



Møteinnkalling - Kontrollkomiteen i Stjørdal kommune

Arkivsak:

Møtedato/tid: 20.09.2019 Kl 09:00

Møtested: Formannskapssalen

Møtedeltakere:

Einar Østereng

Arild Gressetvold

Marius Haugan Lillegjære

Elin Helene Friheim

Inger Vikan Svee

Kopi:

Ordfører, rådmannen og revisor

Møtet avvikles for åpne dører, i tråd med kommuneloven § 31.

Eventuelle forfall, eller spørsmål om habilitet, meldes til Konsek Trøndelag IKS

v/Paul Stenstuen på telefon 900 39 065, eller e-post: paul.ivar.stenstuen@konsek.no

Varamedlemmer møter etter nærmere innkalling.

Trondheim/Steinkjer, 13.09.2019

Einar Østereng (sign.)
Leder av kontrollutvalget

Paul Stenstuen
Seniorrådgiver, Konsek
Trøndelag

Sakliste

Saksnr.	Sakstittel
23/19	Referatsaker
24/19	Orientering fra rådmannen vedrørende hvordan det legges til rette for et tillitsfullt samarbeidsklima - oppfølging av KK sak 18/19.
25/19	Orientering fra kommunelege og etat omsorg vedrørende forbedringsarbeid på systemnivå
26/19	Oppdragsansvarlig regnskapsrevisor – den årlige uavhengighetserklæring
27/19	Kontrollkomiteens budsjett for 2020
28/19	Evaluering av kontrollkomiteens virksomhet i valgperioden
29/19	Eventuelt
30/19	Godkjenning av møteprotokoll
31/19	Henvendelse til kontrollkomiteen vedrørende Bo og miljøtjenesten – U.off.Jf. offentlig lova §13 og forvaltningslovens §13 1. ledd. Saken med vedlegg vil bli delt ut i møtet.

Kontrollkomiteen må vurdere hvorvidt møtet skal lukkes under hele eller deler av sak 31/19, jf. kommunelovens §31 nr. 2.

Referatsaker

Behandles i utvalg

Kontrollkomiteen i Stjørdal kommune

Møtedato

20.09.2019

Saknr

23/19

Saksbehandler Paul Ivar Stenstuen

Arkivkode FE - 033, TI - &17

Arkivsaknr 19/198 - 1

Kontrollutvalgssekretariatets innstilling

Referatsakene tas til orientering.

Saksutredning

Følgende referatsaker vil bli presentert i møtet:

- Henvendelser til kontrollkomiteen vedrørende Ree alleen – statusoppdatering.

Orientering fra rådmannen vedrørende hvordan det legges til rette for et tillitsfullt samarbeidsklima - oppfølging av KK sak 18/19.

Behandles i utvalg

Kontrollkomiteen i Stjørdal kommune

Møtedato

20.09.2019

Saknr

24/19

Saksbehandler Paul Ivar Stenstuen

Arkivkode FE - 033

Arkivsaknr 18/271 - 28

Kontrollutvalgssekretariatets innstilling

Kontrollkomiteen tar den gitte informasjon til orientering.

Saksutredning

Kontrollkomiteen behandlet revisors rapport vedrørende forvaltningsrevisjon - Teknisk drift I møte den 07.06.19, sak 18/19 Kontrollkomiteen traff bl.a. slikt vedtak i saken (pkt. nr. 2):

"Kontrollkomiteen ber rådmannen om en orientering mht. hvordan det legges til rette for et tillitsfullt samarbeid internt i administrasjonen og mellom administrasjonen og politisk nivå i septembermøtet."

Orienteringen vil bli gitt i møte.

Orientering fra kommunelege og etat omsorg vedrørende forbedringsarbeid på systemnivå

Behandles i utvalg

Kontrollkomiteen i Stjørdal kommune

Møtedato

20.09.2019

Saknr

25/19

Saksbehandler Paul Ivar Stenstuen

Arkivkode FE - 033

Arkivsaknr 18/271 - 29

Kontrollutvalgssekretariatets innstilling

Kontrollkomiteen tar den gitte informasjon til orientering.

Vedlegg

Rapport fra tilsyn med tjenester til eldre med heldøgns helse- og omsorgstjenester Stjørdal kommune 2019 - Helsetilsynet

Saksutredning

Kontrollkomiteen har anmodet om en orientering fra kommunelegen og etat omsorg vedrørende medvirkning mht. forbedringsarbeid på systemnivå mv, jf. merknader i tilsynsrapporten fra Helsetilsynet.

Orienteringen vil bli gitt i møtet.

Tilsyn / Tilsynsrapporter / Trøndelag / 2019

TILSYNSRAPPORT

Rapport fra tilsyn med tjenester til eldre med heldøgns helse- og omsorgstjenester Stjørdal kommune 2019

Fylkesmannen i Trøndelag

16.05.2019

Innholdsfortegnelse

1. Tilsynets tema og omfang
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet
3. Beskrivelse av faktagrunnlaget
4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag
5. Fylkesmannens konklusjon
6. Oppfølging av lovbruddet

Fylkesmannen gjennomførte tilsyn med Stjørdal kommune og besøkte i den forbindelse Halsen sykeheim fra 07.03.2019 til 08.03.2019. Tilsynet var avgrenset til andre etasje på sykeheimen. Vi undersøkte om Stjørdal kommune gjennom systematisk styring og ledelse sikrer forsvarlige helse- og omsorgstjenester til eldre med vedtak om heldøgns tjenester. Fylkesmannen hadde følgende fokusområder for tilsynet:

- Om beboerne får dekket sine grunnleggende behov
- Om beboerne får tilstrekkelig medisinsk oppfølging, herunder tannhelse
- Om det legges til rette for brukermedvirkning.

Tilsynet ble gjennomført som del av årets planlagte tilsyn initiert av Fylkesmannen.

Fylkesmannens konklusjon:

- Stjørdal kommune har ikke etablert tilstrekkelig styring og kontroll for å sikre forsvarlige helse- og omsorgstjenester til eldre med vedtak om heldøgns tjenester ved Halsen sykeheim.

Dette er brudd på: Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

Fylkesmannens vurdering er at mangler ved styringssystemet i Stjørdal kommune innebærer en betydelig risiko for at svikt ikke avdekkes og dermed for at forbedringstiltak ikke iverksettes.

Foreløpig rapport ble oversendt Stjørdal kommune v/virksomhetsleder Liv Heidi Valla 29.03.2019. Stjørdal kommune har gitt tilbakemelding i e-post av 25.04.2019. Rapporten er korrigert i henhold til tilbakemeldingen. Endelig rapport beskriver de samlede observasjoner og funn fra tilsynet, samt forventninger om kommunens oppfølging av lovbruddet.

1. Tilsynets tema og omfang

I dette kapittelet beskriver vi hva som ble undersøkt i tilsynet.

Dette tilsynet ble gjennomført som en systemrevisjon. Vi undersøkte om Stjørdal kommune gjennom systematisk styring og ledelse sikrer forsvarlige helse- og omsorgstjenester til eldre med vedtak om heldøgns tjenester. Fylkesmannen hadde følgende fokusområder for tilsynet:

- Om beboerne får dekket sine grunnleggende behov.
- Om beboerne får tilstrekkelig medisinsk oppfølging, herunder tannhelse.
- Om det legges til rette for brukermedvirkning.

