grad har kommunen sett krav til selskapsstyra om kompetansevurdering, eigenevaluering, instruks for styret, opplæring og årleg plan for styret?

## 6.2 Kontrollkriterium

Ved val av styre til selskap organisert etter aksjelova og lov om interkommunale selskap tilrår KS at det bør vedtektsfestast bruk av valkomité. Valkomiteen si innstilling bør grunngjevast og valkomiteen bør ha ein dialog med styret før eit forslag blir fremja. KS peikar vidare på at samansettinga av styret bør gjerast ut i frå at styret er eit kollegialt organ og representantar bør bli valt ut i frå formelle krav til kompetanse og selskapet sin eigenart og målsetting. KS viser også til at styret sin eigenevaluering bør bli tatt med i vurderinga ved val av styrerepresentantar.<sup>8</sup> Vidare tilrår KS at når det utpeikast vara til styre bør ordninga med numerisk vara bli nytta for å sikre kontinuitet og kompetanse i styret.<sup>9</sup>

Når det gjeld habilitetsvurderingar og politisk representasjon i styre tilrår KS at styra etablerer faste rutinar for å handtere moglege habilitetskonfliktar, og presiserer at ordfører og rådmann ikkje bør sitje i styret. Når kommunen som eigar skal avgjere om dei skal velje ein folkevalt eller ein tilsett i kommunen som styremedlem for eit selskap, bør kommunen vurdere kor ofte vedkommande blir inhabil.<sup>10</sup>

KS sine tilrådingar omhandlar også kjønnsrepresentasjon i styre. KS peiker på at det i høve til lov om interkommunale selskap er krav om tilnærma 40 % kjønnsrepresentasjon i styra. Vidare trekk KS fram at reglane i aksjeloven § 20-6 om representasjon av begge kjønn i styre i aksjeselskap gjeld tilsvarande for aksjeselskap der kommunar til saman eig minst to tredeler av aksjane i selskapet.<sup>11</sup>

KS sine tilrådingar omhandlar også eigar sine krav til profesjonelle styret i kommunal sektor. Av tilrådingane går det fram at det er eigar sitt ansvar å setje saman styre med ei samla kompetanse som er tilpassa det einskilde selskap si verksemd. Eigar har eit betydeleg ansvar for å gje informasjon om rammene for og innhaldet i det å ha eit styreverv. Vidare blir det vist til at eigar bør foreta ein analyse av selskapet sitt føremål og eigar sine forventningar som grunnlag

<sup>8</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.11

<sup>9</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.12

<sup>10</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.12-13

<sup>11</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.12-13

for å setje saman eit profesjonelt styre.<sup>12</sup> Eit profesjonelt samansett styre skal ha kompetansen som er naudsynt for å oppfylle eigar sine forventningar, men dersom naudsynt kompetanse ikkje er til stades i utgangspunktet bør eigar gje tilbod om opplæring der dette er naudsynt.<sup>13</sup> KS har også kome med tilrådingar til kva kompetanse styremedlemmar bør ha (sjå vedlegg 2 i rapporten for oversikt over kompetansekrava).<sup>14</sup>

Det er eigar sitt ansvar å sikre eit styre med naudsynt kompetanse til å leie selskapet i samsvar med eigar sitt føremål. Samstundes har styret eit sjølvstendig ansvar for å gjennomføre jamlege kompetansevurderingar av eget styre i forhold til eigarane sitt føremål med selskapet. For å sikre utvikling av naudsynt kompetanse i styret tilrår KS at det blir etablert ein rekke rutinar som ein del av styret sine ramar, til dømes å gjennomføre eigenevaluering kvart år, gjennomføre styreseminar og fastsette ein årleg plan. KS peikar på at rutinane er ei rettesnor og at rutinane naturleg nok vil avhenge av selskapet sin storleik og verksemd.<sup>15</sup>

### 6.3 Datagrunnlag

Etter kvart kommuneval vel kommunen styrerepresentantar basert på valnemnda si innstilling. I hovudsak ligg det politiske vurderingar bak val av styrerepresentantar, og dermed speglar vanlegvis val av styrerepresentantar den politiske samansettinga i kommunestyret. Kompetanse og engasjement kan også telle ved val av styrerepresentantar.

Det er ikkje utarbeidd formelle føringar for korleis val av styremedlemmar skal gjennomførast eller kva som skal bli lagt vekt på ved val av styrerepresentantar. Kommunen har ikkje utarbeidd rutinar for å vurdere samansetting av styra. Det er ikkje formulert konkrete krav til vurdering av kompetanse for kven som blir valt til styremedlem, og val av styremedlemmar blir ikkje grunngjevne skriftleg.

Folkevalde i kommunen får opplæring i eigarskapsforvaltning gjennom folkevaltopplæringa til KS kvart fjerde år. Kommunen formidlar elles andre tilbod om kurs til sine styremedlem. Kursa er ikkje obligatorisk, og tilbodet blir nytta i ulik grad. Vanlegvis har to til tre personar deltatt på kurs i løpet av ein kommunestyreperiode. Styrerepresentantar kan også delta på andre kurs ved behov for opplæring, og tar i dei tilfella kontakt med kommunen om dette.

Kommunen har ikkje vedteke særskilde krav som selskap dei har eigarskap i må rette seg etter. Revisjonen får opplyst at nokre av krava kan vere dekkja i selskapa sine vedtekter eller selskapsavtaler, men kommunen har ikkje utarbeidd eigne føringar for selskapa (t.d. for gjennomføring av styreevaluering, styreinstruks, utarbeiding av etiske retningslinjer og liknande).

I ein interpellasjon i kommunestyremøte i juni 2015 blei det stilt spørsmål om ordførar vil ta initiativ til at Vaksdal kommune skal melde seg inn i styrevervregisteret frå og med valperioden 2015 – 2019. Ordførar svarta med at Vaksdal har hatt løysinga der den enkelte har hatt ansvar for å registrere dette sjølv. Men at det er ordføraren sin meining at det nye kommunestyret bør fatte et vedtak om tilslutning til Styrevervregisteret.

Revisjonen har søkt i styrevervregisteret på alle namn som revisjonen har fått opplyst som styrerepresentantar for Vaksdal kommune (sjå tabell i kapittel 3 i rapporten), og det er berre ordførar som har registrert eit verv i styrevervregisteret. Dette gjeld vervet som styremedlem i BIR AS som han hadde fram til 2015.

Kommunen har utarbeidd etiske retningslinjer som gjeld for både administrasjon og folkevalde. Kommunen har ikkje stilt krav til selskapa dei har eigardelar i om å utarbeide eigne etiske retningslinjer eller om å følgje kommunen sine.

### 6.4 Vurdering

Revisjonen meiner at valnemnda si innstilling bør grunngjevast skriftleg, og at kommunen bør spesifisere kva krav valnemnda skal legge til grunn for arbeidet med å sette saman eit profesjonelt styre, i tråd med tilrådingane frå KS.

<sup>12</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.10

<sup>13</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.10

<sup>14</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.10

<sup>15</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.11-12



Revisjonen har ikkje vurdert kjønnsfordelinga i styra som kommunen har eigarskap i, men kommunen bør stille krav om ein jamn kjønnsfordeling i forbindelse med valnemnda sitt arbeid. Revisjonen viser vidare til at KS i sine tilrådingar presiserer at når kommunen som eigar skal avgjere om dei skal velje ein folkevalt eller ein tilsett i kommunen som styremedlem for eit selskap, bør kommunen vurdere kor ofte vedkommande blir inhabil.

Som eit ledd i å sikra eit profesjonelt styre bør kommunen sette krav i eigarskapsmeldinga om årleg eigenevaluering av styra i selskap kommune har eigarskap i. Andre krav revisjonen meiner at kommunen bør stille til selskapa er gjennomføring av eigne styreseminar, utarbeiding av ein årleg plan for styret og fastsette instruks for styret og dagleg leiing, i samråd med dei andre eigarane for selskapa.

Revisjonen meiner det er uheldig at Vaksdal kommune sine styremedlemmer ikkje har registrert styreverva sine i Styrevervregisteret. Revisjonen meiner at det er viktig at alle styreverv er registrert i styrevervregisteret for å medverke til openheit i forvaltninga. KS har nyleg endra praksis for registrering av verv. Tidlegare var det den einskilde styrerepresentant som registrerte vervet sitt. No er det også slik at dersom ein kommune eller eit kommunalt selskap har vedtatt å knytte seg til Styrevervregisteret, blir opplysningane om folkevalde og tilsette sine verv/stilling automatisk registrert i Styrevervregisteret. Revisjonen meiner difor at kommune bør knytte seg til Styrevervregisteret og vurdere om kommunen også skal etablere føringar for selskapa kommunane har eigarskap i, om at dei også må slutte seg til registeret. Dette kan til dømes gå fram av ei eigarskapsmelding.

## 7. Konklusjon og tilrådingar

Eigarskapskontrollen syner at Vaksdal kommune ikkje har utarbeidd eigarskapsmelding eller andre rutinar og retningsliner for eigarskapsforvaltninga til kommunen. Revisjonen meiner dette ikkje er i samsvar med kommunestyret sitt vedtak frå 2012 eller med KS sine tilrådingar knytt til god eigarskapsforvaltning. Revisjonen merkar seg at størrelsen på eigarskapa er varierende, likevel meiner revisjonen at kommunen bør vere tydeleg på kvifor kommunen eig dei ulike selskapa og korleis kommunen ønskjer å følgje opp dei einskilde selskapa. Dette kan variere mellom selskapa. Revisjonen vil derfor tilrå at Vaksdal kommune set i verk følgjande tiltak:

8. Utarbeider ei eigarskapsmelding som jamleg blir oppdatert. Ei eigarskapsmelding kan mellom anna omfatte kva selskap kommunen eig, kvifor kommunen har eigardelar i selskapet, kven som er representert frå kommunen i dei styrande organa og korleis kommunen ønskjer å følgje opp selskapa.
9. Kommunen bør formulere ein eigarskapsstrategi for selskap kommunen eig. Omfanget av denne strategien kan tilpassast eigardel i dei einskilde selskapa, men det bør gå fram kvifor kommunen eig selskapet og kva forventningar kommunen har til eigarskapet i framtida. Eigarskapsstrategi for dei einskilde selskapa kan gjerne gå fram av eigarskapsmeldinga.
10. Kommunen bør årleg informere kommunestyret om eigarskapa til kommunen slik at dei folkevalde er kjent med eigarskapsforvaltninga til kommunen. Dette kan mellom anna gjerast ved å legge fram eigarskapsmeldinga og eventuelt årsmeldingane til selskapa årleg for kommunestyret. Rutinar for dette kan gå fram av eigarskapsmeldinga.
11. Utarbeide retningsliner for kva kriterium som skal leggjast til grunn ved val av styrerepresentantar. Dette kan gjerne inngå som ein del av eigarskapsmeldinga.
12. Utarbeide retningsliner for utøving av styreverv som medverkar til å klargjere rolle og mandat. Desse kan gjerne inngå som ein del av eigarskapsmeldinga.
13. Sikre at alle folkevalde og styrerepresentantar får tilstrekkeleg opplæring knytt til dei ulike aspekta ved eigarskapsforvaltning og styrearbeid.
14. Sørge for at styrepresentantar blir registrert i Styrevervregisteret enten ved at kommunen og kommunale selskap melder seg inn, eller at dei einskilde styrerepresentantar registrerer seg.

# Vedlegg 1: Høyringsuttale

## **Høyringsuttale frå rådmann, datert 9.9.2015.**

Rådmann er samd i tilråingane i rapporten og dei konkrete tiltaka som er foreslått.

Arbeidet med eigarskapsmelding er av ulike grunnar sterkt forseinka, framover vert dette prioritert. Ansvar for eigarskapsoppfølginga er lagt til rådmanns stab. Interne rutinar for rapportering m.v vert gjennomgått og revidert, dette arbeidet er starta opp.

Rådmann støttar forslaga knytt til eigarskapsstrategi og styreverv. Innmelding i Styrevervregisteret er ganske nyleg debattert i kommunestyret og vert fulgt opp.

# Vedlegg 2: Kontrollkriterium

## KS sine tilrådingar for eit aktivt eigarskap

KS har utarbeidd eit sett med tilrådingar<sup>16</sup> for korleis kommunale/fylkeskommunale eigarskap bør forvaltast og kva system og rutinar kommunar og fylkeskommunar bør etablere. Av tilrådingane går det innleiingsvis fram følgjande om aktivt eigarskap i kommunar/fylkeskommunar:

«Et aktivt eierskap er grunnleggende for en best mulig lokalpolitisk forvaltning av de samlede verdier og har direkte konsekvenser for selskapene, deres disponeringer og deres markedsposisjon. Samtidig vil et aktivt eierskap gi viktige signaleffekter overfor omverden og styrke kommunens/fylkeskommunens omdømme.»<sup>17</sup>

I den sist oppdaterte versjonen (2014) omtalar KS 19 tema med tilhøyrande tilrådingar:

1. Obligatorisk opplæring av og informasjon til folkevalde
2. Utarbeiding av eigarskapsmeldingar
3. Utarbeiding og revidering av selskapsstrategi og selskapsavtale/vedtekter
4. Vurdering og val av selskapsform
5. Fysisk skilje mellom monopol og konkurranseverksemd
6. Tilsyn og kontroll med kommunale føretak og med forvaltninga av kommunen sine interesser i selskap
7. Samansetting og funksjon av eigarorgan
8. Gjennomføring av generalforsamlingar og representantskapsmøte
9. Samansetting av selskapstyre
10. Valkomité for styreutnemning i aksjeselskap og interkommunale selskap
11. Rutinar for kompetansevurdering av selskapsstyre
12. Styresamansetting i konsernmodell
13. Oppnemning av vararepresentantar
14. Habilitetsvurderingar og politisk representasjon i styre
15. Balansert kjønnsrepresentasjon i styre
16. Godtgjøring og registrering av styreverv
17. Arbeidsgjevartilknytning i sjølvstendige rettssubjekt
18. Utarbeiding av etiske retningslinjer
19. Administrasjonssjefen sin rolle i kommunale og fylkeskommunale føretak

Av KS sine tilrådingar går det fram at kommunen som ein del av folkevaldopplæringa bør **gjennomføre obligatoriske kurs eller eigarskapsseminar** for alle folkevalde i dei ulike aspekta knytt til eigarstyring av utskilt verksemd. Det går fram at den første opplæringa bør bli gjennomført i løpet av dei første 6 månadene av valperioden og følgjast opp etter to år. Vidare anbefalar KS at det blir utarbeidd ei oversikt over status for selskapa til kommunestyra. Det er viktig at kommunane som eigarar får kunnskap om og innsikt i omfanget av selskapsorganisering og dei styringsmuligheiter dei har for selskap kommunen/fylkeskommunen har eigardelar i, og at dei folkevalde får innsikt i ulike roller ein innehar som både folkevald og som t.d. styremedlem og representantskapsmedlem. Dei folkevalde må vere medvitne om roller, styringslinjer og ansvarsdeling.

<sup>16</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014)

<sup>17</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014) s.2

Av KS sine tilrådingar går det fram at kommunen bør **utarbeide eigarskapsmelding** ved å gjennomgå verksemder organisert som sjølvstendige rettssubjekt eller interkommunale organ. Det går fram at ein eigarskapsmelding kan definerast som eit overordna politisk styringsinstrument for verksemder som er lagt til eit eige rettssubjekt, eller har eit eige styre etter kommuneloven § 27. Ei eigarskapsmelding bør som minimum innehalde tre hovudpunkt:

1. Oversikt over kommunen sine verksemder som er lagt til selskap og interkommunale samarbeidstiltak
2. Prinsipp for eigarstyring
3. Føremålsdiskusjon og selskapsstrategi knytt til dei ulike selskapa.

Vidare går det fram at eigarskapsmeldinga kan bidra til samhandling og kommunikasjon mellom eigar og selskapa. Å gi naudsynste styringssignal til selskapa og å vere ein tydeleggjering av kommunen sitt ansvar er nokre av funksjonane ein eigarskapsmelding kan ha. Vidare vil ei eigarskapsmelding bidra til å gje oversikt over kommunen si samla verksemd, og gje dei folkevalde ei moglegheit til å setje seg inn i styringsmoglegheitene som ligg i dei ulike selskapsformane.

KS tilrår at kommunestyret kvart år går igjennom og reviderer eigarskapsmeldinga. Eigarskapsmeldinga kan også innehalde eit eige punkt om selskapa sitt samfunnsansvar, t.d. politiske målsettingar knytt til miljø, likestilling, openheit, etikk osv. Dersom kommunen er medeigar i fleire selskap saman med andre kommunar, kan det bli utarbeidd ein interkommunal eigarskapsmelding som vil sikre felles føringar frå eigarane der det er mogleg.<sup>18</sup>

Det går også fram av KS sine tilrådingar at kommunen bør **utarbeide og revidere selskapsstrategi og vedtekter/selskapsavtale**. Eigar blir tilråda å klargjere sine forventningar til styret og selskapet gjennom ein eigarstrategi. KS peiker på at selskapet si verksemd skal gjerast tydeleg i vedtektene/selskapsavtalen, og at selskapet innafor ramma av vedtektene/selskapsavtalen bør ha klare mål og strategiar for si verksemd. KS tilrår at langsiktigheit og samfunnsansvar blir lagt til grunn for kommunalt/fylkeskommunalt eigarskap. Selskapet skal klargjere prinsipp for utbyttepolitikk og fremje desse for eigarorganet. Vidare bør føremålet i vedtekter/selskapsavtale bli vurdert med jamne mellomrom for å sjå om det er behov for endringar.<sup>19</sup>

Vidare blir det vist til at føremål for selskap ofte blir definert nokså generelt, noko som kan medføre vide moglegheiter til endringar i verksemda. Det blir peika på at det vil vere opp til eigarorganet å vurdere behovet for selskapet sitt handlingsrom.<sup>20</sup>

Når det gjeld **vurdering og val av selskapsform** går det fram av KS sine tilrådingar at det er eigar sitt ansvar å sikre at selskap har ein selskapsform som er tilpassa verksemda sitt føremål, eigarstyringsbehov, marknadsforhold og konkurranseregulering.<sup>21</sup>

Dersom kommunen har eigarskap i selskap som opererer i konkurranseverksemd i tillegg til monopolverksemd, bør det som hovudregel etablerast eit **fysisk skilje mellom monopol og konkurranseverksemd**, for å unngå rolleblanding og kryss-subsidiering eller mistanke om dette. Organiseringa av konkurranseutsett verksemd bør så langt som mogleg ha åtskilt leiging og bemanning, i tillegg til å vere fysisk åtskilt frå monopolverksemda.<sup>22</sup>

Av tilrådingane går det vidare fram at kommunestyret har **eit tilsyns- og kontrollansvar** for å sikre at kommunen når sine mål, at regelverket blir etterlevd og at etiske omsyn blir sikra. Kontrollutvalet skal på vegne av kommunestyret sjå til at det blir ført kontroll med kommunen sine eigarinteresser i selskap. Det er viktig at det blir lagt til rette for at kontrollutvalet kan utøve sin funksjon på ein god måte. KS tilrår at kommunestyret innafor kommunelova sine føresegner fastsett regler for selskapskontroll. Dette bør omfatte kva dokument som uoppfordra skal sendast til kontrollutvalet og kven denne plikta gjeld for. Kontrollutvalet og kommunen sin revisor skal bli varsla når

<sup>18</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.6

<sup>19</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.6

<sup>20</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.7

<sup>21</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.7

<sup>22</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.7

generalforsamling/representantskap og tilsvarande organ held møte, og kontrollutvalet/revisor har rett til å vere til stades på slike møte.<sup>23</sup>