En systemrevisjon gjennomføres ved granskning av dokumenter, ved intervjuer og andre undersøkelser. Formålet er å undersøke om virksomheten gjennom sitt styringssystem sikrer at lovens krav blir fulgt. Det betyr at ikke enhver lovstridig hendelse som eventuelt avdekkes under tilsynet vil medføre et lovbrudd på virksomhetsnivå. Det sentrale er om virksomheten har rutiner for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigerer sin praksis, slik at virksomheten unngår hendelser som er i strid med lovens krav. Revisjonen omfattet i dette tilfellet undersøkelse om:

- Hvilke tiltak virksomheten har for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen innenfor de tema tilsynet omfatter.
- Tiltakene følges opp i praksis og om nødvendig korrigeres.
- Tiltakene er tilstrekkelige for å sikre at lovgivningen overholdes.

Fylkesmannen presiserer at denne rapporten beskriver de faktiske forhold som er avdekket under revisjonen, og den gir derfor ingen fullstendig tilstandsvurdering av virksomhetens arbeid innenfor de områder tilsynet omfattet.

2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

Fylkesmannen er gitt myndighet til å føre tilsyn med kommunal helse- og omsorgstjeneste, etter helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 og helsetilsynsloven § 2. Tilsynsmyndigheten har etter helse- og omsorgstjenesteloven § 5-9 og helsepersonelloven § 30 hjemmel for å bli forelagt de opplysninger tilsynet finner nødvendig, selv om opplysningene er underlagt taushetsplikt.

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

2.1. Forsvarlighetskravet

Kommunene skal sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a er den enkelte gitt rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten. Sammenholdt med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 innebærer retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester også krav til tjenester av forsvarlig omfang og innhold. Eldre mennesker med vedtak om heldøgns tjenester utgjør ingen homogen gruppe, og bistand fra kommunehelsetjenesten skal vurderes ut fra konkrete behov og kommunens ressurser. Kommunene står fritt til å velge mellom ulike tjenester/tiltak og omfang av tjenester/tiltak, forutsatt at tilbudet av helse- og omsorgstjenester er forsvarlig gitt den enkeltes behov.

2.2. Internkontrollsystem

Kommunens ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Dette følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd. Internkontrollplikten er nærmere utdypet i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (av 28.10.2016 nr. 1250). Det er den som har det overordnede ansvaret for virksomheten som er rettslig forpliktet til å sørge for at det etableres og gjennomføres slik systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med nevnte forskrift, og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette. Dette følger av forskriftens § 3.

Alle institusjoner som omfattes av forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon (av 16.12.2011 nr. 1254) § 1 bokstav d og e, plikter å ha et infeksjonskontrollprogram. Dette følger av forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten (av 17.06.2005 nr. 610) § 2-1. Et infeksjonskontrollprogram er en plan som omhandler alle nødvendige tiltak for å forebygge at infeksjoner oppstår i institusjoner og for håndtering og oppfølging av infeksjoner, inkludert større utbrudd. Alle nødvendige smitteverntiltak ved institusjonen skal være skriftlig nedfelt i infeksjonskontrollprogrammet. Programmet skal være en del av institusjonens internkontrollsystem og er bygd opp av to hoveddeler: Infeksjonsforebygging og infeksjonsovervåking. Infeksjonskontrollprogrammet skal angi hvem som har det faglige og organisatoriske ansvaret for de tiltak programmet omfatter.

2.3. Grunnleggende behov

Kvalitetsforskriften (av 27.06.2003 nr. 792) skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven får dekket sine grunnleggende behov. Kvalitetsforskriften inneholder både bestemmelser om krav til styring og bestemmelser som gir føringer for innhold i tjenestene. Blant annet fremgår det i forskriften hva som menes med grunnleggende behov. Her inngår følgende:

- 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 til av- og påkledning
- tilbud om eget rom ved langtidsopphold
- tilbud om varierte tilpassede aktiviteter

2.4. Medisinsk behandling

I sykehjem inngår medisinsk undersøkelse og behandling som en del av tjenestetilbudet, jf. forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie («sykehjemsforskriften» av 14.11.1988 nr. 932) § 3-2 bokstav b. For å sikre beboere nødvendig helsehjelp fra lege må det være rutiner for rapportering mellom sykehjemslegen og øvrig sykehjemspersonell og tilgang til tilstrekkelige legetjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 annet ledd, helsepersonelloven § 16, sykehjemsforskriften § 3-2 bokstav b og kvalitetsforskriften § 3.

2.5. Brukermedvirkning

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 første og annet ledd har pasient og bruker rett til å medvirke både ved utforming og ved utøvelse av helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer at de skal gis mulighet til å bidra i planlegging, utforming, utøving og evaluering av sine tjenester.

Informasjon er en nødvendig forutsetning for å kunne ha en reell medvirkningsmulighet og for å kunne ta stilling til om en ønsker å motta hjelp. Pasienter skal etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 første ledd gis den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, samt om mulige risikoer og bivirkninger. Brukere er etter samme bestemmelse sjuende ledd, gitt rett til den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter.

Brukermedvirkning innebærer en egenaktivitet som forutsetter at pasient og bruker har visse ferdigheter til å utøve selvbestemmelse. Kommunen må derfor legge til rette for at eldre personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester får tilrettelagt informasjon og brukermedvirkning slik at den enkelte kan bidra ut fra sine ferdigheter, både i saksbehandlingsprosesser og ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester.

Videre følger det av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 at kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Bestemmelsen skal sikre brukermedvirkning på systemnivå og samarbeid med frivillige organisasjoner. Kommunen har en plikt til å sørge for at representanter for pasienter og

brukere blir hørt ved utforming av det samlede helse- og omsorgstilbudet. Herunder skal virksomhetene som yter helse- og omsorgstjenester etablere systemer for innhenting av pasienter og brukeres erfaringer og synspunkter.

3. Beskrivelse av faktagrunnlaget

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

3.1. Beskrivelse av virksomheten

Kommunen har fire ledernivå (rådmann, etatsjef, virksomhetsleder og avdelingsleder). Kommunen har 4 etater (jf. hjemmeside), hvor etat omsorg omfatter helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Fra 1. januar 2016 endret kommunen struktur fra enhetsstruktur til virksomhetsstruktur. Virksomhet institusjon og demens består av Halsen sykeheim, Fosslia bosenter og sentralkjøkken.

Halsen sykeheim ble bygget i 1985. Sykeheimen har 55 plasser fordelt på to avdelinger. Avdelingene er i hver sin etasje og har hver sin avdelingsleder. Hver etasje er inndelt i grupper; 4 grupper i første etasje og 3 grupper i andre etasje. Med unntak av tre beboere har alle beboerne på avdelingen i andre etasje langtidsopphold.

Sykeheimslege og fysioterapeut er organisert under forebyggende virksomhet, men i ulike avdelinger. For sin 15 % stilling ved sykeheimen er sykeheimslegen organisert i linjen under avdelingsleder ved virksomhet institusjon og demens.

Hver etasje har hvert sitt postkjøkken. I tillegg har sykeheimen et kjøkken i første etasje hvor lunsj og kveldsmat lages. Middag leveres fra sentralkjøkkenet.

Alle pasienter har enerom. To beboere i annen etasje har bad på rommet, ellers deler to rom bad på gangen. I tillegg er det tre store bad, hvorav ett med badekar.

Stjørdal kommune har interkommunalt samarbeid i Værnesregionen om samfunnsmedisinsk enhet herunder funksjonen som kommuneoverlege, DMS med kommunale øyeblikkelig hjelp-senger og intermediærplasser, legevakt, forvaltningskontor og IT-avdeling.

Fylkesmannen er forelagt en beskrivelse av grunnbemanningen i hver avdeling. I ukedagene på dagvakt skal det være 8 ansatte, hvorav 2 sykepleiere. På kveldsvakt skal det være 5 ansatte, fortrinnsvis 2 sykepleiere, minst en i hver avdeling. På natt 3 ansatte, hvorav 2 sykepleiere for begge avdelinger samlet. Bemanningen på natt gjelder 7 dager i uken. På helg skal det ellers være 7 ansatte på dagtid, og her skal det være minst en sykepleier i hver avdeling. På kveld 5 ansatte, minst en sykepleier i hver avdeling.

For tiden er det 3 lærlinger i 100% i andre etasje. En del av de ansatte har 12,5-timersvakter på helg i sin turnus. Det er en ekstra ansatt på dag og kveld i turnusoppsettet. Dette gir beredskap ved sykefravær. Sykeheimen har en aktivtør i hver etasje i 65 % stilling hver.

Det gjøres en vurdering av om det leies inn vikar ved fravær. Ved fravær av sykepleier gjøres en vurdering av om vikar trenger å være sykepleier. Det totale sykefraværet ved sykeheimen var i 2017 på 14,8 %. I 2018 var fraværet på 13,7 %. Sykeheimen deltok i 2018 i «Ned 2.0»-prosjektet i et samarbeid med NAV og KS.

Stjørdal kommune deltar i prosjekt med statlig finansiering i omsorgssektoren (SiO). KOSTRA-tall for 2017 viser 0,37 legetimer per uke per beboer i sykehjem i Stjørdal kommune. Gjennomsnittet for KOSTRA-gruppen er 0,59 timer.

Ved Halsen sykeheim er det tilsatt 2 sykeheimsleger (en på hver avdeling), hvor hver har 15 % stilling, fordelt på tilstedeværelse og telefontilgjengelighet. I tillegg er LIS 1-lege på sykeheimen en dag i uken.

Fysioterapi og ergoterapi fås ved henvisning til fysioterapi- og ergoterapitjenesten.

Sykeheimen er i en prosess hvor de håper å bli sertifisert som «Livsgledehjem» i løpet av 2019. Livsglede for Eldre har utviklet, eier og driver den nasjonale sertifiseringsordningen, som er et systemverktøy for ivaretagelse av psykososiale behov for beboere ved sykehjem og andre virksomheter med heldøgns eldreomsorg.

3.2. Systematisk styring/ansvarsplassering

Etatsjef møter alle virksomhetslederne i etat omsorg en gang i uken, og avdelingslederne to ganger i året. Virksomhetsleder har møter med alle avdelingslederne i virksomheten annenhver uke. HMS-møter gjennomføres med virksomhetsleder, avdelingsledere, verneombud og tillitsvalgte fire ganger i året. Tema for disse møtene er HMS-tema, økonomi og avvik, inkludert pasientrelaterte avvik.

Det avholdes personalmøter hver måned, enten for hele sykeheimen eller avdelingsvis. Tema for disse møtene kan være livsglede, sykefravær, økonomi og aktuelt – for eksempel hvordan melde avvik. Det avholdes separate møter for de enkelte yrkesgruppene, samt for de som går nattevakt, to ganger per år. I forbindelse med sertifiseringen som Livsgledehjem avholdes det livsgledemøter. Det er plan om pårørendemøter en gang i året. Fysioterapeut og lege innkalles ikke på fellesmøter.

Referat fra møter på sykeheimen legges på S-området, settes i perm og sendes på mail til de ansatte.

Det gjennomføres muntlig rapport ved vaktskifte.

Kommunens kvalitetssystem ligger på intranettet Innsida, som er felles plattform for Værnesregionen. Her meldes avvik. Rutiner finnes på Innsida, på S-området og i permer på sykeheimen. Fagprosedyrer finnes i VAR healthcare. Sykeheimen har valgt å skrive ut visse utvalgte rutiner for å lette tilgjengeligheten, og det oppgis at rutinene på denne måten brukes mer. Mange rutiner er uten dato og godkjenning. Mange av rutinene på Innsida ble sist revidert i 2012. Flere av disse er godkjent i 2018 og 2019 uten at innholdet er oppdatert i tråd med dagens praksis. Eksempel på dette er legemiddelprosedyrer som ikke omtaler multidose. Det varierer om revisjonsdato er før eller etter dato for godkjenning. 21 ulike rutiner for legemiddelhåndtering er gjort gjeldende for Halsen sykeheim.

Det er ikke redegjort for at lege eller farmasøyt har funksjon som faglig rådgiver for legemiddelhåndteringen på sykeheimen. I stillingsbeskrivelse for sykeheimslegen oppgis at legen i tillegg til pasientbehandling skal ha funksjon som medisinsk faglig rådgiver på systemnivå på sykeheimen. Vedkommende skal bistå med fagmedisinsk ekspertise for alle interne rutiner, bidra til utvikling av avdelingen både faglig og administrativt, bistå i opplæring av personalet med undervisning og veiledning, utarbeide fagmedisinske årsrapporter, og bistå enhetsleder og kommuneoverlege i planlegging og gjennomføring av tiltak spesielt av forebyggende, tilsynsmessig og evaluerende art for pasientgruppen ved sykeheimen. Det ble avklart under tilsynet at denne stillingsbeskrivelsen var skrevet for en tidligere og større sykehjemslegestilling.

Ved tilsynet fremkommer at sykeheimslegens tid nå kun benyttes til direkte pasientrettet arbeid. Sykeheimslegen har ikke vært benyttet som rådgiver på systemnivå av ledelsen for sykeheimen.

Kommuneoverlege har vært rådspurt ved utbrudd av norovirus for noen år siden og har bidratt med råd om organisering av sykehjemslegefunktjonen. Sykeheimens ledelse bruker for øvrig kommuneoverlegefunksjonen lite til medisinsk faglig rådgivning på systemnivå på sykeheimen, eksempelvis oppfølging av avvik, arbeid med rutiner, driftsspørsmål av medisinsk faglig karakter og tjenesteutvikling for andre ting enn sykehjemslegefunktjonen.

Fysioterapeut har ikke vært involvert i arbeidet med prosedyrer ved enheten.

I følge prosedyre skal pasientrettede avvik først registreres i Profil, deretter i forenklet form i det ordinære avvikssystemet på Innsida. Det oppgis imidlertid at Profil ikke benyttes for å melde avvik, fordi det ikke har vært tatt i bruken modul i Profil som gjør dette mulig. Det er nå plan om implementering av avviksmodulen.