KS tilrår vidare at administrasjonssjefen syter for at dei folkevalde og innbyggjarane lett kan finne informasjon med oversikt over selskap og anna som kommunen har eigarinteresser i.<sup>24</sup>

KS sine tilrådingar omhandlar også **samansetting og funksjon av eigarorgan**. For aksjeselskap og interkommunale selskap anbefalar KS at kommunestyret vel sentrale folkevalde som eigarrepresentant i selskapa sitt eigarorgan. Eigarutøvinga skal spegle kommunestyret si samla avgjersle eller fleirtalsavgjersle. Det er sentralt at det blir oppretta ein føreseieleg og klar kommunikasjon mellom eigarrepresentantane og kommunestyret i forkant av generalforsamlingar/representantskapsmøte. Det blir presisert at eigarstyringa skal skje gjennom eigarorganet for selskapa og ikkje i selskapsstyra. Det blir vidare peika på at innanfor selskapsformene AS og IKS bør det, for å sikre engasjement, debatt og reell politisk avklaring av eigarorganet si mynde, etablerast føreseielege kommunikasjonsformer mellom kommunestyret og eigarorgan som forankrast i eigarskapsmeldinga.<sup>25</sup>

KS tilrår også at det blir **gjennomført eigarmøte**. Generalforsamling/representantskap er det formelle eigarmøtet, men det kan også bli kalla inn til eigarmøte utover desse, til dømes for å drøfte ei sak utan at det blir gjort formelle vedtak. Det er opp til eigarane å vurdere om det er behov for uformelle eigarmøte. KS tilrår at styret bør leggje til rette for at flest mogleg av eigarorganet sine medlemmer kan ta del i generalforsamling/representantskap og at dette blir ein effektiv møteplass for eigarane og styret. Styreleiar og dagleg leiar har plikt til å delta på generalforsamlinga i aksjeselskap og i representantskap i interkommunale selskap. Revisor har rett til å vere til stades, og nokre gonger har revisor plikt til å møte.<sup>26</sup>

KS sine tilrådingar omhandlar også eigar sine krav til **profesjonelle styrer** i kommunal sektor. Av tilrådingane går det fram at det er eigar sitt ansvar å setje saman styre med ei samla kompetanse som er tilpassa det einskilde selskap si verksemd. Eigar har eit betydeleg ansvar for å gje informasjon om rammene for og innhaldet i det å ha eit styreverv. Det blir vidare vist til at å ta på seg eit styreverv er eit personlig verv. Det betyr at ein ikkje representerer verken politiske parti, kommunen eller andre interessentar, men skal ta i vare selskapet sine interesser på best mogeleg måte saman med resten av styret og ut i frå selskapet sitt føremål. Vidare blir det vist til at eigar bør foreta ein analyse av selskapet sitt føremål og eigar sine forventningar som grunnlag for å setje saman eit profesjonelt styre.<sup>27</sup>

Vidare blir det vist til at eit styre bør ha generalist- og fagspesifikk kompetanse, og kompetansen bør sjåast i lys av selskapet sitt føremål. Det går vidare fram at eit profesjonelt styre som kollegium består av personar med eigna personlege eigenskapar som utfyller kvarandre kompetansemessig. Eit profesjonelt samansett styre skal ha kompetansen som er naudsynt for å oppfylle eigar sine forventningar, men dersom naudsynt kompetanse ikkje er til stades i utgangspunktet bør eigar gjeve tilbod om opplæring der dette er naudsynt.<sup>28</sup> KS har også kome med tilrådingar til kva kompetanse styremedlemmar bør ha:

- Kunnskap om aksjelova, IKS-lova, kommunelova og andre relevante lover, forskrifter og avtalar som har betydning for selskapet si drift
- Kunnskap om selskapet sitt føremål, vedtekter, organisasjon og historie
- Kompetanse om private og kommunale rekneskapsprinsipp, evne til å lese økonomiske utviklingstrekk og foreta naudsynte grep ved behov
- Kompetanse på offentleg forvaltning og de politiske og samfunnsmessige utfordringane til ei kvar tid
- Spesialistkompetanse og erfaring på eit eller fleire område som t.d. juss, økonomi, marknadsføring, forvaltning, kommunalkunnskap, teknikk, HMT, leiing eller organisasjon
- Ha kunnskap om trendar og utviklingstrekk innafør bransjen

<sup>23</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.8

<sup>24</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.8-9

<sup>25</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.9

<sup>26</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.10

<sup>27</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.10

<sup>28</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.10

- Ha kunnskap om konkurrerande verksemdar<sup>29</sup>

Ved val av styre til selskap organisert etter aksjelova og lov om interkommunale selskap tilrår KS at det bør vedtektsfestast **bruk av valkomité**. Føremålet er å sikre samansetting av styret med komplementær kompetanse og i samsvar med eigar sitt føremål med selskapet. Representantskapet/generalforsamlinga sin leiar vel leiaren av valkomiteen. I selskap med fleire eigarkommunar bør valkomiteen bli samansett for å spegle eigardel. Valkomiteen si innstilling bør grunnjevast og valkomiteen bør ha ein dialog med styret før eit forslag blir fremja. KS peikar vidare på at samansettinga av styret bør gjerast ut i frå at styret er eit kollegialt organ og representantar bør bli valt ut i frå formelle krav til kompetanse og selskapet sin eigenart og målsetting. KS viser også til at styret sin eigenevaluering bør bli tatt med i vurderinga ved val av styrerepresentantar.<sup>30</sup>

Vidare viser KS til at det er eigar sitt ansvar å sikre eit styre med naudsynt kompetanse til å leie selskapet i samsvar med eigar sitt føremål. I dette ligg det også at eigar står fritt til å skifte ut styremedlemmar innafør valperioden. Samstundes har styret eit sjølvstendig ansvar for å gjennomføre **jamlege kompetansevurderingar av eget styre** i forhold til eigarane sitt føremål med selskapet. For å sikre utvikling av naudsynt kompetanse i styret tilrår KS at det blir etablert følgjande rutinar som ein del av styret sine rammer. Styret skal:

- Fastsette instruksar for styret og den daglege leiinga med særleg vekt på klar intern ansvars- og oppgåvefordeling
- Gjennomføre ein eigenevaluering kvart år både når det gjeld kompetanse og arbeid
- Bli gjeve jamleg moglegheit til ekstern styreopplæring. Nye styremedlemmar skal få opplæring om ansvar, oppgåver og rollefordeling
- Gjennomføre eigne styreseminar der fokus går på roller, ansvar og oppgåver
- Fastsette ein årleg plan, i rekna halvårig møteplan for sitt arbeid med vekt på mål, strategi og gjennomføring
- Gje ein samla utgreiing for selskapet si styring og leiing i ein årsrapport. Dersom dette ikkje er gjort skal det forklarast

KS peikar på at rutinane er ei rettesnor og at rutinane naturleg nok vil avhenge av selskapet sin storleik og verksemd.<sup>31</sup>

Når det gjeld **styresamansetting i konsernmodell** tilrår KS at styremedlem i morselskap ikkje bør sitje i styret til dotterselskap. Konserndirektøren kan vere representert i dotterselskapa sine styre. Dette er viktig for å unngå rolleblanding i konsernforhold, og selskapa bør vere særleg merksam på problemstillingar knytt til anbod og inhabilitet dersom eitt av selskapa gir anbod til eit anna selskap i same konsern.<sup>32</sup>

Vidare tilrår KS at når det utpeikast **vara til styre** bør ordninga med numerisk vara bli nytta for å sikre kontinuitet og kompetanse i styret. KS tilrår også at 1. vara blir invitert til styremøta for å på den måten sikre kompetanse og kontinuitet.<sup>33</sup>

Når det gjeld **habilitetsvurderingar og politisk representasjon i styre** tilrår KS at styra etablerer faste rutinar for å handtere moglege habilitetskonfliktar, og presiserer at ordfører og rådmann ikkje bør sitje i styret. Ingen kommunalt tilsette eller folkevalde skal handsame saker i kommunen som gjeld eit selskap der dei sjølv er styremedlem. Når kommunen som eigar skal avgjere om dei skal velje ein folkevalt eller ein tilsett i kommunen som styremedlem for eit selskap, bør kommunen vurdere kor ofte vedkommande blir inhabil. Dersom inhabilitet ofte vil inntre, må kommunen vurdere om det blir lite hensiktsmessig å velje den aktuelle personen til styremedlem.<sup>34</sup>

KS sine tilrådingar omhandlar også **kjønnsrepresentasjon i styre**. KS peiker på at det i høve til lov om interkommunale selskap er krav om tilnærma 40 % kjønnsrepresentasjon i styra. Vidare trekk KS fram at reglane i

<sup>29</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.10

<sup>30</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.11

<sup>31</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.11-12

<sup>32</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.12

<sup>33</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.12

<sup>34</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.12-13

aksjeloven § 20-6 om representasjon av begge kjønn i styre i aksjeselskap gjeld tilsvarande for aksjeselskap der kommunar og fylkeskommunar til saman eig minst to tredeler av aksjane i selskapet. KS tilrår at eigarorgan uavhengig av organisasjonsform streber etter ein balansert kjønnsrepresentasjon i styrene.<sup>35</sup>

KS sine tilrådingar omhandlar vidare **godtgjøring og registrering av styreverv**. KS tilrår at kommunen i samband med utarbeiding og eventuell revidering av eigarmelding gjennomfører ein prinsipiell diskusjon om honorar som grunnlag for eigarorganet si fastsetting av styrehonorar, uavhengig av organisasjonsform. Vidare tilrår KS at alle som tar på seg styreverv for kommunale selskap bør registrere verva på [www.styrevervregister.no](http://www.styrevervregister.no). KS peiker på at godtgjeringa bør reflektere styret sitt ansvar, kompetanse, tidsbruk og verksemda sin kompleksitet. Vidare presiserer KS på at styremedlemmar generelt ikkje bør påta seg særskilte oppgåver for det aktuelle selskapet i tillegg til styrevervet.<sup>36</sup>

KS tilrår at selskap ved utskilling av verksemd til sjølvstendig rettssubjekt søker medlemskap i ein **arbeidsgjevarorganisasjon**.<sup>37</sup>

Vidare tilrår KS at eigar ser til at selskapsstyra utarbeider og jamleg reviderer **etiske retningsliner for selskapsdrifta**.<sup>38</sup>

Den siste av tilrådingane frå KS omhandlar **administrasjonssjefens rolle**. Det går fram at administrasjonssjefen eller andre i leiande administrative posisjonar, samt medlem av kommunalråd, ikkje kan sitte i føretaksstyre.<sup>39</sup>

---

<sup>35</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.12-13

<sup>36</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.13

<sup>37</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.14

<sup>38</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.14

<sup>39</sup>Anbefalinger om eierskap, ledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak (november 2014), s.14



# Vedlegg 3: Sentrale dokument

## Kommunale dokument

Dokument motteke frå Vaksdal kommune i samband med selskapskontrollen:

- Endeleg rapport Evaluering av næringsutviklingsarbeidet
- Generalforsamlingsmedlemmer
- Næringsparken status jan 2010
- Protokoll 2013 Kommunekraft
- Signert møteprotokoll 2014 Internkommunalt arkiv i Hordland
- VNP Generalforsamling 2014 Protokoll
- Årsrapport 2013 Business Region Bergen
- Evaluering av næringsarbeidet i Vaksdal kommune – Framlegg frå nemnda
- Arbeidsgjevarpolitikk

Anna:

- Selskapkontroll 2010 (KPMG)
- Protokoll frå kommunestyremøte 22 juni 2015

## Andre dokument og litteratur

- Kommunal regnskapsstandard nr. 6
- RSK 001, standard for forvaltningsrevisjon, 2011
- *Selskapskontroll – fra a-å ("Praktisk veileder")*. NKRF 2010
- *Anbefaling om eierskap, selskapsledelse og kontroll av kommunalt/fylkeskommunalt eide selskaper og foretak*. KS, februar 2014
- *Kontrollutvalgsboken*. Kommunal- og regionaldepartementet 2010

## Websider

- <http://www.styrevervregisteret.no/>

Deloitte refers to one or more of Deloitte Touche Tohmatsu Limited, a UK private company limited by guarantee, and its network of member firms, each of which is a legally separate and independent entity. Please see [www.deloitte.no](http://www.deloitte.no) for a detailed description of the legal structure of Deloitte Touche Tohmatsu Limited and its member firms.

Deloitte Norway conducts business through two legally separate and independent limited liability companies; Deloitte AS, providing audit, consulting, financial advisory and risk management services, and Deloitte Advokatfirma AS, providing tax and legal services.

© 2015 Deloitte AS

## Melding om status i Sak 70/2015 – oppfølging tiltak etter selskapskontroll

Kommunestyre gjorde 9.11.2015 følgende vedtak:

*Vaksdal kommunestyre tek selskapskontrollen til etterretning, og ber rådmann fylgje opp tilrådinga i rapporten. Kommunestyret ber om ei tilbakemelding med status innan utgangen av 2016.*

Av personellmessige grunnar er oppfylginga av denne saka forseinka. Sjukefråver i leiinga, samtidig med høgt arbeidspress i 2016, gjorde at saka først vart fanga opp mot slutten av 2016 av noverande leiing. Arbeidet med oppfylginga av vedtaket vart då sett i gang.

Dette er status for tiltaka i rapporten:

- Utarbeide ei eigarskapsmelding som jamleg blir oppdatert – arbeid med dette pågår, er venta ferdig administrativt innan utgangen av 2017
- Formulere ein eigarskapsstrategi for selskap kommunen eig - arbeid med dette pågår, er venta ferdig administrativt innan utgangen av 2017
- Årleg informasjon til kommunestyret om eigarskapa til kommunen, slik at dei folkevalde er kjent med eigarskapsforvaltninga til kommunen – rapportering skjer i årsmelding til kommunestyret, i årsmelding for 2017 ( våren 2018) vert denne rapporteringa utvida, jf også eigarskapsmelding.
- Utarbeide retningsliner for utøving av styreverv som medverkar til å klargjere rolle og mandat – vert gjennomgått og utarbeida saman med eigarskapsstrategi og vedteke i god tid før neste kommuneval slik at det er klart før nyval av styremedlemmer
- Sikre at alle folkevalde og styrerepresentantar får tilstrekkeleg opplæring knytt til dei ulike aspekta ved eigarskapsforvaltning og styrearbeid – KS sine kurs har vore nytta som ei frivillig ordning. For å sikre at alle får slik opplæring vert dette lagt inn som del av programmet for folkevaldopplæring etter kommuneval. Dette vert utarbeida før valet i 2019.
- Registrering i Styrevervregister - kommunen er regeistrert og det er etablert rutiner for innmelding i registeret. Alle medlemmer i politisk utval og sentral leiing er registrert, register vert oppdatert ved endringar.

04.08.2017

Åse Elin Myking

Konst. rådmann



Vaksdal kommune

Sekretariat for kontrollutvalet

Arkivsak: 151  
Arkivnr: 2017/58-6  
Sakshandsamar: Roald Breistein

## Saksframlegg

### Saksgang

Utval	Saknr.	Møtedato
Kontrollutvalet i Vaksdal kommune	29/17	30.08.2017

## Budsjett 2018 for kontroll og tilsynsarbeidet i Vaksdal kommune

### Bakgrunn for saken:

«Forskrift om kontrollutvalg i kommuner og fylkeskommuner» vart endra med verknad frå 1.7.2004. Etter forskrifta § 18 skal kontrollutvalet i Vaksdal kommune utarbeide forslag til budsjett for kontroll- og tilsynsarbeidet i kommunen. Forskrifta lyd slik:

#### «§ 18. Budsjettbehandlingen

*Kontrollutvalget utarbeider forslag til budsjett for kontroll- og tilsynsarbeidet i kommunen eller fylkeskommunen. Kontrollutvalgets forslag til budsjetttramme for kontroll- og revisjonsarbeidet skal følge formannskapetets/kommunerådets eller fylkesutvalgets/fylkesrådets innstilling til kommunestyret eller fylkestinget.*

*Der kommunen eller fylkeskommunen har en egen revisjon avgir revisjonen innstilling til kontrollutvalget om budsjett for revisjonen.*

#### Departementets merknader til § 18

*Bestemmelsen fastsetter fremgangsmåten ved behandling av budsjett for kontrollutvalgets og revisjonens samlede virksomhet.*

*Når kommunen/fylkeskommunen har egne ansatte revisorer, skal revisjonen ved ansvarlig revisor avgj innstilling til kontrollutvalget om budsjett for sin virksomhet i budsjettåret.*

*I interkommunale revisjonsselskaper organisert som interkommunale selskaper, er det representantskapet som vedtar budsjettet, jf. lov om interkommunale selskaper § 18, noe som forutsetter at deltakerkommunenenes/fylkeskommunenenes budsjetter må være vedtatt før slikt budsjett kan vedtas.»*

Vidare går det fram av «Veiledning for regnskapsrapporteringen i KOSTRA» m.a. dette når det gjeld 110 Kontroll og revisjon:

*«Utgifter og inntekter knyttet til kommunens kontrollutvalg etter kommuneloven § 77 og revisjon etter kommuneloven § 78. Herunder møtegodtgjørelser og andre utgifter knyttet til møteavvikling i kontrollutvalget, utgifter knyttet til kontrollutvalgssekretariatet, og utgifter knyttet til regnskapsrevisjon og forvaltningsrevisjon.  
Funksjonen omfatter ikke administrative internkontrollsystemer som er underlagt administrasjonssjefen.»*

#### Drøfting:

Kontrollutvalet har ansvar for å utarbeide budsjettforslag for kontroll- og tilsynsarbeidet i kommunen. Det som er spesielt med kontrollarbeidet er at det er administrasjonen som vert revidert. Såleis skal kontrollutvalet innstille direkte overfor politisk organ.

For revisjonstenestene er det teke utgangspunkt i avtale som vart inngått med Deloitte AS med verknad frå 1.7.2017. Budsjettert kostnad med revisjon skal dekke både arbeid med rekneskapsrevisjon og anna revisjonsarbeid, t.d. prosjekt innan forvaltningsrevisjon og selskapskontroll.

Vidare er det lagt til grunn at det vert like mange møter i kontrollutvalet i 2018 som det har vore i 2016 og 2017 og med om lag like stor saksmengde. Ellers er det m.a. lagt inn møtegodtgjersle, kostnader til at medlemmene i kontrollutvalet kan delta på ein nasjonal fagleg kontrollkonferanse, reisekostnader, servering på utvalsmøta og ein diverse post. Det er og lagt inn ein sum til folkevaldopplæring på Solstrand for heile utvalet i januar 2018.

Det er vanleg at nokre medlemmer i kontrollutval vi er sekretær for, abonnerer på «Kommunerevisoren» og «Kommunal rapport». Vi er ikkje kjent med praksisen på dette området i Vaksdal kommune. Det er difor ikkje lagt inn noko beløp til dette, men det er laga klar linjer i budsjettet der dette eventuelt kan leggjast inn i møtet.

Når det gjeld beløp til å dekke tapt arbeidsforteneste for medlemmene i kontrollutvalet er vi ikkje kjent med om det er nokre av medlemmene dette er aktuelt for. Dette kan også avklarast i møtet og leggjast inn i budsjettforslaget i møtet.

Det er også lagt inn forslag om eit beløp til ekstra tiltaksmidler. Dette er midlar som er tenkt til ev. ad-hoc oppgåver, f.eks. øvrig forvaltningsrevisjon, selskapskontroll og utgreiingar, som måtte komme undervegs i året, samt evnt. evaluering av planar for forvaltningsrevisjon og selskapskontroll. Bakgrunnen for slike ekstra oppgåver kan t.d. vera medieoppslag eller bestillingar frå kommunestyret som ikkje står i godkjent plan.