På Innsida ble det for sykeheimen meldt 18 avvik i 2018. Ingen av disse var relatert til fall. 10 avvik gjelder legemiddelhåndtering. Fra 1.1.19 til 25.2.19 ble det meldt 15 avvik, derav 2 fall, men ingen legemiddelavvik. Antall meldte avvik ved sykeheimen oppgis å være lavere enn for andre deler av virksomhet institusjon og demens. Det fremgår at de ansatte er usikre på hva som skal meldes som avvik. Ved noen avvik etterspørres utdyping av avviket fra de ansatte. Når avvik er lukket autogenereres en e-post til melder. Avvik, herunder pasientrelaterte avvik, tas opp på HMS-møter. På personalmøter har lav meldefrekvens vært tatt opp som tema, men i liten grad innhold i meldte avvik. Avvik oppsummeres kvartalsvis, og vurderes i lederlinjen. Kommuneoverlegens kompetanse benyttes ikke ved gjennomgang av meldte avvik.

Det er ikke gjennomført ROS-analyse av driften ved sykeheimen, men det skrives årsrapport for etat omsorg og årsrapport for virksomhet institusjon og demens. Det oppgis at evaluering av drift skjer løpende i ledermøter og ved dialog mellom ledere, ikke som evaluerende periodisk gjennomgang av driftsområder («ledelsens gjennomgang»).

3.3. Kompetanse

Det oppgis at sykeheimen de siste årene har fått stadig mer behandlingstrengende beboere.

Sykeheimen har ikke en kompetanse- og rekrutteringsplan. Hvilket behov sykeheimen har for kompetanse vurderes fortløpende ved hver ny utlysning. Det oppgis at det er sykepleierkompetanse tilgjengelig på alle vakter. Det er ikke innleie fra vikarbyrå. Sykeheimen har noen ansatte med videreutdanning.

Det oppgis å være språkutfordringer som kan gi misforståelser i samhandlingen mellom ansatte og beboere og mellom ansatte.

Nytilsatte skal ha minst to opplæringsvakter. Videre behov vurderes konkret. Det benyttes ikke sjekklister for opplæring av nytilsatte. Det er plan om årlig kurs i førstehjelp, men det oppgis at det ikke er gjennomført den senere tid. Kommunen benytter Demensomsorgens ABC. Det er satt opp plan om internundervisning to ganger i måneden (ett tema per måned). Ansatte har i noen grad deltatt på eksterne kurs, men oftest på eget initiativ. Ved avanserte behandlingsprosedyrer gis opplæring fra spesialisthelsetjenesten/DMS.

3.4. Grunnleggende behov

Ved innkommst utpekes primær- og sekundærkontakt for beboeren. Det varierer om disse er sykepleier, hjelpepleier, helsefagarbeider eller assistent. Innkommstamtale og kartlegging, blant annet av ernæringsstatus, skal ifølge rutine gjennomføres av primærkontakt.

Ved innkommstamtalen tilbys pårørende å delta. Det skal kartlegges interesser og livshistorie. Det oppgis at dette gjennomføres. Det skal også kartlegges ernæringsstatus med vekt. I praksis tas kun vekt og registreres ønsker for kost, samt for eksempel behov for dia-kost. Journalgjennomgang viser kvartalsvis vektkontroll. Det er fremlagt to skjema knyttet til ernæring som det oppgis at sjelden benyttes.

Det oppgis at sykeheimen mottar rapporter om ernæringskartlegging fra sykehus, DMS eller hverdagsmestringsteamet i kommunen når nye beboere kommer. Også kartlegging av behov for rehabiliteringstiltak og fallrisiko gjøres av andre instanser før innkommst. Det fremkommer ikke under tilsynet at disse kartleggingene benyttes aktivt for å tilpasse tjenestene og iverksette tiltak for eksempelvis fallforebygging.

I følge rutinen skal også funksjonsnivå kartlegges ved IPLOS. Journalgjennomgang viser årlig IPLOS-kartlegging.

Det oppgis at pasientene får stå opp og legge seg når de ønsker. Beboerne kan avvike fra oppsatte måltidstidspunkt, og kjøkkenet kan levere tilpasset/næringstett kost. Det kan serveres alternativ til oppsatt middagsrett. Det oppgis at det gis assistanse ved måltid. Sykeheimen har tilbud om frokost- og middagsgruppe. Det er fokus på ro og trivsel under måltidene.

Det er en tannkontakt per avdeling. Tannpleier vurderer beboernes tannstatus minst én gang i året. Det skrives tannkort for alle beboerne. Tannlege tilser beboerne ved behov.

I oppdatert døgnrytmeplan er tannpuss ved stell tatt bort. Det oppgis at det etableres ny tiltaksfane i Profil for tann/munnhygiene. Det oppgis at tenner pusses oftest om kvelden, men ikke alltid om morgenen for beboere med behov for bistand.

Det utarbeides en aktivitetskalender for den enkelte beboer. Alle beboere får tilbud om å komme ut i frisk luft en gang per uke. Det oppgis imidlertid at planlagte aktiviteter ikke alltid blir gjennomført. Gruppebasert aktivitet tilbys i form av ulike aktiviteter.

For beboere i terminalfasen oppgis at det leies inn fastvakt ved behov. Det vurderes konkret av lege hva den enkelte beboer trenger av lindrende medisinsk behandling.

Ved behov for vurdering/oppfølging ved fysioterapeut sendes henvisning på epost. Det finnes et elektronisk meldingssystem for kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten, men ikke internt i kommunen. Henvisning til fysioterapi vurderes etter prioriteringsnøkkel. Det er ved tidspunkt for tilsynet to beboere på sykeheimen som følges opp av fysioterapeut. Fysioterapeut er ikke involvert ved mottak av nye beboere. Ved innkomst er det ikke rutine for kartlegging av fallrisiko eller for å vurdere rehabiliteringsbehov, men det opplyses om at slik kartlegging gjøres av andre instanser før ankomst sykeheimen. Fysioterapeut har ingen faste møter med sykehjemslege.

For noen beboere utarbeides det treningsopplegg som de ansatte skal bistå med. Det oppgis at dette gjennomføres i varierende grad. Fokus på selvhjelpenhet varierer mellom de ansatte.

3.5. Medisinsk behandling

Sykeheimslege kan kontaktes alle hverdager i kontortiden. I noen grad gjøres sykebesøk også utenfor visittid. Ellers og ved behov for øyeblikkelig undersøkelse utenfor visittid benyttes legevakt. Selv om de to sykeheimslegene formelt sett kun har ansvar for hver sin avdeling/etasje, opplyses det om at legen på dagen for visitt går innom den etasjen vedkommende ikke har ansvar for, for å høre om det er noe akutt de trenger bistand til der.

Ved årskontroll tas rutineblodprøver. Ved journalgjennomgang finnes dokumentasjon av undersøkelse og vurdering ved lege, men ikke tydeliggjøring av at det er gjort en årskontroll. Vurdering av behandling med legemidler gjøres løpende, men ikke som en systematisk årlig legemiddelgjennomgang.

Det finnes ikke et infeksjonskontrollprogram. Sykehjemmet har deltatt i Folkehelseinstituttets prevalensundersøkelse.

Det har vært fokus på å styrke bevisstheten knyttet til bruk av tvang og vurdering av samtykkekompetanse.

3.6. Legemiddelhåndtering

Multidose er innført. Fylkesmannen har mottatt 21 ulike prosedyrer for legemiddelhåndtering, de fleste fra 2012, og multidose er ikke omtalt. Da kommunen fikk kunnskap om feil i multidoseleveranse vinteren 2019 ble det sendt epost til ansatte om behov for ekstra kontroll av innhold.

Det finnes låsbart medisinrom. Narkotikaregnskap gjennomføres kvartalsvis av avdelingsleder. Nettkurs i legemiddelhåndtering fra NHI kreves for alle som skal administrere legemidler, også sykepleiere. Faglig ansvarlig for legemiddelhåndtering er ikke definert.

3.7. Journalføring/dokumentasjon

Kommunen benytter Profil som journalsystem på sykeheimen. Tidligere var avdelingslederne journalansvarlige for journalene på sine avdelinger. På tidspunktet for tilsynet var dette ansvaret overført til sykepleierne, som nå er journalansvarlige for fire journaler hver. Det oppgis at det tas stikkprøver av kvalitet på journalføring. Dette gjøres av sykepleiere som har fått dette som delegert oppgave.

Hovedkortet blir tatt ut i tilfelle nedetid. Det finnes ikke rutiner for journalføring ved nedetid, og det oppgis å variere om journalen i ettertid oppdateres.

Det er praksis for at det journalføres under de enkelte faner i Profil. Journalføringen har preg av å være beskrivelser av utførte tiltak, aktiviteter og hendelser. Det er for øvrig lite bruk av oppsummerende og evaluerende notater for funksjon og tjenestebehov. Journalgjennomgang viser også at sammenfatning med funksjonsbeskrivelser på hovedkortet ofte er av eldre dato. Oppdatert funksjonsvurdering ved IPLOS er kun tallfestet, ikke utdypende beskrevet med tekst.

Tiltaksplanen oppdateres områdevis ved behov. Det oppgis at det i Profil ikke er lett å raskt få oversikt over pasientens tilstand og behov. Det er oppgitt at det månedlig skal skrives et sammendrag i Profil, men at dette ikke gjennomføres. Både sykeheimslege og fysioterapeut dokumenterer i Profil.

Det finnes system for elektronisk kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten (e-meldinger). Det oppgis at sykepleier på vakt følger med på om det kommer nye meldinger. Epikrise fra legevakt og spesialisthelsetjenesten sendes elektronisk til sykehjemmet (Profil).

Papirjournalen er flyttet til rådhuset og det ble vurdert om deler av journalen skulle scannes inn i Profil før flytting. Det ble imidlertid ikke gjort slik gjennomgang av papirkopi av fastlegejournalen før flytting. Fra definert dato (januar 2018) scannes nye papirer inn i Profil.

Fall journalføres under fanen «fallregistrering», men meldes ikke som avvik i Profil.

3.8. Brukermedvirkning

Brukerråd finnes ikke på sykeheimen, men kommunens eldreråd benyttes på overordnet nivå. Det finnes en pårørendeforening. Pårørendemøte ligger inne i årshjul. Det har ikke vært brukerundersøkelse de siste årene, på tross av plan om gjennomføring av dette hvert andre år.

Innkomsamtaler gjennomføres med pasient og/eller pårørende, og beboerens livshistorie kartlegges. Det oppgis at beboere i all hovedsak får bestemme sin døgnrytme og måltidsrytme selv. Det oppgis også at samarbeid med pårørende dokumenteres i varierende grad. Funn ved journalgjennomgang er i samsvar med dette.

4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

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

4.1. Internkontroll

4.1.1. Avvik

Et fungerende avvikssystem er avgjørende for å kunne evaluere virksomhetens aktiviteter, ved å fremme læring og for å unngå at tilsvarende hendelser skjer på nytt. Ved Halsen sykeheim meldes det få avvik på Innsida. Dette innebærer at ledelsen får et utilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for forbedringsarbeid. Det oppgis at ansatte er usikre på hva de skal melde som avvik. Å sikre en god avvikskultur er et ledelsesansvar. Det er derfor ledelsen som skal sikre at de ansatte vet hva som skal meldes som avvik.

En svak avvikskultur utgjør en klar brist i forutsetningene for å kunne planlegge, evaluere og korrigere virksomhetens aktiviteter som nevnt i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6 d) og g) og 8 e).

Få meldte avvik vanskeliggjør også muligheten for virksomheten til å korrigere virksomhetens aktiviteter som nevnt i forskriftens § 9, da man ikke har etablert en god nok praksis for å avdekke eventuelle uforsvarlige og lovstridige forhold i egen virksomhet.

En godt innarbeidet kultur og system for at medarbeidere melder fra om uønskede hendelser er en forutsetning for å avdekke og forebygge svikt i tjenesteytingen. Å analysere hva som er årsak til hendelsene vil fremme læring og gjøre det mulig å innføre treffsikre tiltak for å forebygge lignende hendelser i fremtiden. Det å bruke avvikssystemet slik vil også gi virksomhetens ledelse oversikt over områder hvor det er risiko for svikt eller faktisk oppstått mangel på oppfyllelse av kravet til forsvarlighet i tjenesten, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

4.1.2. Rutiner

Rutinene som finnes er ikke enhetlige og oppdaterte. Revidering og godkjenning av rutinene er ikke satt i system. Dette gir mangelfull oversikt over hvilke rutiner som finnes, hvorvidt de fremdeles er aktuelle og i nødvendig grad oppdaterte, samt også et for lite fokus på arbeidet med systematisk styring og ledelse gjennom internkontrollsystemet. Dette vanskeliggjør en overholdelse av forskriftens § 7 c). Det er heller ikke fremlagt for tilsynet noe som gir grunn til å konkludere med at de ansattes erfaringer med driften tas inn som en aktiv del av beslutningsgrunnlaget ved evaluering av gjennomføringen jf. §§ 7 d) og 8.

4.1.3. Medisinskfaglig rådgiver/faglig rådgiver for legemiddelhåndtering

Kompetansebehovet ved planlegging av tjenesteyting, utarbeiding av rutiner og behandling av avvik vil variere og avhenger av tema og problemstilling. For flere viktige områder må det legges til grunn at det er nødvendig med tilgjengelig medisinskfaglig rådgivning.

Det er diskrepans mellom stillingsbeskrivelsen for sykeheimslegen som er forelagt tilsynet, og hva sykeheimslegen faktisk benyttes til. Sykeheimslegen er ikke involvert i avviksbehandling eller utarbeidelse av rutiner, og verken denne eller kommuneoverlegen har vært benyttet for å kunne gi nødvendige kompetansebidrag til arbeidet med internkontrollen. Heller ikke fysioterapitjenesten er benyttet. Dette bidrar til svikt knyttet til bruk av nødvendig kompetanse for å kunne planlegge jf. § 6.