I forskrift om kontrollutvalg i kommunar og fylkeskommunar står det dette i § 10:

#### **«§ 10 Plan for gjennomføring av forvaltningsrevisjon**

*Kontrollutvalget skal minst én gang i valgperioden og senest innen utgangen av året etter at kommunestyret eller fylkestinget er konstituert, utarbeide en plan for gjennomføring av forvaltningsrevisjon. Planen vedtas av kommunestyret eller fylkestinget selv som kan delegeres til kontrollutvalget å foreta endringer i planperioden.*

*Planen skal baseres på en overordnet analyse av kommunens eller fylkeskommunens virksomhet ut fra risiko- og vesentlighetsvurderinger, med sikte på å identifisere behovet for forvaltningsrevisjon på de ulike sektorer og virksomheter.»*

#### **«§ 13. Selskapskontroll**

*«Kontrollutvalget skal påse at det føres kontroll med forvaltningen av kommunens eller fylkeskommunens interesser i selskaper m.m.*

*Kontrollutvalget skal minst én gang i valgperioden og senest innen utgangen av året etter at kommunestyret eller fylkestinget er konstituert, utarbeide en plan for gjennomføring av selskapskontroll. Planen skal baseres på en overordnet analyse av kommunens eller fylkeskommunens eierskap ut fra risiko- og vesentlighetsvurderinger, med sikte på å identifisere behovet for selskapskontroll på de ulike sektorer og med de ulike selskapene. Planen skal vedtas av kommunestyret eller fylkestinget selv som kan delegerer til kontrollutvalget å foreta endringer i planperioden.*

*Kontrollutvalget avgjør selv hvem som på dets vegne skal gjennomføre selskapskontroll.»*

Formuleringane i disse paragrafane syner at hovedoppgåvene til kontrollutvalget er å gjennomføre prosjektarbeid ut fra dei planar som kommunestyret har vedteke. Gjeldande planar for forvaltningsrevisjon og selskapskontroll vart vedteke i kommunestyret hausten 2016. I kontrollutvalet sitt budsjett bør det leggast inn midlar til å gjennomføre prosjekt innan forvaltningsrevisjon og selskapskontroll i tråd med planane. Ut frå planane, vil prosjektarbeid kreve ei ramme på minimum 300 timer for kommunar med Vaksdal sin storleik.

Pris for tenestene sekretariatet gjer for kontrollutvalet er lagt inn i tråd med avtale mellom Vaksdal kommune og Hordaland fylkeskommune.

#### Konklusjon:

Sekretariatet tilrår at kontrollutvalet vedtek forslag til budsjett inkludert endringar som vert gjort i møtet.

#### **Forslag til vedtak**

Kontrollutvalet vedtek forslag til budsjett 2018 for kontroll og tilsynsarbeidet i Vaksdal kommune, inkludert endringar som kjem fram i møtet. Budsjettforslaget vert å sende Vaksdal kommune for vidare handsaming.

Hogne Haktorson  
kontrollsjef

Roald Breistein  
seniorrådgjevar

*Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikkje underskrift.*

## Budsjettforslag for kontrollutvalgt i Vaksdal kommune for 2018

Konto	Tekst	Rekneskap 2016	Budsjett 2017	Rekneskap pr. 31.07.2017	Budsjett 2018	Merknad
1010	Fast løn	kr 152	kr -	kr -	kr -	
1050	Anna løn og trekkpliktige ggj.	kr 1 200	kr -	kr 600	kr -	
1086	Møtegodtgjersle	kr 15 914	kr 20 000	kr -	kr 20 640	
1087	Tapt arbeidsforteneste	kr 2 994	kr -	kr -	kr 10 000	
1080	Feriepenger tapt arbeidsforteneste	kr 359	kr -	kr -	kr 1 200	
	Delsum	kr 20 619	<b>kr 20 000</b>	kr 600	<b>kr 31 840</b>	
1099	Arbeidsgiveravgift (AGA)	kr 2 857		kr 85	kr 4 489	
	Delsum	kr 23 476	<b>kr 20 000</b>	kr 685	<b>kr 36 329</b>	
	Andre utgifter	kr -	kr 30 000	kr -	kr -	
1102	Abonement	kr 400	kr -	kr 400	kr -	Kommunerevisoren (400)
1102	Abonement	kr -	kr -	kr -	kr -	Kommunal rapport (2495)
1117	Servering på møta	kr 6 382	kr -	kr 4 028	kr 10 000	
1121	Velferdstiltak	kr -	kr -	kr 415	kr -	
1153	Kursavgifter/opphaldsutg v/kurs	kr 12 050	kr 25 000	kr 15 500	kr 30 000	
1153	Folkevaldopplæring for kontrollutvalet	kr -	kr -	kr -	kr 15 000	Solstrand januar 2018
1160	Skyss og kostgodtgj generelt	kr 1 854	kr 21 000	kr -	kr 20 000	
1162	Køyregodtgjersle	kr 76	kr -	kr -	kr 1 000	
1170	Transport/drift av egne transportmidl.	kr 45	kr -	kr -	kr 1 000	
1196	Kontingentar	kr 1 400	kr -	kr 1 400	kr 3 500	Forum for Kontroll og Tilsyn
1270	Konsulenttenester (revisjon)	kr 161 530	kr 551 000	kr 101 190	kr 510 000	Ny kontrakt frå 1.7.17
1273	Andre konsulenttenester (revisjon)	kr 168 453		kr 209 993	kr -	
1350	Kjøp av sekretariatstenester	kr 64 446	kr 122 000	kr 87 474	kr 126 000	
1375	Ekstra tiltaksmidlar	kr -	kr -		kr 50 000	
	Delsum	kr 416 636	<b>kr 769 000</b>	kr 420 400	<b>kr 766 500</b>	
14290	Meirverdiavgift	kr 97 174	kr -	kr -	kr 184 580	
17290	Moms-kompensasjon	kr -97 174	kr -	kr -	kr -184 580	
	Total budsjetttramme	kr 440 112	<b>kr 789 000</b>	kr 421 085	<b>kr 802 829</b>	



Vaksdal kommune

Sekretariat for kontrollutvalet

Arkivsak: 216  
Arkivnr: 2017/28-21  
Sakshandsamar: Roald Breistein

## Saksframlegg

### Saksgang

Utval	Saknr.	Møtedato
Kontrollutvalet i Vaksdal kommune	30/17	30.08.2017

## Revisjonsplan for rekneskapsrevisjonen for 2017

### Bakgrunn for saka:

Kontrollutvalet i Vaksdal kommune har ansvar for at det vert gjennomført rekneskapsrevisjon i kommunen, jf. kommunelova § 77.4, der det m.a. står:

*«Kontrollutvalget skal påse at kommunens eller fylkeskommunens regnskaper blir revidert på en betryggende måte.»*

Vidare har kontrollutvalet ansvar for å sjå til at kommunen har ei forsvarleg revisjonsordning, jf. forskrift om kontrollutvalg § 4, der det m.a. står:

*«Kontrollutvalget skal føre det løpende tilsyn og kontroll med den kommunale eller fylkeskommunale forvaltningen på vegne av kommunestyret eller fylkestinget, herunder påse at kommunen eller fylkeskommunen har en forsvarlig revisjonsordning.»*

### Drøfting:

Kontrollutvalet si handsaming av revisjonsplan for 2017, vil vera ein lekk i å sjå til at kommunen sine rekneskapar vert revidert på ein tryggande måte og at kommunen har ei forsvarleg revisjonsordning. Sekretariatet har motteke revisjonsplan for 2017 og den ligg ved saka.

Slik sekretariatet ser det, bør kontrollutvalet få høve til å koma med innspel til fokusområde i interimrevisjonen, dersom dei ønskjer det. Til slutt er det uansett revisjonen som fastset den endelege revisjonsplanen. Eventuelle innspel kan Deloitte vurdere om dei vil ta med seg i den vidare revisjonen framover. Når det gjeld resultatet av interimrevisjonen vil den verta lagt fram i siste møte i 2017.



Konklusjon:

Dersom det ikkje kjem fram noko spesielt i møtet vert det tilrådd at kontrollutvalet tar informasjonen frå Deloitte AS til orientering.

**Forslag til vedtak**

Kontrollutvalet tar revisjonsplanen og informasjonen om rekneskapsrevisjonen så langt i 2017 frå Deloitte AS til orientering.

Hogne Haktorson  
kontrollsjef

Roald Breistein  
seniorrådgjevar

*Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikkje underskrift.*

Vedlegg

1 Revisjonsplan Vaksdal kommune 2017

Område	Angrepsmåte	Ansvarlig	Tidspunkt
Oppstartsmøte med økonomisjef og rådmann	Revisjonen har oppstartsmøte med økonomisjef og rådmann tidlig på høsten for å gå kort gjennom revisjonsprosessen og for informasjonsutveksling om evt. endringer. I møtet vil misligheter og rutiner knyttet til forebygging og avdekking av misligheter bli vektlagt.	Deloitte	Okt./Nov.
Rutiner	Vi vil kartlegge og teste vesentlige rutiner i kommunen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kostnader/innkjøp</li> <li>• Lønn</li> <li>• Inntekter</li> </ul> Fokus her vil være på etablert intern kontroll på de ulike områdene.	Deloitte - interimrevisjon	Okt./Nov.
Utgifter	Detaljkontroll av utgifter.	Deloitte - interimrevisjon	Okt./Nov. og feb./apr.
Investeringer/finans	Påse at kommunen har vedtatt et finansforvaltningsreglement.  Påse at finansforvaltningsreglementet følges.	Deloitte - interimrevisjon	Okt./Nov. Feb.-april
Kontrollutvalgsmøte	Revisor skal i etterkant av interimrevisjonen informere kontrollutvalget om evt. vesentlige funn.	Deloitte	Nov.
Mva.kompensasjon	Revisor skal foreta kontroll av hver termin for mva.kompensasjon før denne sendes inn og signeres. Økonomisjef skal derfor sende nødvendig dokumentasjon (tall i omsetningsoppgave og oversikt over alle transaksjoner for den aktuelle termin) til revisor <u>senest fem virkedager før frist for signering</u> .  Frist for innsendelse er innen 1 måned og 10 dager etter utløpet av hver termin, jfr Lov om kompensasjon av merverdiavgift for kommuner, fylkeskommuner mv. § 7. For 3. termin er det utsatt frist. Økonomisjef er ansvarlig for innsendelse og for å gi beskjed til Deloitte når oppgaven er klar til signering.	Økonomisjef og Deloitte  Økonomisjef og Deloitte	Løpende
Offisielt regnskap	Årsregnskapet skal bestå av driftsregnskap, investeringsregnskap, balanseregnskap, økonomiske oversikter og noteopplysninger, jfr. Forskrift om årsregnskap og årsberetning § 3. Notekravene i § 5 er et minimumskrav.	Rådmann  Rådmann	Frist for avleggelse 15.02 og 31.03.

Område	Angrepsmåte	Ansvarlig	Tidspunkt
	<p>Årsregnskapet skal være avlagt innen 15.02, jfr. Forskrift om årsregnskap og årsberetning § 10, 3. ledd.</p> <p>Årsberetningen skal avgis uten ugrunnet opphold og senest 31. mars, jfr. Forskrift om årsregnskap og årsberetning § 10, 3. ledd.</p> <p>Årsregnskapet og årsberetningen skal vedtas senest seks måneder etter regnskapsårets slutt, jfr Forskrift om årsregnskap og årsberetning § 10, 1. ledd.</p>	<p>Rådmann</p> <p>Rådmann</p>	
Offisielt regnskap til revisor	<p>Revisor skal motta årsregnskapet umiddelbart etter avleggelse. Dette medfører at revisor skal motta driftsregnskap, investeringsregnskap, balanseregnskap, økonomiske oversikter og noteopplysninger datert 15.02, uten ugrunnet opphold etter avleggelse. Dette for å kunne foreta revisjonen tidsriktig. Dersom regnskapet ikke er avlagt 15.02, vil revisors beretning inneholde informasjon om dette.</p> <p>Avstemminger må ikke være ferdigstilt ved avleggelse av regnskapet, men samtlige avstemminger må være ferdigstilt til dato for revisjonsbesøk i februar/mars.</p> <p>Årsberetning skal sendes til revisor umiddelbart etter at den er avlagt 31.03. Dersom dato for avleggelse ikke overholdes, vil revisors beretning inneholde en informasjon om dette. Årsberetningen skal signeres for å bli vurdert som avlagt.</p>	<p>Økonomisjef</p> <p>Økonomisjef</p> <p>Økonomisjef</p>	
Offisielt regnskap	<p>Ved mottak av endelig regnskap, vil vi påse følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regnskapsmaterieill mottas innen 15.02.</li> <li>• Regnskapsoversikter henger sammen</li> <li>• Nødvendige noteopplysninger er utarbeidet</li> <li>• Avslutning av regnskapene er iht. forskrift</li> <li>• Avstemming av kretsløp er foretatt (Egenkapital, arbeidskapital og anleggsmidler/langsiktig gjeld)</li> <li>• Budsjettall stemmer med vedtatt budsjett</li> <li>• Korrekte tall medtatt i årsmeldingen</li> </ul>	Deloitte - årsoppgjør	Feb. -april

Område	Angrepsmåte	Ansvarlig	Tidspunkt
	<ul style="list-style-type: none"> <li>KOSTRA-rapportering korrekt foretatt</li> </ul> Vi vil også foreta en analyse av regnskapstall mot budsjett og fjorårstall.		
Bank	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bankavstemming</li> </ul>	Deloitte - årsoppgjør	Feb. – april
Investeringer og utlån	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verdsettelse og klassifisering av verdipapirer</li> <li>Avkastning på verdipapirer</li> <li>Utlån husbankmidler mm</li> </ul>	Deloitte - årsoppgjør	Feb. – april
Fordringer	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kundereskontro mot regnskap</li> <li>Tap på krav (inkl. innbetalingskontroll) for fordringer generelt inkl. vurdering av kundefordringer og utlån</li> <li>Kreditsaldoer</li> <li>Periodisering inntekter</li> </ul>	Deloitte - årsoppgjør	Feb. – april
Forskuddsbetalte utgifter	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avsetninger</li> </ul>	Deloitte - årsoppgjør	Feb. – april
Driftsmidler	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anleggsregister mot regnskap</li> <li>Aktivering</li> <li>Salg</li> <li>Avskrivninger iht. regelverk</li> <li>Gjennomgang prosjektrekskap</li> </ul>	Deloitte - årsoppgjør	Feb. – april
Påløpte utgifter	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vurdere om kommunen har tilfredsstillende rutine for å identifisere avsetning for påløpte utgifter</li> <li>Vurdere avsetningene som er gjort</li> </ul>	Deloitte - årsoppgjør	Feb. – april
Leverandørgjeld	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leverandørreskontro mot regnskap</li> <li>Debetposter</li> <li>Utbetalingskontroll</li> </ul>	Deloitte - årsoppgjør	Feb. – april
Langsiktig gjeld	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lån iht. låneavtale/bekreftelse fra långiver</li> <li>Låneopptak er i samsvar med kommuneloven</li> <li>Memoriakontoer (samsvar mellom opptak av lån, bruk av lån og bevegelse på konto for ubrukte lånemidler)</li> <li>Rentekostnader</li> <li>Avdrag iht. vektingsregel</li> </ul>	Deloitte - årsoppgjør	Feb. – april

Område	Angrepsmåte	Ansvarlig	Tidspunkt
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oversikt over garantier</li> </ul>		
Egenkapital/fond	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evt. bevegelser kontrolleres mot avsetninger og bruk i driftsregnskap og investeringsregnskap</li> <li>Kapitalkonto</li> </ul>	Deloitte - årsoppgjør	Feb. – april
Inntekter	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyse av inntekter</li> <li>Skatteinntekter</li> <li>Rammetilskudd</li> </ul>	Deloitte - årsoppgjør	Feb. – april
Utgifter	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyse av utgifter</li> <li>Periodisering iht. anordningsprinsippet</li> <li>Selvkostregnskap</li> </ul>	Deloitte - årsoppgjør	Feb. – april
Lønn	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyse av lønnskostnader</li> <li>Kontrolloppstilling over innberettet beløp</li> <li>Feriepenger</li> <li>Pensjon</li> <li>Skattetrekk</li> <li>Arbeidsgiveravgift</li> <li>Sykepengerefusjoner</li> </ul>	Deloitte - årsoppgjør	Feb. – april
Attestasjoner	Div. attestasjoner	Deloitte	Løpende
Revisjonsberetning	Revisor skal avgi revisjonsberetning senest 15. april, jfr Forskrift om revisjon i kommuner og fylkeskommuner § 5.	Deloitte	Senest 15. april
Kontrollutvalget	Økonomisjef og rådmann skal sende årsregnskap inkludert årsberetning til sekretariatet umiddelbart etter ferdigstilling slik at sekretariatet kan forberede sak til kontrollutvalget	Rådmann/ økonomisjef	Umiddelbart etter ferdigstilling, i god tid før møte i kontrollutvalget



Vaksdal kommune

Sekretariat for kontrollutvalet

Arkivsak: 085  
Arkivnr: 2017/71-1  
Sakshandsamar: Roald Breistein

## Saksframlegg

### Saksgang

Utval	Saknr.	Møtedato
Kontrollutvalet i Vaksdal kommune	31/17	30.08.2017

### Kurs i regi av Deloitte 2017

#### Bakgrunn for saka

Vaksdal kommune forlenga kontrakten med Deloitte AS som revisor med verknad frå 1.7.2017. I kontrakten som er inngått går dette fram av vedlegg B kravspesifikasjon punkt 3.3 opplæring:

«*REVISOR skal leggje fram forslag om, og halde kurs for kontrollutvalet sine medlemmar eller for medarbeidarar i administrasjonen. Tema skal avtalast ved det einkilde høve. Omfang skal reknast til 1 kursdagar per år.*»

#### Drøfting

Deloitte har levert forslag til aktuelle kurs som kan vera aktuelle å halde for kontrollutvalet og/eller administrasjonen i Vaksdal kommune. Oversikten ligg ved saka og av den går det fram at dei m.a. kan tilby kurs innan:

- Samfunnsansvar og antikorrupsjon
- Lov om offentlege anskaffingar
- Merverdiavgift og merverdiavgiftskompensasjon
- Habilitet
- Kontrakts- og leverandøroppfølging
- Ny kommunelov, når den ligg føre
- Utvalde tema knytt til forvaltningsrevisjon og selskapskontroll basert på mellom anna kontrollutvalsboka
- Innføring i kommunerekneskap
- Avstemming av rekneskapen
- Pensjon
- Innberetning av løn
- Skiljet mellom driftsrekneskapen og investeringsrekneskapen
- Andre rekneskapsmessige problemstillingar

Besøksadresse: Agnes Mowinckelsgt. 5 - Postadresse: Postboks 7900. 5020 Bergen - Telefon 55 23 90 00  
Direkte telefon 55239447 – Mobil 97505152 - E-postadresse: [roald.breistein@hfk.no](mailto:roald.breistein@hfk.no) eller [kontrollutvalet@hfk.no](mailto:kontrollutvalet@hfk.no)  
Bankgironr. 5201 06 74239 - Foretaksnr. NO 938 626 367 mva.