Ved Halsen sykeheim fremstår plassering av ansvar for medisinskfaglig rådgivning på systemnivå som uavklart. Verken sykeheimslegen eller kommuneoverlegen har rolle som faglig rådgiver for legemiddelhåndtering.

De uavklarte ansvarsforholdene bidrar til svikt knyttet til bruk av nødvendig kompetanse, og fører til at sykehjemmets behov for medisinskfaglig rådgivning på systemnivå ikke er dekket i praksis. Dagens praksis vurderes ikke å være i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 5-5 annet ledd, samt legemiddelhåndteringsforskriften § 4.

4.1.4. Infeksjonskontrollprogram

Alle institusjoner som omfattes av forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon § 1 bokstav d og e, plikter å ha et infeksjonskontrollprogram. Dette følger av forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten § 2-1. Det er i Stjørdal kommune ikke utarbeidet et infeksjonskontrollprogram. Dette er ikke i tråd med forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten.

4.2. Grunnleggende behov

Systematisk styring og ledelse gjennom internkontrollen knyttes direkte til plikten til å dekke grunnleggende behov.

4.2.1. Ernæring

Kvalitetsforskriften gir føringer for innhold i helse- og omsorgstjenestene, og skal bidra til å sikre at personer som mottar tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven får dekket sine grunnleggende behov. Fysiologiske behov som tilstrekkelig næring, variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat inngår i dette.

Underernæring er en kjent risikofaktor i eldreomsorgen, og øker risikoen for svekket livskvalitet, ytterligere helseplager og for økt dødelighet hos en allerede sårbar pasientgruppe. Det fremgår av nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring (IS-1580) at «*Alle beboere i sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemmesykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg*».

Ved Halsen sykeheim blir det tatt blodprøver og vekt ved innkomst, og man kartlegger hva beboeren liker å spise og behov for tilrettelagt kost (dia, glutenfritt). Deretter tas vekt kvartalsvis, og blodprøver årlig. Det oppgis at nye beboerne er ernæringsmessig kartlagt fra andre instanser når de kommer til sykeheimen. Likevel viser ikke journalgjennomgang eller intervjuer at denne kartleggingen er kjent blant de ansatte eller benyttes i noen større grad etter innkomst til sykeheimen. Det fremkommer heller ikke opplysninger om at vurdering av ernæringsmessig risiko gjentas månedlig, slik retningslinjen anbefaler.

Samlet vurderer Fylkesmannen at det ikke gjøres tilstrekkelige undersøkelser og vurderinger egnet for å avdekke behov for ernæringstiltak. Dette medfører risiko for at beboere som har behov for særlige ernæringsmessige tiltak ikke får dette, og at uheldige ernæringsmessige situasjoner kan oppstå.

4.2.2. Kartlegging av behov for rehabiliteringstiltak og fallrisiko

Forskrift om habilitering og rehabilitering sier følgende: «*Kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, jf. § 1 og § 3*».

Fylkesmannens vurdering er at Stjørdal kommune mangler nødvendig systematikk for å involvere lege eller fysioterapeut i rutinemessige vurderinger av behov for rehabiliteringstiltak for beboere ved Halsen sykeheim. Dette gir risiko for at det ikke avdekkes behov for oppfølging ved fysioterapeut og andre rehabiliteringstiltak med hensikt å bevare eller gjenvinne funksjon.

Mangelfull praksis for vurdering av årsak til fall og behov for tiltak etter fall gir også risiko for at nødvendige rehabiliteringstjenester ikke igangsettes. Det oppgis også at det av og til utarbeides treningsopplegg for beboerne på avdelingen, men at det varierer om det blir gjennomført.

4.2.3. Tannstell

Beboere i sykehjem har ifølge kvalitetsforskriften § 3 krav på å få tilfredsstilt behov for nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene. God praksis for munnhygiene er at beboere med egne tenner får tilbud om bistand til pussing to ganger om dagen, morgen og kveld. Det fremgår av rutiner, intervjuer og journalgjennomgang at beboere med behov for bistand i hovedsak får pusset tenner på kvelden, men ikke på morgenen. Det er bare de beboerne som er selvhjulpne og de som ber om hjelp, som får pusset tenner på morgenen.

4.3. Samlet vurdering

Fylkesmannens vurdering er at manglene ved styringssystemet i Stjørdal kommune nevnt i kapittel 4.1. innebærer en betydelig risiko for svikt. Risikoen knyttes til at manglende avvikskultur bidrar til at svikt ikke avdekkes og dermed for at forbedringstiltak ikke iverksettes. Rutinene er ikke enhetlige og oppdaterte og fyller dermed ikke den forventede funksjonen som styringsverktøy for å bidra til sikring av forsvarlig tjenesteyting. Manglende medisinsk faglig rådgivning kan føre til at rutiner ikke blir tilstrekkelig kvalitetssikret. Kommunen har ikke et infeksjonskontrollprogram som kan bidra til å forebygge og håndtere infeksjoner på en enhetlig og systematisk måte. Fylkesmannen vurderer at risikoen for svikt samlet sett er av en slik størrelse at det kvalifiserer til brudd på forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

At det her er brudd på forsvarlighetskravet forsterkes av at Fylkesmannen vurderer at Stjørdal kommune heller ikke har rutiner som sikrer at beboerne får dekt alle grunnleggende behov. Særlig gjelder dette rutiner knyttet til tannstell, kartlegging av ernæringsstatus, kartlegging av falltendens og behov for rehabiliteringstiltak.

5. Fylkesmannens konklusjon

Her presenterer vi konklusjonen av vår undersøkelse, basert på vurderingene i kapittel 4.

- Stjørdal kommune har ikke etablert tilstrekkelig styring og kontroll for å sikre forsvarlige helse- og omsorgstjenester til eldre med vedtak om heldøgns tjenester ved Halsen sykeheim. Stjørdal kommune har ikke sikret at Halsen sykeheim har rutiner som ivaretar alle grunnleggende behov.
- **Dette er brudd på:**
Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

6. Oppfølging av lovbruddet

Fylkesmannen forutsetter at Stjørdal kommune bringer forholdene påpekt i tilsynet i orden. Tilsynet vil ikke avsluttes før Fylkesmannen er tilstrekkelig sikker på at kommunens ledelse har rettet lovbruddet og har lagt til rette for at tjenestene fremover vil kunne ytes i samsvar med

aktuelle lov- og forskriftskrav. Fylkesmannen ber Stjørdal kommune om å oversende følgende:

- En vurdering av hvilke forhold som påvirker og bidrar til lovbruddet
- En plan med nødvendige tiltak for å rette lovbruddet. Planen skal minimum inneholde en beskrivelse av:
 - hvilke tiltak som skal gjennomføres for å rette lovbrudd
 - hvordan ledelsen vil følge med på samt kontrollere at tiltakene iverksettes
 - hvordan ledelsen vil gjennomgå/kontrollere om tiltakene har virket som planlagt etter at de har vært virksomme en tid
 - kommunens egne frister for å sikre fremdrift

Frist for å svare Fylkesmannen i Trøndelag settes til **7. juni 2019**.

Med hilsen

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

Ida Østhus Eiriksson
seniorrådgiver/jurist
Helse- og omsorgsavdelingen

Dokumentet er elektronisk godkjent

Vedlegg
Gjennomføring av tilsynet (*ikke publisert her*)

Oppdragsansvarlig regnskapsrevisor – den årlige uavhengighetserklæring

Behandles i utvalg

Kontrollkomiteen i Stjørdal kommune

Møtedato

20.09.2019

Saknr

26/19

Saksbehandler Paul Ivar Stenstuen

Arkivkode FE - 216

Arkivsaknr 19/229 - 1

Kontrollutvalgssekretariatets innstilling

Kontrollkomiteen tar den gitte informasjon til etterretning, og har ingen merknader til oppdragsansvarlig regnskapsrevisors vurdering av sin egen uavhengighet.

Vedlegg

Uavhengighetserklæring Stjørdal kommune

Ikke trykte vedlegg

1. Kommuneloven kap 12
2. Forskrift om kontrollutvalg
3. Forskrift om revisjon

Saksopplysninger

Enhver som foretar revisjon for kommune eller fylkeskommune skal fortløpende vurdere egen uavhengighet. Kravene til uavhengighet og objektivitet gjelder både ved regnskapsrevisjon og ved forvaltningsrevisjon.

Den oppdragsansvarlige revisor skal avgi en skriftlig egenvurdering av sin uavhengighet til kontrollkomiteen jf. revisjonsforskriftens § 15, se vedlegg. Ytterligere krav til oppdragsansvarlig revisor er kravet tilandel, jf. revisjonsforskriftens § 12. Oppdragsansvarlig revisor må ha ført en hederligandel, være i stand til å oppfylle sine forpliktelser etter hvert som de forfaller samt være myndig.

Vurdering

Vandelsattest ble lagt fram i forbindelse med skifte av oppdragsansvarlig revisor. På det nåværende tidspunkt vurderes det ikke som nødvendig å be revisor om en fornyet vandelsattest.

Kontrollkomiteen kan ta oppdragsansvarlig regnskapsrevisors vurdering av egen uavhengighet til etterretning.

Egenvurdering av uavhengighet:

Stjørdal kommune

Kommuneloven § 79 og forskrift om revisjon § 13 setter krav til revisors uavhengighet. Kravene er beskrevet i bestemmelsene. I tillegg setter forskrift om revisjon § 14 begrensninger. Dette dokumentet beskriver revisors egenvurdering og skal ivareta krav i forskrift om revisjon § 15.

Ansettelsesforhold	Undertegnede har ikke ansettelsesforhold i andre stillinger enn i revisjonsselskapet
Medlem i styrende organer	Undertegnede er ikke medlem i styrende organer i noen virksomhet som Stjørdal kommune deltar i.
Delta eller inneha funksjoner i annen virksomhet, som kan føre til interessekonflikt eller svekket tillit	Undertegnede deltar ikke i eller innehar funksjoner i annen virksomhet som kan føre til interessekonflikt eller svekket tillit til rollen som revisor.
Nærstående	Undertegnede har ikke nærstående som har en slik tilknytning til Stjørdal kommune at dette har betydning for min uavhengighet og objektivitet i utførelsen av revisjonsoppdraget.
Rådgivnings- eller andre tjenester som er egnet til å påvirke revisors habilitet	<p>Undertegnede bekrefter at det ikke er ytet rådgivning eller andre tjenester overfor Stjørdal kommune som er av en slik art at dette kommer i konflikt med denne bestemmelsen.</p> <p>Før slike tjenester utføres, vurderer revisor rådgivningens eller tjenestens art i forhold til revisors uavhengighet og objektivitet. Dersom revisor konkluderer med at utøvelse av slik tjeneste kommer i konflikt med bestemmelsen i forskriftens § 14, utfører revisor ikke tjenesten. Hvert enkelt tilfelle vurderes særskilt.</p> <p>Revisor vil kunne besvare spørsmål/henvendelser som er å betrakte som veiledning og bistand og ikke revisjon. Slike veiledninger skjer med varsomhet og på en måte som ikke binder opp revisors senere revisjons- og kontrollvurderinger.</p>
Tjenester under (fylkes)kommunens egne ledelses- og kontroll-oppgaver	Undertegnede bekrefter at det ikke ytes tjenester overfor Stjørdal kommune som hører inn under kommunens egne ledelses- og kontrolloppgaver.
Opptre som fullmektig for den revisjonspliktige	Undertegnede bekrefter at verken revisor eller Revisjon Midt-Norge SA opptre som fullmektig for Stjørdal kommune.
Andre særegne forhold	Undertegnede kjenner ikke til andre særegne forhold som er egnet til å svekke tilliten til min uavhengighet og objektivitet.

Steinkjer 10. juli 2019

Knut Tanem
registrert revisor

Kontrollkomiteens budsjett for 2020

Behandles i utvalg

Kontrollkomiteen i Stjørdal kommune

Møtedato

20.09.2019

Saknr

27/19

Saksbehandler Paul Ivar Stenstuen**Arkivkode** FE - 033**Arkivsaknr** 18/75 - 15

Kontrollutvalgssekretariatets innstilling

1. Kontrollkomiteen slutter seg til det framlagte forslag til driftsbudsjett for 2020 for kontrollkomiteen - med en total ramme på kr. 2 090 000.

Budsjettforslaget tar ikke høyde for et eventuelt ekstraordinært ressursbehov i kontrollsammenheng.

2. Forslaget oversendes rådmannen for videre behandling i samsvar med § 18 i forskrift om kontrollutvalg.

Andre saksdokumenter - ikke vedlagt

1. Budsjettvedtak i representantskapet for 2020 for KonSek Trøndelag IKS
2. Forskrift om kontrollutvalg i kommuner og fylkeskommuner av 16.6.2004.
3. Forskrift om årsbudsjett for kommuner og fylkeskommuner av 15.12.2000.
4. Veileder for rapportering om ressursbruk og tjenesteproduksjon i kommuner og fylkeskommuner.

Saksutredning

Kontrollkomiteen skal årlig utarbeide forslag til budsjett på bakgrunn av ressursbehovet knyttet til kontroll- og tilsynsarbeidet overfor kommunestyret. En viser her til forskriftens § 18 som regulerer saksbehandling og saksgang for budsjett for kontroll- og tilsynsarbeidet:

"Kontrollutvalget utarbeider forslag til budsjett for kontroll- og tilsynsarbeidet i kommunen eller fylkeskommunen. Kontrollutvalgets forslag til budsjetttramme for kontroll og tilsynsarbeidet skal følge formannskapetets/kommunerådets eller fylkesutvalgets/fylkesrådets innstilling til kommunestyret eller fylkestinget."

Komiteens ansvar i første rekke et påseeransvar, og komiteens oppgaver er i det alt vesentlige lovregulert. Komiteens ansvarsområde kan deles inn i tre områder, kjøp av revisjonstjenester, kjøp av sekretariatstjenester samt kontrollkomiteens egne aktiviteter. De vesentligste budsjettpostene er således kjøp av henholdsvis revisjons- og sekretariatstjenester.