I møtet bør kontrollutvalet drøfta seg fram til kva kurs ein ønskjer skal verte gjennomført i 2017 og eventuelt første halvår 2018. Det bør også diskuterast om det kan vera andre tema kontrollutvalet ønskjer å ha kurs innan enn det som går fram av tilbodet. Vidare bør ein drøfte om ein skal spørja om kommuneadministrasjonen ønskjer å nytta noko av denne kurskvoten, i tillegg til at dei blir invitert med på dei kursa kontrollutvalet arrangerer. Det normale til no har vore at slike kurs har hatt ein varighet på 2 timar og dei har vore halde i samband med eit kontrollutvalsmøte.

#### Konklusjon

Sekretariatet tilrår at kontrollutvalet diskuterer kva kurs dei vil at Deloitte skal gjennomføre i 2017 og første halvdel av 2018. Vidare bør utvalet be sekretariatet ta seg av det praktiske med organisering og avvikling av kursa, gjerne i samarbeid med kommuneadministrasjonen.

#### **Forslag til vedtak**

1. Kontrollutvalet ber om at Deloitte gjennomfører kurs innan .....dato:.....
2. Sekretariatet vert beden om å ta seg av alt det praktiske med organisering, kunngjering og avvikling av kursa, gjerne i samarbeid med kommuneadministrasjonen.

Hogne Haktorson  
kontrollsjef

Roald Breistein  
seniorrådgjevar

*Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikkje underskrift.*

#### Vedlegg

- 1 Kurstilbod frå Deloitte 2017

## Kva kurs kan Deloitte tilby?

Lista over kurs er ikkje uttømmende.

Nivået på kvart einskild kurs kan tilpassast kursdeltakarane.





# Oversikt over kva kurs Deloitte kan tilby

- Samfunnsansvar og antikorrupsjon
  - Gi ei innføring i relevante lover, krav og konsekvensar. Gi praktiske døme og underbygge viktigheita av eit tilstrekkeleg antikorrupsjonsprogram.
- Lov om offentlige anskaffelser
  - Innføring i endringar i regelverket
- Meirverdiavgift og meirverdiavgiftskompensasjon
  - Innføring i kompensasjonsordninga
  - Praktiske døme
- Habilitet
  - Kurset vil gi ei innføring i regelverk knytt til habilitet, korleis desse vurderingane kan gjerast og korleis kommunen kan etablere gode rutinar for å sikre at tilsette ikkje handsamar saker der dei er inhabile.
- Kontrakts- og leverandøroppfølging
  - Kurset gir ei innføring i korleis ein kan etablere gode system og rutinar for å følgje opp at leverandørar leverer tenester i samsvar med avtale. Fokus vil vere på ivaretaking av oppdragsgjevar sitt omdømme, samfunnsansvar, kvalitet i leveransane og oppfølging av kontrakt.

# Oversikt over kva kurs Deloitte kan tilby

- Ny kommunelov (ikkje aktuelt før ny kommunelov føreligg)
  - Kva er dei viktigaste endringane frå tidlegare lov?
- Utvalde tema knytt til forvaltningsrevisjon og selskapskontroll basert på mellom anna kontrollutvalsboka
  - Kva er forvaltningsrevisjon og/eller selskapskontroll?
  - Korleis føreta ei god bestilling?
  - Korleis følgje opp ein gjennomført revisjon?
  - M.v.
- Innføring i kommunerekneskap
  - Grunnleggjande innføring i kommunerekneskap
- Avstemming av rekneskapen
  - Kva bør ei avstemming innehalde?
  - Kor ofte bør avstemmingar utarbeidast?
  - Kva avstemmingar skal utarbeidast?
  - Kva regelverk gjeld på området?

# Oversikt over kva kurs Deloitte kan tilby

- Pensjon
  - Pensjon er eit komplisert område. Kurset omhandlar gjeldande regelverk på området og praktiske døme.
- Innberetting av lønn
  - Kva ytingar er arbeidsgjevaravgiftspliktige og kva ytingar er oppgåvepliktige?
- Skiljet mellom driftsrekneskap og investeringsrekneskap
  - Kva skal bokførast i driftsrekneskapen?
  - Kva kriterium skal vere oppfylt for bokføring i investeringsrekneskapen?
- Andre rekneskapsmessige problemstillingar
  - Tilpassa den einskilde kommune



Deloitte refers to one or more of Deloitte Touche Tohmatsu Limited, a UK private company limited by guarantee, and its network of member firms, each of which is a legally separate and independent entity. Please see [www.deloitte.no](http://www.deloitte.no) for a detailed description of the legal structure of Deloitte Touche Tohmatsu Limited and its member firms.

Deloitte Norway conducts business through two legally separate and independent limited liability companies; Deloitte AS, providing audit, consulting, financial advisory and risk management services, and Deloitte Advokatfirma AS, providing tax and legal services.

This communication contains general information only, and neither Deloitte AS nor Deloitte Advokatfirma AS is, by means of this publication, rendering professional advice or services and shall not be responsible for any loss whatsoever sustained by any person who relies on this communication.



Vaksdal kommune

Sekretariat for kontrollutvalet

Arkivsak: 033  
Arkivnr: 2017/27-4  
Sakshandsamar: Roald Breistein

## Saksframlegg

### Saksgang

Utval	Saknr.	Møtedato
Kontrollutvalet i Vaksdal kommune	32/17	30.08.2017

### Tieplikta for kontrollutvalet

#### Bakgrunn for saka:

Kontrollutvalet har mange saker til handsaming og har stor grad av rett til innsyn, jf. kommunelova § 77.7 som lyd slik:

*«Kontrollutvalget kan hos kommunen eller fylkeskommunen, uten hinder av taushetsplikt, kreve enhver opplysning, redegjørelse eller ethvert dokument og foreta de undersøkelser som det finner nødvendig for å gjennomføre oppgavene.»*

På bakgrunn av dette vert det gjennom denne saka gjort greie for det regelverk som gjeld i høve tieplikt for folkevalde.

#### Drøfting:

For ordens skuld vert opplyst om at det er kontrollutvalet som politisk organ som kan be om informasjon som er unnateke offentliggjerding. Kvar einskilt utvalsmedlem kan ikkje sjølv ta kontakt med kommuneadministrasjonen med krav om å få utlevert slik informasjon.

Tieplikt for folkevalde er regulert i forvaltningslova § 13 som lyd slik:

*«§ 13. (taushetsplikt).*

*Enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan, plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han i forbindelse med tjenesten eller arbeidet får vite om:*

- 1) *noens personlige forhold, eller*

- 2) tekniske innretninger og fremgangsmåter samt drifts- eller forretningsforhold som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde av hensyn til den som opplysningen angår.

*Som personlige forhold regnes ikke fødested, fødselsdato og personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted, med mindre slike opplysninger røper et klientforhold eller andre forhold som må anses som personlige. Kongen kan ellers gi nærmere forskrifter om hvilke opplysninger som skal regnes som personlige, om hvilke organer som kan gi privatpersoner opplysninger som nevnt i punktumet foran og opplysninger om den enkeltes personlige status for øvrig, samt om vilkårene for å gi slike opplysninger.*

*Taushetsplikten gjelder også etter at vedkommende har avsluttet tjenesten eller arbeidet. Han kan heller ikke utnytte opplysninger som nevnt i denne paragraf i egen virksomhet eller i tjeneste eller arbeid for andre.»*

Heile lovparagrafen kan lesast her: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10/KAPITTEL\\_3#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3)

#### Konklusjon:

Medlemmene i kontrollutvalet er på bakgrunn av det som går fram over gjort kjent med regelverket for lovbestemt teieplikt.

#### **Forslag til vedtak**

Kontrollutvalet tek informasjonen om lovbestemt teieplikt som går fram av saka til etterretning, og vil følge dette i sitt arbeid i kontrollutvalet.

Hogne Haktorson  
kontrollsjef

Roald Breistein  
seniorrådgjevar

*Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikkje underskrift.*



Vaksdal kommune

Sekretariat for kontrollutvalet

Arkivsak: 033  
Arkivnr: 2017/47-2  
Sakshandsamar: Roald Breistein

## Saksframlegg

### Saksgang

Utval	Saknr.	Møtedato
Kontrollutvalet i Vaksdal kommune	33/17	30.08.2017

### Gjennomgang av møteprotokollar

#### Samandrag

I denne saka er tanken at kontrollutvalet skal gjera ei vurdering av saker i møteprotokollar frå andre politiske utval i Vaksdal kommune. Møteprotokollane kan lastas ned frå heimesida til kommunen. Kontrollutvalet kan be om nærare informasjon om enkeltsaker og drøfte ulike problemstillingar som ein finn av særlig interesse i protokollane.

I møte i kontrollutvalet 09.05.2017 blei det gjort vedtak om at særskilt ansvar for gjennomgang av framtidige møteprotokollar skal fordelast slik:

Politisk organ:	Kontrollutvalsmedlem:
Kommunestyret	Boris Groth
Formannskapet	Odd Jøran Oldervik og Bjørg Aase Nottveit Hop
Levekårsutvalet	Bente Sundheim og Terje Davidsen

Følgjande møteprotokollar skal gjennomgås i dette møtet:

- Kommunestyret 08.05. – 26.06.2017
- Formannskap/plan- og økonomiutvalet 15.05 – 06.06.2017
- Levekårsutvalet 22.05.2017

Møteprotokollane kan lastas ned frå heimesida til kommunen,  
<http://innsyn.sing.no/Vaksdal/innsyn/wfinnsyn.ashx?response=moteplan&>

#### Forslag til vedtak

Kontrollutvalet tar møteprotokollane som går fram av saksutgreiinga over til orientering.

Hogne Haktorson  
kontrollsjef

Roald Breistein  
seniorrådgjevar

*Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikkje underskrift.*



**PS 34/17 Referatsaker**



## SAKSPAPIR

Saksnr	Utval	Type	Dato
05/2017	Kontrollutvalet	PS	23.02.2017
30/2017	Kommunestyret	PS	08.05.2017

Sakshandsamar	Arkiv	ArkivsakID
Roger Erlandsen	FE - 033, TI - &14	17/232

### ÅRSMELDING KONTROLLUTVALET FOR 2016

#### Vedlegg:

Årsmelding Kontrollutvalet 2016

#### Framlegg til vedtak:

Årsmelding for Vaksdal Kontollutval for 2016 godkjennes slik den ligg føre.

#### Kontrollutvalet - Sak 05/2017

##### KONT - Behandling:

Leiar for kontrollutvalet tok ein gjennomgang av årsmeldinga for kontrollutvalet i 2016.

Eit av medlemene meinte at folkevaldopplæringa som blei avholdt for kontrollutvalet på Solstrand Hotel & Bad 25. og 26. januar 2016 burde være med i årsmeldinga. Medlemene var samd i dette, og dette blei lagt til.

Medlemene i kontrollutvalet hadde ingen andre kommentarar til årsmeldinga. Årsmeldinga justeres i samsvar med kommentarar i møtet.

##### KONT - Tiltråding:

Årsmelding for Vaksdal Kontollutval for 2016 godkjennes slik den ligg føre.

#### Kommunestyret - Sak 30/2017

##### KOM - Behandling:

Leiar i kontrollutvalet orienterte.

Samrøystes vedtak.

**KOM - Vedtak:**

Årsmelding for Vaksdal Kontrollutval for 2016 vert godkjent slik den ligg føre.

**Saksopplysningar:**

Leiar for kontrollutvalet tek ein gjennomgang av årsmeldinga for kontrollutvalet i 2016.



## SAKSPAPIR

Saksnr	Utval	Type	Dato
47/2017	Formannskap/plan- og økonomiutvalet	PS	06.06.2017
46/2017	Kommunestyret	PS	26.06.2017

Sakshandsamar	Arkiv	ArkivsakID
Truls Morten Kaland	FE - 210, TI - &14	17/499

### REKNESKAP OG ÅRSMELDING 2016 FOR VAKSDAL KOMMUNALE ARBEIDS OG OPPLÆRINGSSENTER KF

#### Vedlegg:

2016 Årsmelding

2016 årsrekneskap

Styreprotokoll AO-senter

Signert revisjonsberetning AO-senteret

Utale frå kontrollutvalet - Årsrekneskap og årsmelding 2016 for Vaksdal Kommunale Arbeids- og Opplæringscenter KF

#### Styret sitt framlegg til vedtak:

Kommunestyret godkjenner Årsmelding og Årsrekneskap for vaksdal kommunale Arbeids og opplæringscenter KF. Eigenkapitaltilskot på kr 12.887,- vert dekkja ved overføring frå drift til investeringsrekneskapen. Rekneskapsmessig mindreforbruk på kr 180.177,01,- vert av sett til ubundne driftsfond konto 2569900.

#### Formannskap/plan- og økonomiutvalet - Sak 47/2017

##### FPØ - Behandling:

Samrøystes vedtak.

##### FPØ - Tilråding:

Kommunestyret godkjenner Årsmelding og Årsrekneskap for vaksdal kommunale Arbeids og opplæringscenter KF. Eigenkapitaltilskot på kr 12.887,- vert dekkja ved overføring frå drift til investeringsrekneskapen. Rekneskapsmessig mindreforbruk på kr 180.177,01,- vert av sett til ubundne driftsfond konto 2569900.

#### Kommunestyret - Sak 46/2017

##### KOM - Behandling:

Samrøystes vedteke.

**KOM - Vedtak:**

Kommunestyret godkjenner Årsmelding og Årsrekneskap for vaksdal kommunale Arbeids og opplæringscenter KF. Eigenkapitaltilskot på kr 12.887,- vert dekket ved overføring frå drift til investeringsrekneskapen. Rekneskapsmessig mindreforbruk på kr 180.177,01,- vert av sett til ubundne driftsfond konto 2569900.

**Saksopplysningar:**

Sjå vedlagde dokument



## SAKSPAPIR

Saksnr	Utval	Type	Dato
46/2017	Formannskap/plan- og økonomiutvalet	PS	06.06.2017
45/2017	Kommunestyret	PS	26.06.2017

Sakshandsamar	Arkiv	ArkivsakID
Truls Morten Kaland	FE - 210, TI - &14	17/493

### REKNESKAP OG ÅRSMELDING VAKSDAL KOMMUNE 2016

#### Vedlegg:

Årsrekneskap og årsmelding 2016

Vaksdal kommune - rapport gjeldsporteføljen - pr. 31.12.16 (2)

Vaksdal kommune - rapport aksjer og obligasjoner - pr. 31.12.16

Partsbrev om uttale frå kontrollutvalet - Årsrekneskap og årsmelding 2016 for Vaksdal kommune

Uttale frå kontrollutvalet for årsrekneskapen for Vaksdal kommune for 2016

Notat til årsmelding 2016 - om mellombels tilsette

Momentum Etterkalkylenote - Vaksdal kommune 2016 (2017\_02\_11)

Tilstandsrapport for grunnskulen i Vaksdal 2017

Utskrivingsklare pasientar

Rapport OU prosjekt

#### Rådmannen sitt framlegg til vedtak:

Vaksdal kommunestyre godkjenner rekneskapen for Vaksdal kommune, drifts- og kapitalrekneskapen for 2016 med eit mindreforbruk/overskot på kr 11.195.437,68,- på drifta og kr 0,- i kapitalrekneskapen.

Kommunestyret godkjenner årsmelding for 2016 for Vaksdal kommune.

Mindreforbruket på drifta, kr 11.195.437,68,- vert sett av til disposisjonsfond konto 2569900 for bruk til finansiering av investeringar i 2018.

#### Formannskap/plan- og økonomiutvalet - Sak 46/2017

#### FPØ - Behandling:

Rådmannen og økonomisjefen orienterte.

Presentasjonen vil bli sendt medlemmene.

Endringsframlegg frå Eirik Haga, på vegner av AP, SP, KRF:

*Vaksdal kommunestyre godkjenner rekneskapen for Vaksdal kommune, drifts- og kapitalrekneskapen for 2016 med eit mindreforbruk/overskot på kr 11 195 437,68 på drifta og kr 0 i kapitalrekneskapen. Kommunestyret godkjenner årsmelding for 2016 for Vaksdal kommune.*

*Mindreforbruket på drifta, kr 11 195 437,68 vert disponert slik:*

- *Reasfaltering kommunale vegar kr 1 000 000*
- *Læremidlar i skulen kr 500 000*
- *Til miljøforbetringar kr 500 000*
- *Til disposisjonsfond kr 9 195 437,68 konto 2569900 for bruk til finansiering av investeringar i 2018*

*Når det gjeld summen til miljøforbetringar ber kommunestyret rådmannen utarbeida ein plan for bruken. Planen må innehalda stimuleringsstilskot til privatpersonar med tanke på å skifta ut oljefyring og gamle vedomnar til reintbrennande omnar.*

### **Røysting**

Framlegget frå Eirik Haga vart sett opp mot rådmannen sitt framlegg - Framlegget vart vedteke med 5 røyster (AP, SP, KRF)

### **FPØ - Tilråding:**

Vaksdal kommunestyre godkjenner rekneskapen for Vaksdal kommune, drifts- og kapitalrekneskapen for 2016 med eit mindreforbruk/overskot på kr 11 195 437,68 på drifta og kr 0 i kapitalrekneskapen. Kommunestyret godkjenner årsmelding for 2016 for Vaksdal kommune.

Mindreforbruket på drifta, kr 11 195 437,68 vert disponert slik:

- *Reasfaltering kommunale vegar kr 1 000 000*
- *Læremidlar i skulen kr 500 000*
- *Til miljøforbetringar kr 500 000*
- *Til disposisjonsfond kr 9 195 437,68 konto 2569900 for bruk til finansiering av investeringar i 2018*

*Når det gjeld summen til miljøforbetringar ber kommunestyret rådmannen utarbeida ein plan for bruken. Planen må innehalda stimuleringsstilskot til privatpersonar med tanke på å skifta ut oljefyring og gamle vedomnar til reintbrennande omnar.*

### **Kommunestyret - Sak 45/2017**

#### **KOM - Behandling:**

Endringsframlegg frå Kjartan Haugsnes, på vegner av SV, H, FRP og MDG:

*1. Vaksdal kommunestyre godkjenner rekneskapen for Vaksdal kommune, drifts- og kapitalrekneskapen for 2016 med eit mindreforbruk/overskot på kr 11 195 437,68 på drifta og kr 0 i kapitalrekneskapen.*

*Mindreforbruket på drifta, kr 11 195 437,68 vert disponert slik:*

- *Lærarstilling, tidleg innsats 1-4 klasse Vaksdal skule 1 000 000*
- *Vedlikehald kommunale vegar 500 000*
- *Vedlikehald kommunale bygg 500 000-*
- *Næringsutvikling/K5\*\*\* 2 000 000*
- *Reisekasse for skulane i Vaksdal/miljøtiltak\* 400 000*
- *Læremidlar i skulen kr 500 000*
- *Stimuleringsstilskot\*\* kr 100 000*

*Til disposisjonsfond kr 6 195 437,68*

*\*Øymerka midlar til elevane i Vaksdalsskulen til reise, skidag, leirskule, ekskursjonar, teater, bibliotek, kultur osb. gjennom skuleåret.*

*\*\*Stimuleringsstilskot til privatpersonar med tanke på å skifta ut oljefyring og gamle vedomnar til reintbrennande omnar.*

*\*\*\*Øymerka midlar relatert til næring og utvikling i samband med K5 utbygginga. Pengane vert disponert etter vedtak i kommunestyret.*

2. Kommunestyret godkjenner årsmelding for 2016 for Vaksdal kommune.

3. Administrasjonen kjem attende med sak til kommunestyret seinast i høve budsjett for 2018 om amortiseringsfondet og framtidig disponering av desse midlane. Herunder kva som er staten sine forpliktingar i høve pensjon, jfr. Justisdepartementet 2003 «ikke vesentlig inngripende i kommuneøkonomien»

Magne Hestad, AP, ba om at notat om mellombels tilsette blir lagt fram i samband med behandling av tertialrapportane

Subsidiert forslag frå Boris Groth, FRP:

*Endre punkt 4 til: Til disposisjonsfond kr 9 195 437,68 konto 2569900 . Evt. bruk vert vedtatt av kommunestyret.*

#### **Røysting:**

Det vart røysta slik:

- Kjartan Haugsnes sitt framlegg, punkt 1 og 2, vart sett opp mot formannskapet si tilråding: Kjartan Haugsnes sitt framlegg fekk 7 røyster (SV, H, FRP, MDG) og fall.
- Kjartan Haugsnes sitt forslag punkt 3 vart samrøystes vedteke
- Boris Groth sitt framlegg vart samrøystes vedteke.