Honorarene for revisjonstjenester og sekretariatstjenester vedtas av det øverste selskapsorganet for henholdsvis for Revisjon Midt-Norge SA og for KonSek Trøndelag IKS.

Årsmøte i Revisjon Midt Norge SA har ennå ikke behandlet revisjonshonorarene for 2020. Årsmøtet har tidligere vedtatt at utgiftene i selskapet ikke skal øke mer enn den kommunale deflator som er i dag på 3%. Revisor oppgir at forslaget til revisjonshonorarer som vil bli lagt fram for årsmøte senere i år vil være i tråd med dette. Ved budsjetteringen har en lagt dette til grunn.

De øvrige kostnader er godtgjørelser mv. for kontrollkomiteens medlemmer og andre kostnader i forbindelse med møteavvikling. I tillegg er det tatt høyde for at kontrollkomiteens medlemmer skal kunne holde seg faglig oppdatert. Satsene for godtgjøring til folkevalgte mv. fastsettes av kommunestyret.

På bakgrunn av dette har en satt opp følgende forslag til budsjettramme og økonomiplan for perioden 2020-2023:

Budsjett og økonomiplan	Forslag	Anslag			
		2020	2021	2022	2023
2020-2023					
Kontrollkomiteen: Utgifter ifm møteavvikling, faglig oppdatering mv.	237 000	237 000	237 000	237 000	237 000
Kjøp av sekretariatstjenester	350 000	361 000	372 000	383 000	383 000
Kjøp av revisjonstjenester	1 453 000	1 497 000	1 542 000	1 589 000	1 589 000
Kjøp av tilleggstjenester (revisjon)	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000
Sum revisjonskostnad	1 503 000	1 547 000	1 592 000	1 639 000	1 639 000
Total ramme kontroll og tilsyn	2 090 000	2 145 000	2 201 000	2 259 000	2 259 000

Det legges opp til at kontrollkomiteen selv fordeler tildelt ramme - etter at total ramme for kontroll og tilsynsarbeidet er blitt fastsatt av kommunestyret. I forslaget til total ramme er det ikke lagt opp til endringer i det samlede aktivitetsnivå. Alle kostnader mht. kontroll og tilsyn skal for øvrig føres på funksjon 110.

Vurdering

Kontrollkomiteen har et vidt arbeidsfelt og er kun underordnet kommunestyret.

Kontrollkomiteens tilsyn er ikke avgrenset til økonomiske forhold. Kontrollkomiteen skal også påse at saksforberedelse og beslutningsprosess, både i administrasjonen og i de øvrige politiske organer, fungerer på en måte som garanterer oppfyllelse av alle faglige krav og ivaretar grunnleggende rettsikkerhetshensyn overfor kommunens innbyggere og andre som måtte bli berørt av vedtakene.

Kontrollkomiteens ansvar er i første rekke et påseeransvar, og komiteens rolle vil først og fremst være bestiller rollen. En viktig del av dette ansvaret vil være å påse at bestillingen til revisor tilfredsstiller kommunens behov til enhver tid.

Aktiviteten mht. regnskapsrevisjon følger i det vesentlige av det lovgitte revisjonsmandatet. Dette blir for øvrig utvidet når den nye kommuneloven trer i kraft, og med det blir kravene til kommunenes egenkontroll innskjerpet. Bl.a. stilles nå krav til at regnskapsrevisor også skal gjennomføre en forenklet etterlevelseskontroll (kontroll med at lov og vedtak etterleves) på enkelte områder. Isolert sett vil dette kreve mer ressurser hos revisor.

Foruten regnskapsrevisjon er kontrollkomiteens viktigste verktøy forvaltningsrevisjon. Dersom kommunen ønsker å øke antall bestillinger til revisor, må det settes av større ressurser. Det samme gjelder dersom kommunen ønsker mer krevende prosjekter, som eventuelt også fordrer innleie av ekstern fagkompetanse på det enkelte fagområdet.

Mange lovkrav er formulert som et krav om forsvarlighet (såkalt rettsbundet skjønn - som kan overprøves av statlige myndigheter mv.). Kommunestyret kan og bør imidlertid også vurdere hvorvidt kommunens frie skjønn utøves i samsvar med kommunens verdier og egne retningslinjer mv. Dersom kommunestyret ønsker produksjonen vurdert opp mot slike og andre faglige spørsmål vil krav om innleie av ekstern fagkompetanse ved forvaltningsrevisjon o.l. kunne være aktuelt.

Både økt aktivitet og mer krevende leveranser til kontrollkomiteen vil også kunne medføre økt ressursbehov hos sekretariatet.

Ved budsjetteringen har en lagt til grunn nåværende aktivitetsnivå.

Evaluering av kontrollkomiteens virksomhet i valgperioden

Behandles i utvalg

Kontrollkomiteen i Stjørdal kommune

Møtedato

20.09.2019

Saknr

28/19

Saksbehandler Paul Ivar Stenstuen

Arkivkode FE - 033

Arkivsaknr 18/75 - 13

Kontrollutvalgssekretariatets innstilling

Saken legges fram uten forslag til vedtak.

Ikke trykte vedlegg

Kontrollkomiteens årsplaner

Saksopplysninger

En evaluering av kontrollkomiteens virksomhet kan bl.a. inneholde disse hovedpunktene:

Komiteens primære oppgaver

1. Har komiteen bidratt til å skape tillit hos innbyggerne til at forvaltningen foregår korrekt og i samsvar med politiske vedtak?
2. Har kontrollkomiteen vært et synlig organ som har våget å stille spørsmål ved hvordan virksomheten drives?

Forholdet til kommunestyret

1. Hvordan har kommunikasjonen og informasjonsflyten mellom kontrollkomiteen og kommunestyret fungert?

Samarbeidet med sekretariatet og revisjonen

2. Har samarbeidet med sekretariatet fungert slik kontrollkomiteen ønsker?
3. Har samarbeidet med revisjonen fungert slik kontrollkomiteen ønsker?
4. Er revisjonens oppdrag utført og rapportert i samsvar med kontrollkomiteens forventninger?

Vurdering

Ved slutten av kontrollkomiteens funksjonsperiode 2015-2019 synes det naturlig at kontrollkomiteen foretar en evaluering av sitt arbeid.

Eventuelt

Behandles i utvalg

Kontrollkomiteen i Stjørdal kommune

Møtedato

20.09.2019

Saknr

29/19

Saksbehandler Paul Ivar Stenstuen**Arkivkode** FE - 033, TI - &17**Arkivsaknr** 19/198 - 2

Saksutredning

Det fattes ikke vedtak under eventuelt. Dersom kontrollkomiteen ønsker å fatte et vedtak knyttet til et tema som tas opp i møte må egen sak om dette settes på sakslisten.

Godkjenning av møteprotokoll

Behandles i utvalg

Kontrollkomiteen i Stjørdal kommune

Møtedato

20.09.2019

Saknr

30/19

Saksbehandler Paul Ivar Stenstuen

Arkivkode FE - 033, TI - &17

Arkivsaknr 19/198 - 3

Kontrollutvalgssekretariatets innstilling

Protokollen fra dagens møte godkjennes.

Saksutredning

Protokollen fra dagens møte vil bli lest opp for godkjenning i møtet.