#### **KOM - Vedtak:**

Vaksdal kommunestyre godkjenner rekneskapen for Vaksdal kommune, drifts- og kapitalrekneskapen for 2016 med eit mindreforbruk/overskot på kr 11 195 437,68 på drifta og kr 0 i kapitalrekneskapen. Kommunestyret godkjenner årsmelding for 2016 for Vaksdal kommune.

Mindreforbruket på drifta, kr 11 195 437,68 vert disponert slik:

- Reasfaltering kommunale vegar kr 1 000 000
- Læremidlar i skulen kr 500 000
- Til miljøforbetringar kr 500 000
- Til disposisjonsfond kr 9 195 437,68 konto 2569900 for bruk til finansiering av investeringar i 2018. Evt. bruk vert vedtatt av kommunestyret

Når det gjeld summen til miljøforbetringar ber kommunestyret rådmannen utarbeida ein plan for bruken. Planen må innehalda stimuleringsstilskot til privatpersonar med tanke på å skifta ut oljefyring og gamle vedomnar til reintbrennande omnar.

Administrasjonen kjem attende med sak til kommunestyret seinast i høve budsjett for 2018 om amortiseringsfondet og framtidig disponering av desse midlane. Herunder kva som er staten sine forpliktingar i høve pensjon, jfr. Justisdepartementet 2003 «ikke vesentlig inngripende i kommuneøkonomien»



## Saksopplysningar:

Etter Kommuneleva § 48 skal kommunar for kvart kalenderår utarbeide årsrekneskap og årsberetning (årsmelding).

Årsrekneskapen skal omfatte alle økonomiske midlar som kan disponerast for året, og bruken av desse. Alle kjente utgifter og inntekter skal takast med, og årsrekneskapen skal førast i samsvar med god kommunal rekneskapskikk. Kommunestyret vedtar årsrekneskap på grunnlag av innstilling frå formannskapet, og vedtaket må angi disponering av rekneskapsmessig overskot eller dekning av rekneskapsmessig underskot.

I årsberetningen (årsmeldinga) skal det opplystast om forhold som er viktig for å bedømme kommunen si økonomiske stilling og resultatet av verksemda, som ikkje framgår av rekneskapen, samt andre forhold av vesentleg betydning for kommunen. Det skal gjerast greie for tiltak som er sett i verk og tiltak som er planlagt sett i verk for å sikre betryggande kontroll og høg etisk standard i verksemda. Det skal gjerast greie for den faktiske tilstand når det gjeld likestilling i kommunen. Det skal gjerast greie for tiltak som er sett i verk og tiltak som er planlagt sett i verk for å fremje likestilling og for å hindre forskjellsbehandling i strid med likestillingsloven, samt for å fremje formålet i diskrimineringsloven og i diskriminerings- og tilgjengelighetsloven. Forskrift om årsregnskap og årsberetning har heimel i Kommuneleva § 48. Forskrifta angir nærmare reglar for årsrekneskapen, årsberetning og rekneskapsføring.

Årsrekneskap og årsmelding er utarbeidd etter krav sett i Kommuneleva § 48. Det er ikkje utarbeidd detaljerte oversikter, men alle noter til rekneskapen er tatt med. I årsmelding vert det rapportert i samsvar med dei fullmakter som er gitt Rådmannen i Budsjett 2016. Årsbudsjett er gjennom året justert i samsvar med dei politiske vedtaka og elles etter fullmakter gitt til Rådmannen.

Revisjon av rekneskapen har vorte utført av Deloitte AS, som har fått tilgang til all relevant og naudsynt informasjon knytt til rekneskapsføringa.

Årsmelding og årsrekneskap er handsama i Kontrollutvalet 09.05.2017.

Driftsrekneskapen 2016 for Vaksdal kommune viser eit mindreforbruk/overskot på kr 11.195.437,68,-. Kapitalrekneskapen er i balanse. Vaksdal kommune står overfor store investeringar i åra som kjem. Dagens lånegjeld er betydeleg under landssnittet, men vil om få år vere over landssnittet, noko som vil binde meir driftsmidler til renter og avdrag. Rådmannen meiner at det er viktig å dempe framtidig låneopptak og rår til at mindreforbruket på drifta vert tilrådd satt av til disposisjonsfondet for bruk til finansiering av seinare investeringar.



## SAKSPAPIR

Saksnr	Utval	Type	Dato
04/2017	Ombudsutvalet	PS	29.05.2017
50/2017	Kommunestyret	PS	26.06.2017

Sakshandsamar	Arkiv	ArkivsakID
Åse Elin Myking	FE - 400	16/1433

### GJENNOMGANG AV REGLEMENT FOR POLITISKE UTVAL

#### Vedlegg:

Reglement for kommunestyret  
Reglement for formannskap/plan- og økonomiutval og administrasjonsutval  
Reglement for utval for leverkår  
Reglement for godtgjering til folkevalde

#### Rådmannen sitt framlegg til vedtak:

#### Ombudsutvalet - Sak 04/2017

#### **OMB - Behandling:**

Endringsframlegg frå Evelyn Boge:  
*Forslag til endringar i Reglement for kommunestyret*

#### *7.2 Rådmannens kvarter*

*Etter open halvtime gir rådmannen ein orientering om saker og prosesser av politisk og prinsipiell karakter. Det er ikkje høve til å stilla spørsmål. Eventuelle spørsmål må avventa til uformell spørjerunde, jf. pkt. 18.1.*

#### *Pkt. 18.2 Interpellasjonar*

*«Interpellanten og ordførar kan få ordet to gonger.» vert føreslått endra til «Interpellanten og ordførar kan få ordet tre gonger.».*

#### *Pkt. 20.1 Grunnleggjande opplæring*

*Forslag til ny 2. setning:  
Praktisk møteavvikling må være del av den grunnleggjande opplæringa.*

#### *Reglement for godtgjersle til folkevalde*

*Rådmannen undersøker bakgrunnen for at det i pkt. C3 står kr. 135,- pr. time, og kjem med forslag til ein formulering som kan sikra at dette beløpet vert justert. Saka vert handsama i neste møte i Ombudsutvalet.*

**Røysting:**

Det vart røysta punkt for punkt:

Punkt 7.2 vart samrøystes vedteke

Punkt 18.2 vart vedteke mot 1 røyst (Jan Hansen)

Punkt 20.1 vart samrøystes vedteke

Reglement for godtgjersle vart samrøystes vedteke

**OMB - Tilråding:**

Reglement for kommunestyret vert vedteke slik det ligg føre med følgjande endringar:

7.2 Rådmannens kvarter

Etter open halvtime gir rådmannen ein orientering om saker og prosesser av politisk og prinsipiell karakter. Det er ikkje høve til å stilla spørsmål. Eventuelle spørsmål må avventa til uformell spørjerunde, jf. pkt. 18.1.

Pkt. 18.2 Interpellasjonar

«Interpellanten og ordførar kan få ordet to gonger.» vert føreslått endra til «Interpellanten og ordførar kan få ordet tre gonger.».

Pkt. 20.1 Grunnleggjande opplæring

Forslag til ny 2. setning:

Praktisk møteavvikling må være del av den grunnleggjande opplæringa.

**Kommunestyret - Sak 50/2017****KOM - Behandling:**

Leiar i ombudsutvalet gjorde greie for ombudsutvalet si behandling av saka.

Endringsframlegg frå Kjartan Haugsnes, SV:

*Stryk følgjande avsnitt:*

*"Forslag framsett i samanheng med interpellasjonen kan ikkje takast opp til votering i møtet hvis ordførar eller 1/3 av dei møtande motsetter seg dette. Jf. kommuneloven § 34 nr. 1"*

Kjartan Haugsnes trakk forslaget i møtet og ba om at dette blir oversendt til ombudsutvalet for behandling.

Ombudsutvalet si tilråding vart samrøystes vedteken.

**KOM - Vedtak:**

Reglement for kommunestyret vert vedteke slik det ligg føre med følgjande endringar:

7.2 Rådmannens kvarter

Etter open halvtime gir rådmannen ein orientering om saker og prosesser av politisk og prinsipiell karakter. Det er ikkje høve til å stilla spørsmål. Eventuelle spørsmål må avventa til uformell spørjerunde, jf. pkt. 18.1.

### Pkt. 18.2 Interpellasjonar

«Interpellanten og ordførar kan få ordet to gonger.» vert føreslått endra til «Interpellanten og ordførar kan få ordet tre gonger.».

### Pkt. 20.1 Grunnleggjande opplæring

Forslag til ny 2. setning:

Praktisk møteavvikling må være del av den grunnleggjande opplæringa.

### **Saksopplysningar:**

Følgande reglement er gjeldande:

- Reglement for kommunestyret
- Reglement for formannskap/Plan/Økonomi – og Administrasjonsutval
- Reglement for utval for levekår
- Reglement for godtgjersle til folkevalde

Rådmann legg fram gjeldande reglement slik dei ligg føre og ber ombodsutvalet gjennomgå og vurdere om det er behov for endringar. Ein del tekst treng oppdatering t.d som følgje av endra rutiner i samband med bruk av nye elektroniske verktøy. Mindre praktiske endringar i rutiner/tekst kan administrasjonen legge inn etter avtale med utvalet.

Ombodsutvalet innstiller ev endringer til kommunestyret.

# REGLEMENT FOR KOMMUNESTYRET

## 1. ARBEIDSOMRÅDE OG AVGJERDSMYNDE

Kommunestyret er kommunen sitt øvste organ og gjer vedtak på kommunen sine vegne så langt ikkje anna føl av lov eller vedtak om delegering til anna organ. Kommunestyret fastset ved reglement nærare reglar for sakshandsaminga i folkevalde organ, [jf. kommunelova § 39 nr.1.](#)

Kommunestyret har 21 medlemmer.

Kommunestyret kan opprette mellombelse utval for å utgreie einskilde saksfelt og tema.

## 2. SAKSFØREBUING

Kommunelova kap. 6 fastset sakshandsamingsreglar for folkevalde organ, når det gjeld møteprinsipp, møtebok, opne eller lukka møte, fastsetjing av møte, saksliste, innkalling, møteleiing, vedtak, endring av saksliste, førespurnader, avstemmingar m.m. Reglane i dette reglementet er utfyllande til kommunelova sine reglar.

Med unntak av dei saker som gjennom særreglar skal handsamast på annan måte, jfr. m.a. kontrollutvalet sine oppgåver, skal rådmannen syta for at saker som skal opp i kommunestyret, er førebudde på forsvarleg måte slik det er kravd i lov, reglement og andre bindande føresegnar, jfr. [Kommunelova § 23 pkt. 2.](#) Vaksdal kommune har elektronisk sakshandsaming.

Rådmannen fremjar som hovudregel innstilling i saker som skal til politisk handsaming. I tillegg kan ordførar stå for førebuing og innstilling i overordna politiske høyringssaker. Einskilde saker vert handsama i formannskap/plan- og økonomiutvalet, levekårsutvalet eller kontrollutvalet før dei kjem til handsaming i kommunestyret. I slike tilfelle er det desse utvala som innstiller til kommunestyret. Eldrerådet, Ungdomsrådet Administrasjonsutvalet og Arbeidsmiljøutvalet kan også fremja uttalar i saker innanfor deira arbeidsområde. I den grad saksgangen til ei sak ikkje er klårlagt gjennom *Kommunelova* eller *Delegasjonsreglementet til Vaksdal kommune*, avgjer ordføraren saksgangen.

## 3. INNKALLING TIL MØTE - DOKUMENTUTLEGG

Kommunestyret held møte når kommunestyret sjølv har vedteke det, når ordføraren finn det påkravd eller når minst 1/3 av medlemene i kommunestyret krev det, jr. [Kommunelova § 32 pkt 1.](#)

Ordføraren kallar kommunestyret inn til møte, både gjennom innkalling på e-post til representantane, publisert på nettsida til kommune og gjennom offentleg kunngjering. Innkallinga og kunngjeringane skal gi opplysning om tid og stad for møtet og oversikt over saker som skal handsamast. Innkalling og sakspapir skal gjerast tilgjengeleg med høveleg varsel, til vanleg minst 7 dagar før møtet, til dei som er nemnd i neste avsnitt, jfr

## [Kommunelova § 32 pkt. 2.](#)

Rådmannen skal syta for at medlemene i kommunestyret, varamedlemmer, kontrollutvalet, kommunalsjefane, einingsleiarane og dei avisene som jamleg refererer frå kommunestyremøta får melding om at innkalling og sakspapir er publisert.

Samstundes med at innkallinga er kunngjort, skal saklista til møtet, saman med andre dokument som ikkje er unnateke frå offentleg gjennomsyn, normalt vera tilgjengelege for ålmenta. Ordføraren har mynde til å vurdere og avgjera kva som er offentleg tilgjengeleg og kva som skal vera unnateke. Saksdokument/innstillingar som er merkte "fortruleg" eller "konfidensiell" skal berre sendast/ leverast ut til dei som skal ha slike dokument for å kunna ta stode i saka. Dei som mottok dokument som er merkte på denne måten, plikter å teia om det dei får kjennskap til. Dei skal som hovudregel levera dokumenta attende til kommuneadministrasjonen når saka er ferdighandsama.

### **4. MØTEPLIKT - FORFALL - VARAMEDLEMER**

Den som er vald som medlem i kommunestyret, plikter å delta i kommunestyret sine møte, med mindre han/ho har gyldig forfall. Kva som er lovleg forfall etter denne føresegna vert avgjort av kommunestyret. Omstende som fare for helse eller velferd, viktige forretningar og familietilhøve eller pliktar i arbeidet er gyldig forfallsgrunn. Dersom ein medlemen eller innkalla varamedlem har gyldig forfall, skal han/ho sjølv gi melding til vararepresentantan og utan opphald melda frå om dette til kommuneadministrasjonen og opplysa om forfallsgrunn.

Ordføraren har overordna ansvar for innkallinga, og dersom han er kjend med at ein medlem ikkje kan vera med på ei saksførehaving av di han/ho er ugild, jfr. [Kommunelova § 40 pkt 3a – c](#) skal han syta for at varamedlem vert kalla inn. Forfall under møtet skal straks meldast til møtestyraren.

Varamedlem som er til stades, eller som kan kallast inn, skal då koma inn i staden for den som må gå. Ein varamedlem som er lovleg kalla inn, skal ikkje gå frå ei påbyrja sak før saka er ferdig, jamvel om den valde representanten eller personar som står lengre framme i rekkja av varamedlemer, kjem til under saksførehavinga.

### **5. RÅDMANNEN O.A. - DELTAKING I MØTET**

Rådmannen er med i møtet. Han/ho har talerett, personleg eller ved ein av sine underordna, jfr. [Kommunelova § 23 pkt. 3.](#) Rådmannen syter for turvande sekretariatshjelp under møtet.

### **6. MØTEPRINSIPP/MØTESTYRING - OPNE ELLER LUKKA MØTE**

Kommunestyret gjer sine vedtak i møte, jfr. [Kommunelova § 30 pkt. 1.](#) Møtet skal haldast for opne dører. Ordføraren eller varaordføraren styrer møtet. Dersom begge har forfall, skal kommunestyret velja møteleiar (setteordførar) ved fleirtalsval.

Kommunestyret kan vedta å handsama ei sak for stengde dører når omsynet til personvern eller andre tungtvegande private eller offentlege interesser tilseier det. Før vedtak vert gjort, skal spørsmålet drøftast, dersom møtestyraren krev det eller kommunestyret vedtek det.

Personalsaker skal alltid handsamast for lukka dørar, jfr. [Kommunelova § 31 pkt. 3](#).

Dersom det er gjort vedtak om at dørene skal stengjast, har dei som sit i kommunestyret og dei kommunale tenestemenn som er til stades, plikt til å teia om drøftingane dersom ikkje noko anna er vedteke. Dersom vedtaka skal vera unnateke offentleg innsyn, må det gjerast særskild vedtak om det. Teieplikta står ved lag til dess noko anna er fastsett, eller til at grunnane for vedtaket om stengde dører har falle bort.

Reglane framføre gjeld på same måte for andre enn dei som er nemnd framføre, når dei er til stades under førehaving av slike saker.

## 7. MØTET TEK TIL

### 7.1 Open ½-time

Ved starten av kvart kommunestyremøte vert det sett av inntil ½ time der lag/organisasjonar og privatpersonar kan leggja fram sine saker, som informasjon til kommunestyrerepresentantane.

Kommunestyret realitetshandsamar ikkje sakene som blir lagt fram i open halvtime i møtet.

Det er ikkje høve for tillitsvalde eller tilsette i kommunen å stilla spørsmål eller fremja synspunkt i "Open halvtime" gjeldande saker som angår dei som tillitsvalde eller tilsette.

Talarane må ikkje ordleggja seg slik at dei valde medlemene, møtelyden eller andre har grunn til å kjenna seg krenkte. Ingen må gi uttrykk for si meining med å laga ståk eller uro i salen. Utan at møtestyraren eller kommunestyret har gitt løyve til det, kan heller ingen gjennom plakatar eller på annan visuell måte gi slike uttrykk for sitt syn. Møtestyraren skal åtvare personar som bryt desse føresegnene, to gonger om det trengst. Hjelper ikkje det, kan møtestyraren ta ordet frå talaren eller la møtelyden røysta over spørsmålet om han skal stengjast ute frå resten av møtet.

På det tidspunktet som er fastsett, roper møtestyraren eller sekretæren opp dei som sit i kommunestyret og dei varamedlemer som er kalla inn. Er det lovlege minstetalet til stades, 11 medlemar (jfr. [Kommunelova § 33](#)), seier møtestyraren møtet for sett.

Møtet er ope for tilhøyrarar (publikum), jfr. reglementet sitt pkt. 6, jfr. [kommunelova § 31 pkt. 1 og 2](#), likevel med dei unntak som er fastsette i pkt. 6, siste halvdel jfr. [kommunelova § 31 pkt. 3](#). Under møtet kan ingen av dei som høyrer til kommunestyret, gå ut av salen i stutt eller lang tid utan å melda frå til møtestyraren.

Møteleiar skal, viss det blir bede om det, gje løyve til at forhandlingane i opne møte vert tatt opp på lydband, video eller liknande, eller kringkasta over radio, fjernsyn eller via internett, dersom dette ikkje verker forstyrrande på gjennomføringa av møtet, jf. kommunelova § 31.

Dersom møtet går over lengre tid, skal møtestyraren syta for at det er sett av rimeleg tid til pausar. Medlemer og varamedlemer som kjem etter at møtet er sett, eller som føreteke skifte med andre medlemer/varamedlemer, må før slikt skifte vert føreteke, melda frå til møtestyrar/sekretær slik at skiftet vert lovleg protokollert.

## 8. SPØRSMÅL OM INNKALLING , FORFALL, SAKLISTE M.M.

Dersom møtestyraren eller nokon frå kommunestyret reiser tvil om forfall til medlemmer som ikkje er til stades (melde eller ikkje melde), skal forfallet drøftast og avklårast. Det same gjeld spørsmål knytt til innkalling og sakliste. Deretter skal kommunestyret handsama dei sakene som er nemnde i innkallinga, og til vanleg i den rekkefølge dei er sett opp. Spørsmål og interpellasjonar skal alltid koma til sist, etter dei ordinære sakene. Kommunestyret kan i særlege høve gjera vedtak om ei anna rekkjefølgje.

Er ei sak teke opp til realitetshandsaming, må møtet halda fram til saka er avgjort eller til det er gjort vedtak om at saka skal utsetjast.

Kommunestyret kan ta opp til realitetsavgjerd og treffa vedtak også i saker som ikkje er nemnde i innkallinga eller som ikkje står på saklista, dersom ikkje møteleiar eller 1/3 av møtande medlemmer motset seg dette.

## 9. HABILITET

Den som er inhabil i ei sak, jfr. [Kommunelova § 40 pkt. 3 a-c](#), jfr. [habilitetsreglane i Forvaltningslova kap. II](#), skal ikkje vera med å drøfta eller avgjera ei sak. Når ein kommunestyremedlem veit at han/ho er inhabil eller det kan reisast tvil om hans/hennar habilitet, bør han/ho så snart han/ho har teke mot innkallinga til møtet, melda frå til vararepresentanten på same vis som ved forfall (jfr. pkt. 4). Varamedlem skal straks kallast inn når det kan forventast at ein kommunestyremedlem vil verta kjend inhabil (jfr. pkt. 4 framføre).

## 10. MØTESTYRAREN SI SAKSUTGREIING – REKKEFØLGJA MELLOM TALARANE

Møtestyraren (ordføraren) skal lesa opp sakstittelen som er brukt i innkallinga, og skal kort gå gjennom hovudtrekka i innstillinga. Dersom det er meiningsskilnader i innstillinga (fleirtals- og mindretals- innstillingar), skal møtestyraren orientera om dette, og dersom det er kome inn skriftlege saksopplysningar/dokument etter at innstillinga vart lagt fram, skal møtestyraren opplysa om dette. Møtestyraren kan gjera greie for saka, dersom han/ho synest det trengst.

Møtestyraren spør så om nokon vil ha ordet. Talarane får deretter ordet i den rekkefølge dei har bede om det.

Ved replikkskifte får den som ber om replikk ordet før møteleiaren held fram på den ordinære talarlista.

## 11. OM INNLEGG I ORDSKIFTET

Talarane skal retta orda sine til møtestyraren, ikkje til møtelyden eller andre personar. Dei skal halda seg nøye til saka eller til den del av saka som ordskiftet gjeld.

Det må ikkje seiast noko som kan krenkje andre. Det er heller ikkje lov å lage uro eller anna ståk som uttrykk for misnøye, semje eller usemje med noko som vert sagt eller som skjer under møte. Møtestyraren skal akta på at dette vert gjort.



## 12. MØTESTYRING

Møtestyraren kan berre stogga ein talar dersom talaren bryt føresegnene i dette reglementet eller gjer seg skuldig i ei mistyding som må rettast. Vil møtestyraren vera med i ordskiftet meir enn den utgreiinga som er nemnd framføre i pkt. 10, må han melda seg på talarlista på vanleg måte og koma til orde når hans/hennar tur kjem.

## 13. TALETID OG ORDSKIFTESLUTT

Når som helst i møtet kan kommunestyret med vanleg fleirtal vedta kor lang taletida for kvart innlegg skal vera. Med vanleg fleirtal kan det gjerast unntak for dette for ordføraren, for kvart politisk parti, og for personar som er valde til saksordførarar for ei gruppe i møtelyden. Med vanleg fleirtal kan og kommunestyret gjera unntak for rådmannen og i særlege høve for tenestemenn som på vegne av rådmannen greier ut saker. Dersom ikkje anna er vedteke er det høve til replikkordskifte.

Finn møtestyraren at ei sak er ferdigdrøfta, fremjar han/ho forslag om at strek vert sett. Før strek vert sett, vert talarlista referert. Dei som står att på talarlista, skal få høve til å avslutta. Kommunestyret kan med vanleg fleirtal vraka eit slikt forslag, og vedta at ordskiftet skal halda fram til så lenge.

Dersom møtestyraren har sett sluttstrek for å melda seg på talarlista, og det vert lagt fram nye forslag til vedtak i saka, skal møtestyraren gi høve til ordskifte om dei nye forslaga.

## 14. FREMJA SAK - FORSLAG

Kommunestyremedlemene har rett til å reisa sak for politisk handsaming i kommunestyret.

Berre valde representantar/ vararepresentanta, og rådmannen eller denne sin representant om ikkje regel i lov seier noko anna, kan fremja forslag i møte.

Forslaget skal formast ut skriftleg, skrivast under av den som set det fram, og leverast til møtestyraren. Forslag om personar som skal veljast eller tilsetjast, kan likevel fremjast munnleg. Dette gjeld og forslag om at saker som står på saklista, skal utsetjast eller sendast attende til underordna politiske organ. Det gjeld vidare forslag som går ut på at eit framlegg skal vrakast.

Møtestyraren skal ta opp att og referera forslaga før røysting skjer. Dersom eit forslag er omfattande, skal møtestyraren syta for at forslaget vert trykt opp og delt ut for gjennomlesing før røystinga.

## 15. RØYSTING

Når ordskiftet er slutt, tek møtestyraren saka opp til røysting. Fram til røystinga er avslutta, skal det ikkje vera meir ordskifte om saka eller fremjast nye forslag. I denne tida er det heller ikkje høve til å ta opp andre saker.

Berre dei som er møtande representantar i kommunestyret, og som er i salen når saka vert teken opp til røysting, har røysterett. Med unntak av saker som gjeld val og tilsetjingar der det er høve til å røysta blankt, jfr. [Kommunelova § 40 pkt. 2](#), har medlemene plikt til å røysta.

Medlemene kan ikkje forlata salen før røystinga er avslutta.

Er ei sak oppdelt, eller det skal røystast over meir enn eitt forslag, fremjar møtestyraren forslag om rekkefølge for røystingane. Vert det ordskifte om dette, avgjer kommunestyret med vanleg fleirtal rekkefølga for dei forslaga som skal takast opp til røysting.

## 16. PRØVERØYSTING

Før endeleg røysting i ei sak, kan kommunestyret halda prøverøysting. Denne røystinga er ikkje bindande. Er innstillinga, eller det forslaget som ligg føre, delt opp i postar eller paragrafer, bør det til vanleg først røystast førebels over kvar post eller paragraf, og så - med eller utan prøverøysting også her - røystast over heile innstillinga eller heile forslaget. Resultatet av prøverøystinga skal protokollerast.

## 17. RØYSTEMÅTEN

Kommunestyret kan røysta på ein av desse måtene:

- a. Møtestyraren refererer/les opp forslaget og spør om nokon er usamd i det. Dersom ingen seier seg usamd, er det stillteiande godkjend.
- b. Møtestyraren oppmoder dei som er imot eit forslag, om å reisa seg eller rekkja opp handa. Når møtestyraren vil det, eller ein annan krev det, skal det haldast kontrarøysting, slik at dei som er for forslaget, reiser seg eller rekkjer opp handa.
- c. To alternative forslag vert sett opp mot einannan. Møtestyraren oppmodar dei som støttar det eine forslaget om å reisa seg eller rekkje opp handa, dei som støttar det andre forslaget forhold seg i ro.
- d. Møtestyraren ropar opp namna på dei røysteføre og ber dei svara ja eller nei til forslaget. Møtestyraren har ansvar for at røystinga skjer i kontrollerte former med avkryssing av kven som svarar ja eller nei. Namneopprop skal nyttast når møtestyraren eller ein røystefør krev det, og forslaget får støtte frå minst 1/4 av representantane. Likeins skal det haldast namneopprop når møtestyraren eller 1/4 av dei røysteføre meiner at utfallet av ei røysting etter pkt. b eller c (med motprøve) ikkje er heilt visst. Over spørsmålet om det skal vera namneopprop, skal det røystast utan ordskifte, og på den måten som er nemnd under pkt. b.
- e. Ved val og ved tilsetjingar kan kvart einskild medlem krevja skriftleg røysting jfr. [kommunelova § 35 pkt. 5](#). Røystesetlane skal ikkje underskrivast. Til å telja og kontrollera røystene nemner møtestyraren opp to medlemmer frå kommunestyret som saman med møtesekretæren står føre oppteljinga.

Dersom det ved røysting oppstår likt røystetal, gjeld følgjande:

- \* ved likt røystetal i andre saker enn val er møteleiar si røyst avgjerande jfr. [Kommunelova § 35 pkt. 1](#), siste setning.
- \* ved likt røystetal under val jfr. [Kommunelova §§ 36 og 37 jfr. § 35, pkt. 1](#), siste setning, vert saka å avgjera ved loddtrekking.

- \* ved likt røystetal under skriftleg avrøysting ved tilsetjingar, vil møteleiaren si røyst vera avgjerande jfr. første lekken framføre. Møteleiaren må difor i slike høve gi til kjenne korleis han har røysta.

## 18. SPØRSMÅL, INTERPELLASJONAR OG TEMADRØFTINGAR

Utanom dei sakene som står i innkallinga/sakslista til kommunestyremøtet, kan medlemmer og varamedlemmer som er til stades, retta førespurnader til ordføraren jfr. [kommunelova § 34 pkt. 2.](#)

### 18.1 Spørsmål

På kvart kommunestyremøte vert det opna opp for ein uformell spørjerunde. Spørsmål kan då rettast til ordføraren. I dei tilfella ordføraren ikkje kan svare direkte kan han/ho kome attende med eit meir utfyllande svar i neste kommunestyremøte. Spørsmål som blir innlevert skriftleg i møtet, blir besvart skriftleg til neste møte (lagt fram som meldings-/referatsak).

### 18.2 Interpellasjonar

Kommunestyret sine medlemmer kan framsetja interpellasjon til ordføraren. Interpellasjonen skal ha eit tema og eit innhald som er eigna for debatt i kommunestyret.

Interpellasjonen skal leverast skriftleg til ordførar seinast ei veke før kommunestyremøtet, og interpellasjonane vert handsama i innkomen rekkefylgje. Interpellasjonar som kjem etter ordinær saksutsending skal sendast kommunestyremedlemmane på E-post. Dersom det er mogleg, vert svaret frå ordføraren sendt ut i forkant av møtet, slik at representantane er best mogleg førebudd.

Ved handsaming av interpellasjonar legg interpellanten fram interpellasjonen sjølv, før ordføraren gjer sitt svar. Kvar representant kan ta ordet til debatt ein gong. Interpellanten og ordførar kan få ordet to gonger. Taletid for interpellasjonar vert sett til 3 minutt pr. innlegg.

Forslag framsett i samanheng med interpellasjonen kan ikkje takast opp til votering i møtet hvis ordførar eller 1/3 av dei møtande motsetter seg dette. Jf. [kommuneloven § 34 nr. 1](#)

Vert ein interpellasjon ikkje behandla i møte, må denne fremjast på nytt og handsamast i neste møte.

### 18.3 Rekkjefølgje/tidsbruk ved spørsmål/interpellasjonar

Spørsmål og interpellasjonar skal normalt handsamast i den rekkjefølgje dei kjem inn. Kommunestyret kan, med vanleg fleirtal, fråvika dette. Spørsmål og interpellasjonar skal handsamast til slutt, etter at ordinær sakliste er ferdighandsama. Det kan nyttast inntil 1 time til spørsmål og interpellasjonar ved kvart kommunestyremøte.

#### **18.4 Temadrøftingar/orienteringar**

Ordføraren, i samråd med kommunestyret, kan leggja opp til temadrøftingar/orienteringar om spesielle emne. Slike møte eller deler av møte skal vera klårt skild frå det ordinære møte/ den ordinære sakliste og skal anten leggjast i forkant eller etterkant av eit ordinært møte, eller som eit særskild temamøte.

#### **18.5 Forslag m.m.**

Under føresetnad av at eit fleirtal i kommunestyret er samd i det, skal forslag som er fremja under spørsmål og interpellasjonar, normalt sendast over til rådmannen eller det politiske organ som har ansvaret for saksområdet. Kommunestyret kan også realitetshandsame forslag og fatte vedtak i slike saker, dersom ikkje møteleiar (ordførar m.m) eller 1/3 av kommunestyremedlemmene motsett seg dette, jfr.

[Kommunelova § 34 pkt. 1.](#)

### **19. TIDSPUNKT FOR KOMMUNESTYRET SINE MØTE**

Ordføraren sett opp ordinær møteplan for kommunestyret. Kommunestyret sine møte skal normalt finna stad på mandagar, med start kl. 1100 og til vanleg vera avslutta kl. 1600, inkludert førespurnader og interpellasjonar. Kommunestyret kan i særskilde høve, og etter vedtak, halda fram møtet ut over kl. 16.00.

Det er intensjonen at 1 av møta (junimøtet eller desembermøtet) skal haldast som heildagsmøte annan stad i kommunen (utanfor heradshuset) og med ei høveleg avslutningssamkome.

### **20. OPPLÆRING OG INFORMASJON TIL FOLKEVALDE, SOSIALE RETTAR**

#### **20.1 Grunnleggjande opplæring**

Så snart som mogeleg etter at kommunestyret er vald og det har konstituert seg, legg rådmannen, i samråd med den nyvalde ordføraren, opp til kurs for det nye kommunestyret der dei grunnleggjande prinsippa for kommunal verksemd vert gjennomgått. Kurs for medlemmer i dei ulike råd, utval og styre vert arrangert etter same opplegg som framføre.

#### **20.2 Fortløpande opplæring**

Det skal i kommunestyreperioden drivast opplæring av kommunestyremedlemer og av medlemmer i råd, styre og utval når dette er turvande for at dei skal kunna utføra sine tillitsverv på ein tilfredsstillande måte.

#### **20.3 Informasjon**

Rådmannen har ansvaret for informasjon til medlemmer i kommunestyre, råd, styre og utval om deira sosiale rettar som folkevalde. Reglementa for kommunestyre, formannskap m.m. skal tilstilast dei folkevalde. Det same gjeld regulativ som gjeld praktiske og økonomiske ordningar om folkevalde sine løns- og arbeidsvilkår m.m., ref. Godtgjerslereglement for folkevalde i Vaksdal kommune.

#### **20.4 Ombodsutval**

Ved byrjinga av kvar ny kommunestyreperiode vel kommunestyret blant sine medlemmer eit ombodsutval på fem personar. Utvalet skal minst ein gong i valperioden førebu rullering av, og fremje forslag til eventuelle endringar i dei ulike reglementa for

politiske utval i Vaksdal kommune. Dette gjeld særskilt Godtgjerslereglement for folkevalde i Vaksdal kommune. Utvalet skal vidare sjå til at naudsynt opplæring og informasjon vert gitt dei folkevalde i tråd med §20.1 i dette reglementet.

## 21. ORDEN I SALEN OG BYGNINGEN

Møtestyraren skal syta for at det er ro og orden i møtesal, publikumsrom og i heradshuset elles. Han/ho skal syta for at talarane ikkje vert stogga eller uroa frå nokon kant. Vert saksføreavinga, og møtet elles, heft på grunn av uro og oppstyr i salen og Heradshuset elles, kan uromakarane visast ut. Det same gjeld dersom dei elles syner framferd som er i strid med god orden. Teikningar, tabellar o.l. må ikkje setjast opp i salen når det er møte, utan at møtestyraren eller kommunestyret har gitt løyve til det. Det skal ikkje leggjast ut materiell til kommunestyrerepresentantane utan etter godkjenning frå ordføraren.

## 22. MØTEBOK - MØTESLUTT

Det skal førast møteprotokoll over kommunestyret sine møte, jfr. [Kommunelova § 30 pkt. 3.](#) Ansvar for tilfredsstillande føring av møteboka ligg på møteleiaren.

For kvart møte skal det i møteboka førast inn møtestad, møtedato og møtetid. Møteprotokollen skal gje opplysningar om kven som var til stades under møtet.

Møteprotokollen vert publisert på nettsida til kommune så snart denne er ferdig.

Møteprotokollen skal elles syna gangen i saksføreavingane og at kommunestyret har følgd gjeldande lover og reglement. Sakene skal protokollerast etter nummerorden for kvart kalenderår. Kvar sak skal ha saksnamn som lett gir opplysning om kva saka gjeld. Den framlagde innstillinga frå rådmannen, formannskap/kontrollutval m.m. og framsette forslag i møtet skal protokollerast. Det same gjeld alle røystingar. Røystetal og listemedlemskap skal protokollerast.

Møtestyraren avgjer om utsegner (protokolltilførsler) skal førast inn i møteboka. Kjem det motmæle mot ei slik avgjerd, skal kommunestyret ta avgjerd i spørsmålet. Også opplysning om kva for spørsmål og interpellasjonar som var oppe, skal protokollerast.

## 23. EKSTERN INFORMASJON

Møteinnkalling m/sakspapir og møteprotokollar frå møte i kommunestyre andre styreorgan, er i utgangspunktet offentlege dokument. Med dei unntaka som er fastsette i lov og forskrift og i dette reglementet sitt pkt. 6, skal desse dokumenta vera tilgjengelege for publikum på kommunen si heimeside, i Kundetorget, biblioteket og butikkane på Stanghelle, Vaksdal, Stamnes, Eidslandet og i Eksingedalen.

## 24. KOMMUNESTYRET SITT TILSYNS- OG KONTROLLANSVAR

Kommunestyret har det øvste tilsynet med kommunen si samla forvaltning jfr. [Kommunelova § 60](#) pkt. 1. Gjennom kontrollutvalet, jfr. [Kommunelova § 60 pkt. 2 m.v.](#), fører kommunestyret den fortløpande kontroll. Nærare reglar for kontrollutvalet sitt arbeid er fastsett i eige reglement.

## 25. LOVLIGHETSKONTROLL OG KRAV OM Å TA OPP ATT EI SAK SOM ER AVGJORT

### **25.1 Lovlighetskontroll**

Tre eller fleire medlemmer av kommunestyret kan saman fremja krav om lovlighetskontroll av avgjersle fatta i kommunestyret, anna folkeval organ eller administrasjonen, jfr. [Kommunelova § 59 pkt. 1-7 m.v.](#) Slikt krav må fremjast skriftleg for det organ som har fatta avgjersla innan tre veker.

### **25.2 Krav om å ta opp att ei sak som er avgjort**

Kommunestyret kan avvise krav frå kommunestyremedlemmer om ny førehaving av saker som er lovleg avgjorde av det same kommunestyret, dersom kravet kjem før det er gått tre månader frå den dagen kommunestyret gjorde endeleg vedtak i saka. Kommunestyret og formannskapet kan sjølv avvise krav frå eigne medlemmar om ny førehaving av saker som er handsama av det same utvalet. Desse føresegnene gjeld ikkje krav om ny førehaving som kjem frå eit departement eller fylkesmannen

## 26. ETIKK

Folkevalde skal unngå personlege fordelar av einkvar art som kan påverke, eller vere eigna til å påvirke handlingar, sakshandsaming eller vedtak.



*Vedteke i Vaksdal kommunestyre 17.02.2003 med seinare endring i møte 30.03.2009, 23.05.2011 og 15.12.2014*



# REGLEMENT FOR Formannskap/Plan/Økonomiutvalet og Administrasjonsutval

## 1. SAMANSETJING OG VAL

Utvalet skal ha 7 medlemar inklusiv ordførar og varaordførar. Medlemene og varamedlemene skal veljast blant medlemene i kommunestyret i samsvar med prinsipp om gjennomgåande representasjon.

Når utvalet handsamar saker som gjeld dei tilsette sine rettar, vert utvalet supplert med 3 arbeidstakarrepresentantar (administrasjonsutvalet).

Ordførar og varaordførar er i same rekkjefølgje leiar og nestleiar i utvalet

## 2. ARBEIDS- OG ANSVARSOMRÅDE

Utvalet har det ansvar som går fram av delegeringsreglement vedteke av Vaksdal kommunestyre

## 3. AVGJERDSMYNDE OG INNSTILLINGSRETT

Utvalet har avgjerdsrett i alle saker innan sitt saklege arbeidsområde med dei avgrensingar som føl av lover og delegasjons- og budsjettreglement. Utvalet har innstillingsrett i alle saker som fell innanfor det saklege arbeidsområdet til utvalet, og som utvalet ikkje har avgjerdsrett i.

## 4. MØTEPRINSIPP

Folkevalde organ fattar sine vedtak i møte, jf Kommunelova § 30.

## 5. MØTE- OG ANKERETT

Ordførar og rådmann har møterett i kommunale organ i samsvar med reglane i kommunelova.

Vedtak i utvalet, unnateke einskildvedtak, kan leggjast fram for kommunestyret dersom minst 3 av utvalet krev det. Krav om dette må setjast fram før møtet er slutt. Ordførar og rådmannen kan elles krevja at slike saker vert lagt fram for



kommunestyret dersom dei finn at vedtaket strir mot gjeldande vedtak gjort av overordna organ eller av andre særlege grunnar. I saker der tilsette har representasjonsrett, gjeld avtaleverket sine reglar om mindretalsanke.

## **6. INNKALLING TIL MØTE**

Utvalet vert som regel kalla inn til møte med ein frist på 7 dagar. Saksdokumenta vert publisert samstundes med innkallinga.

## **7. MØTETIDSPUNKT**

Kommunestyret vedtek også møteplan for eit halvt år om gongen.

Formannskapet kan i tillegg halde møte når ordførar eller utvalet ved alminneleg fleirtal vedtek det.

Gjeldande praksis for møte i folkevalde organ i Vaksdal er at:

Møta i formannskapet skal i hovudsak vera innanfor tidsramma kl. 12.00 – 15.00

## **8. INNKALLING TIL MØTE**

Ordførar og rådmannen koordinerar framlegg til sakliste og oversyn over saker som skal til handsaming, også prosessaker

Ordførar kallar inn til møte og set opp sakliste for kvart møte. Jfr. Kommuneleva § 32.2. Der det oppstår uklare spørsmål omkring ei sak, avgjer ordførar om den skal stå på saklista eller ikkje.

Rådmannen skal sjå til at dei sakene som vert sett opp på saklista er forsvarleg utgreidd. Jfr. kommuneloven § 23.2.

Innkallinga vert kunngjort på kommunen si heimeside samstundes som ho vert gjort elektronisk tilgjengeleg for representantane.

### Ikkje-offentlege dokument

Elektronisk utsending gjeld ikkje for dokument som ikkje er offentlege. Dokument som ikkje kan offentleggjerast skal trykkast på raudt papir og sendast til medlemene. Berre møtande varamedlemer får utdelt ikkje-offentlege dokument. Det skal gå tydeleg fram av dokumenta at dei ikkje kan offentleggjerast og dei som mottek slike dokument pliktar å syte for at dei ikkje kjem på avegar.

For kunngjering av Økonomiplan og årsbudsjett gjeld eigne reglar, jfr. Kommuneleva § 44 og 45.

## **9. MØTEPLIKT/FORFALL**

Det er plikt for medlemne å møte i utvalet. Arbeidstakar har krav på fri frå arbeid i det omfang dette er naudsynt på grunn av møteplikt i kommunale organ. Jfr Kommuneleva §40.

Dersom ein representant har gyldig forfall, skal han/ho sjølv gi melding til vararepresentanten. Kriteria for "gyldig forfall" er strenge. Gyldige forfallsgrunnar er sjukdom, at representant ikkje kan setje til side viktig arbeid eller plikter, er på tenestereise som ikkje kan endrast på, eller av andre tungtvegande grunnar ikkje kan møte. Ferie, arrangement og møte i andre råd eller utval er ikkje godkjente forfallsgrunnar til kommunestyret, formannskapet og komiteane, unntak er møte i utval på høgare nivå som Fylkesting eller Storting.

### **Administrasjonen skal ha melding om kven som møter.**

Representantane skal også melda ifrå til politisk sekretariat på førehand dersom nokon er ugild, og ikkje kan delta i handsaminga av ei sak. Vararepresentant skal berre kallast inn ved behov og i samråd med gruppeleiar.

Må nokon på grunn av lovleg forfall forlate møtet under drøftingane, skal han/ho straks melda ifrå til møteleiaren. Vararepresentant vert kalla inn dersom det er praktis mogeleg å få til. Når ei sak er teken opp til avrøysting kan ingen ta plass i møtet før saka er avslutta.

Eit folkevalt organ er vedtaksført når minst halvparten av medlemmane er til stades under forhandlingane og stemt i vedkommande sak, jf kommuneleva § 33.

## **10. OPNE MØTE ELLER LUKKA DØRER**

I samsvar med kommuneleva vert møta i utvalet halde for opne dører dersom ikkje noko anna føl av lovbestemt teieplikt eller utvalet vedtek at møtet skal lukkast. Når omsynet til personvern eller andre tungtvegande private eller offentlege interesser tilseier det, kan eit folkevald organ vedta å handsama ei sak for lukka dører, jf Kommuneleva § 31, pkt 3.

Debatt om dette skjer for lukka dører dersom møteleiar krev det, eller det blir gjort vedtak om det. Personalsaker skal alltid handsamast for lukka dører.

## 11. PROTOKOLLFØRING/REFERAT

Det skal førast protokoll frå møta. Ordførar eller fungerande møteleiar ser til at dette vert gjort.

I møteboka skal førast inn:

- Eventuelle protestar mot innkalling og sakliste
- Møtetid og -stad
- Dato og måte for innkallinga
- Fråverande medlemar
- Møtande varamedlemar
- Namn på medlemar og varamedlemar som kjem og går under møtet og med oppgåve over når i møtet det skjedde
- Oversyn over kven som møter frå administrasjonen
- Saker nummerert i rekkjefølgje for året
- Kort nemning for kvar sak og kva ho gjeld
- Det som trengst for å visa gangen i førehavinga
- For kvar sak kva framlegg som er reist
- Det som trengst for å visa at vedtak vert gjort etter rett framgangsmåte
- Kva vedtak som er gjort og kva avrøystingar som er haldne

Ein representant kan krevja å få innført merknad til ei sak i møteboka (protokollmerknad). Slik merknad må fremjast skriftleg.

Protokoll frå møtet vert sendt til utvalsmedlemene saman med innkalling til påfølgjande møte.

Merknader til møteboka kan fremjast under godkjenning av møteboka i påfølgjande møte.

## 12. SAKSGANGEN I MØTE

Dei sakene som er nemnde i innkallinga vert teke opp til handsaming i den rekkjefølgje som det går fram. Utvalet kan vedta ei anna rekkjefølgje. Eventuelle førespurnader vert tekne opp til slutt i møtet.

## 13. FØRESPURNADER

Utanom dei saker som står i innkallinga til møtet kan kvar av dei som er kalla inn til møtet kome med førespurnader retta til utvalsleiar.

#### **14. SAKSORDFØRAR**

I saker som skal vidare til kommunestyret kan utvalet oppnemne saksordførar. Medlemene i utvalet bør veksle på å vere saksordførar. Oppgåvene til saksordførar vil vere:

- setje seg spesielt godt inn i saka med omsyn til det politiske aspektet
- vere pådrivar
- gjere greie for den politiske handsaminga i utvalet til kommunestyret

#### **15. FORVALTNINGSKLAGE**

Klage på einskildvedtak vert handsama etter reglane i forvaltningslova. Utvalet skal handsame klage på vedtak som er fatta av utvalet sjølv eller av administrasjonen etter delegasjon før saka vert oversendt klageinstansen.

#### **16. ÅRSRAPPORTERING**

Utvalet lagar årsrapport/årsmelding innan 01.03 påfølgjande år. Elles legg utvalet fram rapportar som kommunestyret ber om.

#### **17. SEKRETARIAT/SAKSFØREBUING**

Rådmannen har ansvar for at sakene er så godt førebudde som mogeleg. Alle saksframlegg og alle innstillingar er rådmannen sine saksframlegg og innstillingar og skal godkjennast av rådmannen sjølv eller av den ho/han gir mynde til.

Rådmannen peikar ut kven som skal vere sekretær. Politisk sekretær skal vere mottakssentral for saker til politisk behandling og ha ansvar for å førebu sakene til møta i politiske organ. Politisk sekretær har ansvar for møteprotokollen.

#### **18. KRAV OM Å FÅ TA OPP ATT EI SAK SOM ER AVGJORT**

Utvala, eller andre organ med direkte framleggsrett til kommunestyret, kan avvisa krav om ny drøfting av saker som er lovleg avgjorte av det same kommunestyret dersom kravet kjem før det er gått 3 månader frå den dagen kommunestyret gjorde endeleg vedtak i saka. Dette gjeld ikkje dersom krav om ny drøfting av saka kjem frå fylkesmannen, eit departement, eller saker som vert fremja etter § 32.1 i Kommuneloven.

## **19. FOLKEVALGTE SIN RETT TIL INNSYN**

Kommunestyret skal sjølv fastsetje eit reglement for dei folkevalde sin rett til innsyn i saksdokument og til informasjon om saker som er til behandling, jfr kommuneloven § 40, punkt 5.

### **Rett til innsyn**

Kommunestyret har, som overordna organ for all verksemd i kommunen, rett til innsyn i alle kommunale saksdokument etter prinsippet om meiroffentlegheit, jf Offentleglova §2.3, med dei presiseringar som følgjer av reglane under.

Utval for levekår og andre folkevalde organ har rett til innsyn i saksdokument når desse gjeld dei delane av kommunen si verksemd som organet behandlar.

Kontrollutvalet har sjølvstendig innsyn i høve § 6 i eige Forskrift for kontrollutval.

### **Tidspunkt for rett til innsyn**

Retten til innsyn tek til å gjelde når saka er framlagt / sendt til politisk behandling. Saman med saksframstillinga skal det følgje ei oversikt over alle dokument som er innsendte, innhenta eller utarbeidd i samband med saka, med unntak av interne arbeidsdokument for administrasjonen.

For saker som skal avgjerast i administrasjonen gjeld retten til innsyn først når saka er ferdig behandla.

### **Særskilde reglar for innsyn i opplysningar undergjevne teieplikt m.m**

I utgangspunktet gjeld ikkje retten til innsyn opplysningar som er underlagde teieplikt. Kommunestyret og andre folkevalde organ kan likevel, ved fleirtalsvedtak, krevje innsyn i slike opplysningar når dette er naudsynt ved behandling av ei konkret sak i organet, jf forvaltningslova §13 b, nr 2 og 4.

Folkevalde har teieplikt i høve til dokument som er underlagt teieplikt etter lov.

Om ei sak vert behandla for stengde dører etter kommunelova §31, pliktar dei folkevalde å teia om dei opplysningane som er underlagt teieplikt etter lov.

Medlemmer av folkevalde organ underskriv ei erklæring om teieplikt når dei får innsyn i opplysningar som etter lov er undergjevne teieplikt.

## **20. REGLEMENT FOR KOMMUNESTYRET**

I tillegg til føresegna i dette reglementet gjeld reglement for kommunestyret elles så langt det passar. Det gjeld i alle høve pkt 2, 3, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, og 23.

# REGLEMENT FOR Utval for Levekår

## 1. SAMANSETJING OG VAL

Utvalet skal ha 7 medlemar inklusiv leiar og nestleiar. Medlemene og varamedlemene skal veljast blant medlemene i kommunestyret i samsvar med prinsipp om gjennomgåande representasjon.

## 2. ARBEIDS- OG ANSVARSOMRÅDE

Utvalet har det ansvar som går fram av delegeringsreglement vedteken av Vaksdal kommunestyre

## 3. AVGJERDSMYNDE OG INNSTILLINGSRETT

Utvalet har avgjerdsrett i alle saker innan sitt saklege arbeidsområde med dei avgrensingar som føl av lover og delegasjons- og budsjettreglement. Utvalet har innstillingsrett i alle saker som fell innanfor det saklege arbeidsområdet til utvalet, og som utvalet ikkje har avgjerdsrett i.

## 4. MØTEPRINSIPP

Folkevalde organ fattar sine vedtak i møte, jf Kommuneleva § 30.

## 5. MØTE- OG ANKERETT

Ordførar og rådmann har møterett i kommunale organ i samsvar med reglane i kommunelova.

Vedtak i utvalet, unnateke einskildvedtak, kan leggjast fram for kommunestyret dersom minst 3 av utvalet krev det. Krav om dette må setjast fram før møtet er slutt. Utvalsleiar og rådmannen kan elles krevja at slike saker vert lagt fram for kommunestyret dersom dei finn at vedtaket strir mot gjeldande vedtak gjort av overordna organ eller av andre særlege grunnar.

## 6. INNKALLING TIL MØTE

Utvalet vert som regel kalla inn til møte med ein frist på 7 dagar. Saksdokumenta vert publisert samstundes med innkallinga.

## 7. MØTETIDSPUNKT

Kommunestyret vedtek også møteplan for møta i Utval for Levekår for eit halvt år om gongen.

Utval for Levekår kan i tillegg halde møte når utvalsleiar eller utvalet ved alminneleg fleirtal vedtek det.

Gjeldande praksis for møte i folkevalde organ i Vaksdal er at:

Møta i Utval for Levekår skal i hovudsak vera innanfor tidsramma kl. 12.00 – 15.00

## 8. INNKALLING TIL MØTE

Ordførar, utvalsleiar og rådmannen koordinerar framlegg til sakliste og oversyn over saker som skal til handsaming, også prosessaker

Utvalsleiar kallar inn til møte og set opp sakliste for kvart møte. Jfr. Kommuneleva § 32.2. Der det oppstår uklare spørsmål omkring ei sak, avgjer utvalsleiar om den skal stå på saklista eller ikkje.

Rådmannen skal sjå til at dei sakene som vert sett opp på saklista er forsvarleg utgreidd. Jfr. kommuneloven § 23.2.

Innkallinga vert kunngjort på kommunen si heimeside samstundes som ho vert gjort elektronisk tilgjengeleg for representantane.

### Ikkje-offentlege dokument

Elektronisk utsending gjeld ikkje for dokument som ikkje er offentlege. Dokument som ikkje kan offentleggjerast skal trykkast på raudt papir og sendast til medlemene. Berre møtande varamedlemer får utdelt ikkje-offentlege dokument. Det skal gå tydeleg fram av dokumenta at dei ikkje kan offentleggjerast og dei som mottek slike dokument pliktar å syte for at dei ikkje kjem på avveggar.

## 9. MØTEPLIKT/FORFALL

Det er plikt for medlemne å møte i utvalet. Arbeidstakar har krav på fri frå arbeid i det omfang dette er naudsynt på grunn av møteplikt i kommunale organ. Jfr Kommuneleva §40.

Dersom ein representant har gyldig forfall, skal han/ho sjølv gi melding til vararepresentanten. Kriteria for "gyldig forfall" er strenge. Gyldige forfallsgrunnar er sjukdom, at representant ikkje kan setje til side viktig arbeid eller plikter, er på tenestereise som ikkje kan endrast på, eller av andre tungtvegande grunnar ikkje kan møte. Ferie, arrangement og møte i andre råd eller utval er ikkje godkjente forfallsgrunnar til kommunestyret, formannskapet og komiteane, unntak er møte i utval på høgare nivå som Fylkesting eller Storting.

Administrasjonen skal ha melding om kven som møter.

Representantane skal også melda ifrå til politisk sekretariat på førehand dersom nokon er ugild, og ikkje kan delta i handsaminga av ei sak. Vararepresentant skal berre kallast inn ved behov og i samråd med gruppeleiar.

Må nokon på grunn av lovleg forfall forlate møtet under drøftingane, skal han/ho straks melda ifrå til møteleiaren. Vararepresentant vert kalla inn dersom det er praktis mogeleg å få til. Når ei sak er teken opp til avrøysting kan ingen ta plass i møtet før saka er avslutta.

Eit folkevalt organ er vedtaksført når minst halvparten av medlemmane er til stades under forhandlingane og stemt i vedkommande sak, jf kommuneleva § 33.

## 10. OPNE MØTE ELLER LUKKA DØRER

I samsvar med kommuneleva vert møta i utvalet halde for opne dører dersom ikkje noko anna føl av lovbestemt teieplikt eller utvalet vedtek at møtet skal lukkast. Når omsynet til personvern eller andre tungtvegande private eller offentlege interesser tilseier det, kan eit folkevald organ vedta å handsama ei sak for lukka dører, jf Kommuneleva § 31, pkt 3.

Debatt om dette skjer for lukka dører dersom møteleiar krev det, eller det blir gjort vedtak om det. Personalsaker skal alltid handsamast for lukka dører.



## 11. PROTOKOLLFØRING/REFERAT

Det skal førast protokoll frå møta. Utvalsleiar eller fungerande møteleiar ser til at dette vert gjort.

I møteboka skal førast inn:

- Eventuelle protestar mot innkalling og sakliste
- Møtetid og -stad
- Dato og måte for innkallinga
- Fråverande medleamar
- Møtande varamedleamar
- Namn på medleamar og varamedleamar som kjem og går under møtet og med oppgåve over når i møtet det skjedde
- Oversyn over kven som møter frå administrasjonen
- Saker nummerert i rekkjefølgje for året
- Kort nemning for kvar sak og kva ho gjeld
- Det som trengst for å visa gangen i førehavinga
- For kvar sak kva framlegg som er reist
- Det som trengst for å visa at vedtak vert gjort etter rett framgangsmåte
- Kva vedtak som er gjort og kva avrøystingar som er haldne

Ein representant kan krevja å få innført merknad til ei sak i møteboka (protokollmerknad). Slik merknad må fremjast skriftleg.

Protokoll frå møtet vert sendt til utvalsmedlemane saman med innkalling til påfølgjande møte.

Merknader til møteboka kan fremjast under godkjenning av møteboka i påfølgjande møte.

## 12. SAKSGANGEN I MØTE

Dei sakene som er nemnde i innkallinga vert teke opp til handsaming i den rekkjefølgje som det går fram. Utvalet kan vedta ei anna rekkjefølgje. Eventuelle førespurnader vert tekne opp til slutt i møtet.

## 13. FØRESPURNADER

Utanom dei saker som står i innkallinga til møtet kan kvar av dei som er kalla inn til møtet kome med førespurnader retta til utvalsleiar.

## **14. SAKSORDFØRAR**

I saker som skal vidare til vidare til kommunestyret kan utvalet oppnemne saksordførar. Medlemane i utvalet bør veksle på å vere saksordførar. Oppgåvene til saksordførar vil vere:

- setje seg spesielt godt inn i saka med omsyn til det politiske aspektet
- vere pådrivar
- gjere greie for den politiske handsaminga i utvalet til kommunestyret

## **15. FORVALTNINGSKLAGE**

Klage på einskildvedtak vert handsama etter reglane i forvaltningslova. Utvalet skal handsame klage på vedtak som er fatta av utvalet sjølv eller av administrasjonen etter delegasjon før saka vert oversendt klageinstansen.

## **16. ÅRSRAPPORTERING**

Utvalet lagar årsrapport/årsmelding innan 01.03 påfølgjande år. Elles legg utvalet fram rapportar som kommunestyret ber om.

## **17. SEKRETARIAT/SAKSFØREBUING**

Rådmannen har ansvar for at sakene er så godt førebudde som mogeleg. Alle saksframlegg og alle innstillingar er rådmannen sine saksframlegg og innstillingar og skal godkjennast av rådmannen sjølv eller av den ho/han gir mynde til.

Rådmannen peikar ut kven som skal vere sekretær. Politisk sekretær skal vere mottakssentral for saker til politisk behandling og ha ansvar for å førebu sakene til møta i politiske organ. Politisk sekretær har ansvar for møteprotokollen.

## **18. KRAV OM Å FÅ TA OPP ATT EI SAK SOM ER AVGJORT**

Utvala, eller andre organ med direkte framleggsrett til kommunestyret, kan avvisa krav om ny drøfting av saker som er lovleg avgjorte av det same kommunestyret dersom kravet kjem før det er gått 3 månader frå den dagen kommunestyret gjorde endeleg vedtak i saka. Dette gjeld ikkje dersom krav om ny drøfting av saka kjem frå fylkesmannen, eit departement, eller saker som vert fremja etter § 32.1 i Kommuneleoven.

## **19. FOLKEVALGTE SIN RETT TIL INNSYN**

Kommunestyret skal sjølv fastsetje eit reglement for dei folkevalde sin rett til innsyn i saksdokument og til informasjon om saker som er til behandling, jfr kommuneloven § 40, punkt 5.

### **Rett til innsyn**

Kommunestyret har, som overordna organ for all verksemd i kommunen, rett til innsyn i alle kommunale saksdokument etter prinsippet om meiroffentlegheit, jf Offentleglova §2.3, med dei presiseringar som følgjer av reglane under.

Utval for levekår og andre folkevalde organ har rett til innsyn i saksdokument når desse gjeld dei delane av kommunen si verksemd som organet behandlar.

Kontrollutvalet har sjølvstendig innsyn i høve § 6 i eige Forskrift for kontrollutval.

### **Tidspunkt for rett til innsyn**

Retten til innsyn tek til å gjelde når saka er framlagt / sendt til politisk behandling. Saman med saksframstillinga skal det følgje ei oversikt over alle dokument som er innsendte, innhenta eller utarbeidd i samband med saka, med unnatak av interne arbeidsdokument for administrasjonen.

For saker som skal avgjerast i administrasjonen gjeld retten til innsyn først når saka er ferdig behandla.

### **Særskilde reglar for innsyn i opplysningar undergjevne teieplikt m.m**

I utgangspunktet gjeld ikkje retten til innsyn opplysningar som er underlagde teieplikt. Kommunestyret og andre folkevalde organ kan likevel, ved fleirtalsvedtak, krevje innsyn i slike opplysningar når dette er naudsynt ved behandling av ei konkret sak i organet, jf forvaltningslova §13 b, nr 2 og 4.

Folkevalde har teieplikt i høve til dokument som er underlagt teieplikt etter lov.

Om ei sak vert behandla for stengde dører etter kommunelova §31, pliktar dei folkevalde å teia om dei opplysningane som er underlagt teieplikt etter lov.

Medlemmer av folkevalde organ underskriv ei erklæring om teieplikt når dei får innsyn i opplysningar som etter lov er undergjevne teieplikt.

## **20. REGLEMENT FOR KOMMUNESTYRET**

I tillegg til føresegna i dette reglementet gjeld reglement for kommunestyret elles så langt det passar. Det gjeld i alle høve pkt 2, 3, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, og 23.

# REGLEMENT FOR GODTGJERSLE TIL FOLKEVALDE

<b>INNLEIING</b> .....	<b>2</b>
<b>A MØTEGODTGJERSLE</b> .....	<b>2</b>
A 1 GENERELT .....	2
A 2 MØTEGODTGJERSLE.....	2
A 3 DELTAKING PÅ KURS, KONFERANSAR O.L.....	2
A 4 REPRESENTASJON I EKSTERNE MØTE .....	2
<b>B FAST ÅRLEG GODTGJERSLE</b> .....	<b>2</b>
B 1 GENERELT .....	2
B 2 ORDFØRER .....	3
B 3 VARAORDFØRER.....	3
B 4 FORMANNSKAP/PLAN- OG ØKONOMIUTVALET.....	3
B 5 LEVEKÅRSUTVALET .....	3
B 6 FASTE MEDLEMMER AV KOMMUNESTYRET .....	3
<b>C TAP AV INNTEKT</b> .....	<b>3</b>
C 1 GENERELT .....	3
C 2 LEGITIMERT TAP AV INNTEKT .....	3
C 3 ULEGITIMERT TAP AV INNTEKT .....	4
<b>D KOMMUNALT REISEREGULATIV</b> .....	<b>4</b>
<b>E REDUKSJONAR I GODTGJERSLE VED FRAVÆR</b> .....	<b>4</b>
<b>F ANNA</b> .....	<b>4</b>

## INNLEIING

Reglementet gjeld godtgjersle til politisk valde medlemmer av faste utval, komitear, styre og råd.

Reglementet er basert på at folkevalde får godtgjersle for kvart delverv vedkommende er vald til.

Møtegodtgjersle og tap av inntekt er innberetningspliktig og skattepliktig.

## A MØTEGODTGJERSLE

### A 1 Generelt

Som møte vert rekna:

- Frammøte etter innkalling frå leiar/sekretariat når utvalet skal handsama saker
- Frammøte etter innkalling frå leiar/sekretariat når utvalet skal føreta synfaring

Når det gjeld møtegodtgjersle for medlemmer i utval som er personidentiske og held møte same dag, skal det betalast ut møtegodtgjersle som om ein deltok på eit møte (døme: valstyret og formannskapet).

Møtegodtgjersle blir berre utbetalt til politisk valde medlemmer.

Det vert ikkje betalt møtegodtgjersle til tilsette som møter i utval og nemnder i kraft av si stilling.

### A 2 Møtegodtgjersle

I utval der det er møtegodtgjersle pr møte, vert godtgjersla slik:

Utvalsleiar	1,2 ‰ av ordførargodtgjersla
Medlemmer	0,75 ‰ av ordførargodtgjersla
Møtande varamedlemmer	0,75 ‰ av ordførargodtgjersla

### A 3 Deltaking på kurs, konferansar o.l.

Medlemmer av folkevalde organ som deltek på kurs eller konferansar får dekka reiseutgifter og eventuelt tap i inntekt. Det vert ikkje betalt ut møtegodtgjersle.

### A 4 Representasjon i eksterne møte

Medlem som er beden om å representere kommunen i eksterne møte, får dekka reiseutgifter og eventuelt tap av inntekt.

## B FAST ÅRLEG GODTGJERSLE

### B 1 Generelt

Fast årlig godtgjersle vert utbetalt til ordførar, varaordførar, faste medlemmer i formannskapet, faste medlemmer i levekårsutvalet og faste medlemmer i kommunestyret.

Den faste godtgjersla vert utbetalt 4 gonger i året med unntak av ordføraren si godtgjersle som vert utbetalt kvar månad. Godtgjersla er innberetningspliktig og skattepliktig.

## **B 2 Ordfører**

Ordføreren si godtgjersle skal vere 85% av stortingsrepresentantane si løn i 2009. Frå 2010 skal ordføreren si godtgjersle vera 90% av stortingsrepresentantane si løn og skal følgja lønsutviklinga for stortingsrepresentantane. For 2016 er godtgjersla kr 796 942.

Ordføreren skal ha dei same rettar som kommunalt tilsette ved sjukdom.

Ordføreren skal vere tilslutta HTA kap. 1 § 10: Ytelser etter dødsfall/ gruppelevsforssikring.

Ordførar vert gitt ettergodtgjersle i 1 ½ månad dersom vedkomande trer inn i ny stilling etter valperioden eller 3 månader dersom vedkomande ikkje trer inn i ny stilling etter valperioden.

Ordførar skal vere medlem i pensjonsordninga for folkevalde (kl § 43)

## **B 3 Varaordfører**

Frå 2012 skal varaordførar ha godtgjersle tilsvarande 20% av ordførargodtgjersla pr. år

## **B 4 Formannskap/plan- og økonomiutvalet**

Formannsapsmedlemmene skal ha godtgjersle tilsvarande 5% av ordførargodtgjersla pr. år. Det vert ikkje utbetalt godtgjersle pr. møte.

## **B 5 Levekårsutvalet**

Leiaren skal ha godtgjersle tilsvarande 3% av ordførargodtgjersla pr. år. Medlemmene i utvalet skal ha godtgjersle tilsvarande 2% av ordførargodtgjersla pr. år. Det vert ikkje utbetalt godtgjersle pr. møte.

## **B 6 Faste medlemmer av kommunestyret**

Kommunestyremedlemmene skal ha godtgjersle tilsvarande 1% av ordførargodtgjersla pr. år. Det vert ikkje utbetalt godtgjersle pr. møte.

## **C TAP AV INNTEKT**

### **C 1 Generelt**

Hvis folkevalde si deltaking i kommunale møte medfører tap av inntekt, skal det gjevast erstatning. Det skal skiljast mellom

- legitimert tap
- ulegitimert tap

### **C 2 Legitimert tap av inntekt**

Legitimert tapt arbeidsforteneste vert godtgjort med den timeløna vedkomande har i ordinært arbeid hjå arbeidsgjevar for dei fråværestimar vedkomande får ved møtedeltaking.

Sjølvtendig næringsdrivande får godtgjort legitimerede utgifter i den tida dei er borte frå arbeidsstaden grunna møtedeltaking.

For å få utbetalt tapt arbeidsforteneste, må det setjast fram krav på skjema som kommunen har arbeidd ut. Den tapte inntekta skal dokumenterast/legitimerast tilfredsstillande;

- For arbeidstakarar skal legitimasjon liggja føre i form av erklæring frå arbeidsgjever om at fråveret vil medføre lønstap, og størrelsen på tapet inklusive feriepengar.
- For sjølvtendig næringsdrivande vert likningsattest nytta som legitimasjon.

### **C 3 Ulegitimert tap av inntekt**

Ulegitimert tapt arbeidsforteneste vert godtgjort med kr 135 pr time avgrensa oppover til kr 1 000 pr. møtedag.

Dersom det blir reist krav om erstatning for ulegitimert inntektstap, må tapet sannsynleggjerast. Erstatning for ulegitimert inntektstap vert berre utbetalt til folkevalde som faktisk forsømmar sitt arbeid på grunn av vervet.

### **D KOMMUNALT REISEREGULATIV**

Folkevalde medlemmer har rett til skyss- og kostgodtgjersle etter reglene i det kommunale reiseregulativet.

### **E REDUKSJONAR I GODTGJERSLE VED FRAVÆR**

Dersom eit medlem som mottar fast godtgjersle deltar i mindre enn 2/3 av det antall møte utvalet har i løpet av kalenderåret, vert den faste godtgjersla redusert med 50 %.

Dersom eit varamedlem deltar i minst 1/3 av utvalet sine møte, har vedkommende rett til 50 % av den faste godtgjersla. Eit varamedlem som deltar i minst 2/3 av møta, har rett til full fast godtgjersle.

Har eit medlem permisjon frå kommunestyret i minst tre kalendermånader i samanheng, vert det føreteke høvesvis trekk i den faste godtgjersla.

### **F ANNA**

Nemndleiar/sekretær i kvar nemnd (utanom dei som får fast godtgjersle) skal syta for at skjema for møtegodtgjersle, tapt arbeidsforteneste og reiseutgifter vert fylt ut og levert fellestenesta etter kvart møte.



Vaksdal kommune  
Konsul Jebsensgate 16  
5722 Dalekvam

## Vaksdal kommune - budsjett 2017 og økonomiplan 2017 - 2020

Budsjettet vart vedteke i kommunestyremøte 12. desember 2016, mens økonomiplanen vart vedteke 27.06.2016.

*Kommunen er ikkje under statleg kontroll og godkjenning etter kommunelova § 60.*

Etter § 15 i forskrifter om årsbudsjettet skal årsbudsjettet, slik det er vedteke av kommunestyret, liggja føre som eige dokument innan 15. januar. Økonomiske oversyn må vera utarbeidd innan 1. mars i budsjettåret.

Etter kommunelova § 45 tredje punkt skal innstillinga til årsbudsjett ha vore lagt ut til offentleg gjennomsyn i minst 14 dagar før handsaming i kommunestyret.

Det er lagt opp til same skatteøyre for kommunane i 2017 som i 2016, 11,8 prosent.

### Frie inntekter

Kommunen har budsjettert med kr. 100,- mill. i skatt på eige og inntekt.

I 2016 var det ein samla skatteauke for kommunane i landet på 9,7 prosent. Det er no rekna med ein skatteauke for kommunane frå 2016 til 2017 med 1,5 prosent.

Kommunen sitt skattenivå i 2016 var 85,1 prosent av landsgjennomsnittet.

I rammeoverføringa til kommunane er det symmetrisk inntektsutjamning. Kommunar med skattenivå over landsgjennomsnittet får eit trekk i 2017 tilsvarande 60 prosent av differansen mellom eige skattenivå og landsgjennomsnittet.

Kommunar med skattenivå under landsgjennomsnittet får kompensasjon i 2017 tilsvarande 60 prosent av differansen mellom landsgjennomsnittet og eige skattenivå. Kommunar med skattenivå under 90 prosent av landsgjennomsnittet får også tilleggskompensasjon tilsvarande 35 prosent av differansen mellom 90 prosent av landsgjennomsnittet og eige skattenivå.

Kommunen sine frie inntekter består av ordinær skatt og statleg rammeoverføring, medrekna inntektsutjamning. Sum frie inntekter er budsjettert til kr. 247,- mill.



Inntektsprognosen for 2017 har innkomen skatt for 2016, innbyggjartal pr. 01.01.2017 for berekning av inntektsutjamninga, og nyttar tal frå 01.07.2016 som grunnlag for innbyggjar-tilskot og utgiftsutjamninga med aldersfordeling. Prognosen er oppdatert etter kommune-proposisjon/revidert nasjonalbudsjett.

Kommunen har budsjettert dei frie inntektene for 2017 marginalt under nivået i den oppdaterte prognosen.

#### Eigedomsskatt

Det er budsjettert med kr. 34,- mill. i eigedomsskatt for 2017. Det er ein auke frå 2016 på 2,- mill.. Det skuldast at differensiert sats på bustad- og fritidseigedommar er auka med to promille.

Skattesatsen er sju promille for heile kommunen, unntatt for bustad- og fritidseigedom der satsen no er 5,5 promille. Det er ikkje botnfrådrag.

#### Pris og kostnadsvekst

Den samla pris- og kostnadsveksten i kommunane (kostnadsdeflatoren) var i statsbudsjettet 2,5 prosent. I det inngår pårekna lønsvekst med 2,7 prosent.

I revidert nasjonalbudsjett vart lønnsveksten justert ned til 2,4 prosent, slik at pris- og kostnadsvekst er berekna til å bli 2,3 prosent.

#### Avdrag

I økonomireglane er det gitt minimumskrav for storleiken på årlege avdrag. Etter kommunelova § 50 sjuande ledd kan attståande løpetid for kommunen si samla gjeldsbyrde ikkje overstiga den vegde levetida for kommunen sine anleggsmidlar ved det siste årsskiftet.

Kommunelova set eit minstekrav til totale låneavdrag for kommunen. Ein hovudregel vil vere at årlege låneavdrag som eit minimum må utgjere om lag 3 ½ - 4 prosent av lånegjelda (når formidlingslån og avdrag på slike lån ikkje er rekna med). Fylkesmannen rår kommunane til at dei ordinære avdraga er minst på dette nivået.

Det er budsjettert med kr. 14,7 mill. i ordinære avdrag (utanom avdrag på formidlingslån).

Budsjetterte avdrag er i tråd med hovudregelen.

#### Driftsresultat

Kommunelova § 46 punkt 6 legg til grunn at det blir budsjettert med eit driftsresultat som minst er tilstrekkeleg til å dekke renter, ordinære avdrag og nødvendige avsetjingar (inkl. inndekning av underskot).

Paragraf 3 i forskriftene om årsrekneskapen presiserer nærare det driftsrekneskapen og investeringsrekneskapen skal omfatta. Som hovudregel må til dømes ei inntekt og innbetaling som ikkje er ordinær bli ført i investeringsrekneskapen.

Netto driftsoverskot i budsjettet for 2017 er kr. 9,99 mill.

Det tekniske beregningsutvalet for kommunal og fylkeskommunal økonomi har tilrådd eit nivå for netto driftsoverskot, i prosent av driftsinntektene, på minst 1 ¾ prosent for kommunane generelt.

Fylkesmannen si vurdering er at netto driftsoverskot bør vere noko høgare enn 1 ¾ prosent av driftsinntektene for å kunne handtere svingingar i inntektene og for å ha stabilitet i tenestene.

Kommunen ligg over tilrådinga for 2017.

#### Investering, lånegjeld og kapitalutgifter

I 2017 er det vedteke investeringar i anleggsmidlar for til saman kr. 64,65 mill.

Den største investeringa er til tettstadsområde på Stanghelle Vest (Tettaneset bustadområde) med kr. 19,2 mill. Av andre store investeringar kan nemnast kr. 8,- mill. for bygg og utstyr til demenssenter/helsehus, kr. 4,- mill. til Stramnes oppveksttun og kr. 3,5 til Dale barne- og ungdomsskule (oppvekst får elles 3.75 mill. kroner i investeringar i perioden 2018 – 2020).

Det vert investert til saman kr. 9,- mill. i vatn og avlaup (Her ligg det investeringar også i den resterande økonomiplanperioden.)

Kommunen har vedteke låneopptak på inntil kr. 41,72 mill. i lån til investeringar, og kr. 2,- mill. i lån til vidare utlån. I budsjettoppstillingane er investeringsnivået som i vedtak, men grunna anna finansiering er ordinære lån kr. 34,02 mill.

Vi har rekna ordinær langsiktig gjeld per 31.12.2015 for kommunane samla i fylket, utanom Bergen, til kr. 73.804,- per innbyggjar. I dette talet er ikkje pensjonsforplikting medrekna. Det tilsvarende talet for kommunen er kr. 62.538,-.

Kommunen investerte kraftig i 2016. Førebelse tal syner ei auke til kr. 72.738,- pr. innbyggjar. Gjelda aukar mykje også i 2017.

#### Oppsummering

Kommunen opplever folketalsnedgang samstundes som inntekter frå kraft har vorte redusert. Dermed må tiltak bli sette i verk for å auke folketalet og redusere driftsutgiftene.

Det er trong for ein del investeringar. Som ein del av finansieringa vil kommunen nytte midlar frå konsesjonskraft o.a. direkte til investeringsbudsjettet.

Netto driftsresultat i budsjettet er relativt godt, i høve til den nye tilrådinga frå Teknisk beregningsutval. Ser vi på historiske verdiar/KOSTRA-tal har kommunen klart seg bra dei siste fem åra. Det set kommunen i stand til å møte framtidige utfordringar på investerings- og driftsområdet. Avdraga ligg på eit relativt høgt nivå. Det styrkar framtidens kommuneøkonomi.

Budsjettdokumenta er som vanleg gode, men Fylkesmannen ber om at økonomiplanoversikt for investering er meir spesifisert på konkrete investeringar for dei tre siste åra i perioden.

Med helsing

Lars Sponheim

Rune Fjeld  
ass. fylkesmann

*Brevet er godkjent elektronisk og har derfor inga underskrift.*

**PS 35/17 Eventuelt**